



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



V JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

30 de noviembre y 1 de diciembre de 2018 · Valladolid



Organizadores:



Sociedad anfitriona:



V Jornadas de Actualización en Medicina de Urgencias y Emergencias

Valladolid, 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2018

PRÓLOGO

Un año más se han realizado las Jornadas de Actualización en Medicina de Urgencias y Emergencias con la plena participación del grupo de Urgencias y Atención Continuada de la semFYC, conformado por un excelente y comprometido grupo de profesionales.

El papel de las y los médicos de familia es crucial en el ámbito de la atención urgente, no sólo en el ámbito hospitalario, sino también en la atención urgente en los centros de salud y los servicios 112/061. Actualmente es necesario un abordaje integral que incorpore a los dos niveles asistenciales: atención primaria y hospitalaria, y los dispositivos de urgencia.

Y centrándonos en esta jornada, en esta ocasión se han abierto las puertas, con el desarrollo de acciones específicas y de enorme interés a colectivos como la enfermería y

técnicos de emergencias que desde hace muchos años trabajan junto a los médicos, tanto en los hospitales como en la urgencia extrahospitalaria, y sin los cuales no se desarrollaría la labor como se viene haciendo.

La jornada configurada con contenido diverso, práctico y un coctel de temas de interés, actualizado y variopinto, conforme a las opiniones recabadas en la anterior edición.

No queremos dejar de constatar que las urgencias son situaciones que todos los especialistas debemos saber resolver y en nuestro caso, es una competencia a la que no queremos renunciar como médicos de familia, como especialistas bien valorados por los gestores para la contratación en Servicios de Urgencia intra y extrahospitalaria, por nuestra formación de calidad e integralidad en el abordaje.

Dr. Salvador Tranche Iparaguirre

Presidente de la semFYC

Enlace de la Jornada de Urgencias semFYC

Mejor Comunicación Oral Breve - 1^{er} premio

UNA LUMBALGIA REFRACTARIA A TRATAMIENTO ANALGÉSICO. CASO CLÍNICO

Verónica García Ramos, David Gómez Villarejo, Beatriz Torres Blanco

CS Arturo Eyries. Valladolid.

Ámbito del caso: Servicio de urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta: Lumbalgia.

Historia clínica: Varón de 64 años con hipertensión arterial, obesidad, dislipemia, exfumador desde hace 12 años, poliglobulia secundaria, SAHS con CPAP, fibrilación auricular, insuficiencia mitral moderada. En tratamiento con acenocumarol (sustituido hace 10 días por enoxaparina de bajo peso molecular durante ingreso por neumonía), alopurinol, atorvastatina, diclofenaco, nebivolol y pantoprazol. Acude a urgencias en tres ocasiones en las últimas 72 horas por dolor lumbar izquierdo sin irradiación. El dolor sólo ha remitido parcialmente con tratamiento intravenoso durante la estancia en urgencias, sin control en domicilio con tramadol, dexketoprofeno y metamizol. Refiere dificultad de inicio en la micción. Dado de alta tras ingreso por neumonía hace 7 días. Resto sin interés.

Exploración: TA 134/102, 104 lpm, 35,4 °C, SatO₂ 100%. Auscultación cardiopulmonar: Fibrilación auricular con respuesta ventricular media 100 lpm, murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, doloroso a palpación en ambas fosas ilíacas con hematomas secundarios a inyección de enoxaparina. Ruidos hidroaéreos positivos. No signos de irritación peritoneal. Lumbar: puño-percusión renal izquierda positiva. No dolor a palpación en apófisis espinosas, ligero dolor a palpación musculatura paravertebral. Extremidades: dolor a movilidad de extremidad inferior izquierda. Lasègue y Bragard positivos. Fuerza y sensibilidad conservadas. Analítica: primera visita: INR 1,07 Hb: 15,5. Segunda visita: Hb 14,9. Tercera visita: Hb 13. Radiografía columna lumbar (segunda visita): Discopatía L5-S1 con espondilolistesis grado I. Escoliosis. Signos degenerativos de artrosis. Rectificación lumbar. Interconsulta a Traumatología (segunda visita): no criterios de ingreso. Citar en traumatología en 15 días. Ecografía abdominal (tercera visita): Abundante gas que impide visión aorta. Resto normal. TAC abdominal (tercera visita): Aumento de tamaño del músculo psoas ilíaco izquierdo 9,7*7,7 cm con área de alta densidad compatible con hematoma intramuscular.

Diagnóstico diferencial: Hematoma del músculo psoas ilíaco izquierdo con sangrado activo. Lumbalgia, cólico nefrítico, patología aórtica, hematoma muscular. Se trata de una causa poco frecuente de lumbalgia en pacientes anticoagulados.

Tratamiento: Se suspende enoxaparina por hemorragia. Tratamiento de dolor: metamizol, paracetamol, tramadol. Ingresa en UVI durante dos días para vigilancia y tratamiento y posteriormente ingresa en medicina interna durante cinco días. Se repite TAC a los seis días evidenciándose disminución del hematoma.

Aplicabilidad: La lumbalgia aguda es un motivo frecuente de consulta. El hematoma del músculo psoas secundario a

anticoagulación no es habitual, pero hay que considerarlo en pacientes con lumbalgia aguda anticoagulados que no mejoran con analgesia.

Palabras clave: Dolor de la región lumbar. Anticoagulantes. Hematoma.

Mejor Comunicación Oral Breve - 2º premio

SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ. CASO ATÍPICO

Noelia Sánchez Pérez¹, Mirta Graciela del Valle Romero Agüero¹, María Jesús Toro Alcaide²

¹Hospital Gutiérrez Ortega. Valdepeñas (Ciudad Real).

²GUETS UME. Valdepeñas (Ciudad Real).

Ámbito del caso: Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta: Parestesias.

Historia clínica: Mujer de 14 años con antecedentes personales de escoliosis cervicodorsal y translocación robertsoniana 13 14 de origen materno. Acude a urgencias por un cuadro de hormigueos en las manos, cefalea frontal opresiva y dificultad para tragar. No fiebre. Refiere vacuna tétanos hacía 1 semana y cuadro respiratorio de vías altas 2 semanas previas. TA: 112/77; FC: 91; T^a: 36 °C; SatO₂: 98%. Normocolorea. Eupneica. No exantemas ni petequias. Auscultación cardiaca y pulmonar: normal. Abdomen: normal. Exploración neurológica: Glasgow 15. No focalidad. No rigidez de nuca. Hemograma: leucocitos 12.400; neutrófilos 8.660 resto normal. Bioquímica: normal. Orina: normal. Punción lumbar con citoquímica hematíes 1; leucocitos 7; proteínas normal. Serología: VEB IgG+, CMV IgG+, Campylobacter jejuni-. Gangliósido GQ1b; anticuerpos suero positivo. EMG: polineuropatía proximal que afecta gravemente a los miembros superiores e inferiores, inicialmente motora y carácter axonal. ECG: normal. Rx tórax: normal. TAC craneal: ocupación parcial de los senos maxilar y frontal izquierdo, esfenoidal derecho y las celdillas etmoidales, resto normal. RM craneal y columna completa: sin alteraciones.

Juicio clínico: Guillain Barré variante axonal AMAN.

Diagnóstico diferencial: Encefalomielitis aguda diseminada. Lesión compresiva medular. Polimiositis.

Evolución: La paciente presentó empeoramiento clínico durante su estancia en urgencias con espasticidad flácida generalizada, hipoestesia de miembros inferiores, disfagia y dificultad para movilizar secreciones respiratorias. Se comenta con neurología e intensivos del Hospital General de Ciudad Real para traslado. Durante su estancia en la UCI presentó empeoramiento motor significativo con tetraplejía, arreflexia universal precisando intubación por compromiso respiratorio. Recibió tratamiento con inmunoglobulinas, plasmaféresis y bolos de corticoides. Necesitó nutrición enteral total, ayuda psiquiátrica y psicológica. Debido a la necesidad de tratamiento rehabilitador y fisioterapia respiratoria se derivó al Hospital de Paraplégicos de Toledo para continuar tratamiento.

Tratamiento: Neuropatía motora axonal aguda es una variante y causa de nuestro caso que afecta las terminales

nerviosas produciendo debilidad muscular progresiva, hiporreflexia o arreflexia y parestesias. El diagnóstico se basa en criterios clínicos, hallazgos en líquido cefalorraquídeo, serología para anticuerpos específicos y criterios electromiográficos. Hasta este momento existen solo ciertas terapias como sería el uso combinado de inmunoglobulinas y plasmaféresis que se limitan a disminuir la gravedad de la enfermedad y a acelerar la recuperación de los pacientes.

Aplicabilidad: Como se evidencia en este caso, el problema fundamental son los datos atípicos en relación con el cuadro esperado de una polineuropatía desmielinizante aguda. Por tanto un diagnóstico precoz e intervención tera-

péutica adecuada al inicio de la clínica es un factor fundamental para la buena evolución y prevención de secuelas invalidantes. La parálisis progresiva e infección reciente son signos de alarma a tener en cuenta por el médico de urgencias de atención primaria y hospitalaria. Los cuadros neurológicos desmielinizantes cada vez son más frecuentes, requieren de un manejo multidisciplinar así como el apoyo tanto social como médico de AP para una evolución favorable, es un cambio físico y mental considerable para la persona afectada y de difícil manejo personal y familia.

Palabras clave: *Polineuropatía. Parestesias. Arreflexia.*