

Revista electrònica de Medicina d'Urgències i Emergències de Catalunya

SoCMUE ReMUE.c@t

Gener-Abril 2017
Volum 4, núm. 1

Dipòsit legal: B 24256-2013.
ISSN: 2339-8604

   @SoCMUE

www.remue.cat

Editorial 1	3
Editorial 2	9
Documents historics	10
Fiebre tos y hemiparesia en una paciente inmunocompetente	11
Prostatitis invalidant en pacient ancià	14
Endocarditis infecciosa en pacient immunodeprimit amb embolització sèptica multifocal	17
Histoplasmosi disseminada en pacient VIH	21
Tetraparesia y dolor cervical agudo	24
Comentari sobre els casos clínics d'infeccions	27
Tuberculosi extrapulmonar-diagnòstic per la imatge a urgències	31
Cirrosis hepática y animales de compañía-una combinación peligrosa	36
Múltiples consultes per lumbàlgia	39
Infeccions importades-una epidèmia actual	42
L'estreptococ d'urgències fins al servei de cirurgia plàstica	45
Resums de les comunicacions orals del XXIII Congrés Nacional Català d'Urgències i Emergències	48
Punts Clau. Headlines del Congrés SoCMUE Mataró 2016	68
Teràpia antitrombòtica i antiagregant: Deixem les coses clares. Antiagregants, ens hem d'adaptar a totes les possibilitats	74
Actualització en el maneig de la infecció del sistema nerviós central a Urgències	80
Catèter Central d' Inserció Perifèrica PICC	84
Hernia de hiato gigante e insuficiencia respiratoria	85

De la GISUHC a la SoCMUE, 25 anys d'història de les nostres Urgències.

Fermí Roqueta, Fundació Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.

Data recepció: 3.01.2017 Data acceptació: 3.4.2017

Mail: 15740fre@comb.cat

Forma de citació: Roqueta F. *De la GISUHC a la SoCMUE, 25 anys d'història de les nostres Urgències.* ReMUE.c@t 2017;4(1):3-8

Fundació i objectius

El Grup Intercomarcal dels Serveis d'Urgències dels Hospitals de Catalunya (GISUHC) es va constituir al 30 d'octubre de l'any 1992 en una reunió dels responsables d'aquests Serveis d'Urgències. Aquesta reunió va tenir lloc al Centre Hospitalari de Manresa, convocada per el seu cap d'urgències Dr. Fermí Roqueta. Fins aquell moment, no hi havia iniciatives estructurades per tractar els temes de gestió i científics des d'una perspectiva dels Serveis d'Urgències. Les poques publicacions al respecte ho feien des del prisma d'altres societats i la majoria de les vegades, tractant aspectes molt concrets i proposant accions sense tenir en consideració les característiques específiques de l'Àrea d'Urgències.

Tanmateix la majoria de Serveis d'Urgències d'Hospitals (SUH) no estaven jerarquititzats. Alguns d'ells ni tan sols constituïts com a tals i els referents d'aquests serveis eren coordinadors o responsables que moltes vegades depenien d'altres serveis de l'hospital. La voluntat de donar identitat pròpia i visibilitat als SUH i de dotar als seus professionals d'eines de gestió específiques així com de canalitzar les inquietuds científiques i de recerca del col·lectiu, era compartida per diferents responsables de SUH. Mancava una acció per transformar aquestes inquietuds en realitats. Aquesta, va venir el mateix any 1992 quan el responsable abans esmentat va enviar una enquesta sobre estructura dels SUH a diferents responsables d'aquests serveis que a més contenia dues preguntes clau: si consideraven que calia mantenir reunions periòdiques i si calia organitzar una jornada científica de caire anual. Les respostes van ser afirmatives en un 92% i un 84% respectivament.

En vista d'aquest clima es va convocar la reunió de Manresa on es va lliurar un exemplar del resultat de la enquesta a cada assistent, es van comentar aspectes d'interès de la mateixa i es van començar a establir les bases d'aquest grup. A la mateixa reunió es va escollir el nom GISUHC a proposta del Dr. Xavier de Balanzó que a més va aportar la seva tesi doctoral sobre Serveis d'Urgències. Aquest document, va ser clau per conèixer la situació dels SUH i va servir de base d'altres documents generats pel grup. En aquesta reunió també es va decidir la seu de la I Jornada dels SUH de Catalunya per l'any 1993 escollint la candidatura presentada pel Dr. José J. Luid de l'Hospital Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet coincidint amb el 25 aniversari d'aquesta institució.

En aquesta reunió es van establir els objectius i les àrees de treball de la GISUHC que van ser un recull de les inquietuds dels responsables abans esmentats. Concretament:

- Aprofundir en la gestió dels SUH i crear eines de treball per la millora.
- Promocionar una activitat científica pròpia dels SUH.
- Atorgar una visibilitat i una representativitat al col·lectiu de professionals dels SUH tant en l'àmbit acadèmic com en el de l'administració.
- Iniciar el camí per crear una societat científica dins l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.

Per assolir aquests objectius es va constituir un nucli de professionals tant mèdics com d'infermeria que van estructurar el funcionament de la GISUHC en els següents anys. Es celebraven reunions ordinàries periòdiques (2-3 a l'any) i, eventualment, alguna extraordinària. Malgrat

que la majoria de reunions es realitzaven a Barcelona hi havia ocasions especials en que van tenir lloc a diversos hospitals coincidint amb esdeveniments d'interès per tothom com la inauguració d'un nou servei d'urgències (casos de Vic i Mataró) o l'aplicació d'una innovació (cas del triatge a Andorra). A les reunions es recollien les propostes de temes a analitzar o investigar, així com de treballs multicèntrics i s'exposaven els resultats d'aquests treballs. Una bona part de l'important nombre d'activitats realitzades va acabar essent publicada.

Treballs i publicacions

En la seva creació, el grup es va plantejar que per poder treballar en propostes de millora per als SUH calia realitzar primer un estudi per conèixer la realitat dels SUH en totes les seves vessants. D'aquesta manera van néixer dos treballs capitals en aquella època:

"Enquesta de la situació dels SUH a Catalunya" (1993) que recollia les respostes dels responsables de 30 SUH de Catalunya.

"Estudi prospectiu de les urgències hospitalàries a Catalunya" en que hi van participar 44 SUH amb dades sobre 32.384 urgències ateses (1994)

A partir de la informació obtinguda en aquests estudis i a les aportacions dels diversos responsables dels SUH, a l'any 1995 es va elaborar el document **"Perspectives i propostes per als Serveis d'Urgències de Catalunya"** que va tenir una difusió interna a nivell dels SUH i que va orientar a molts serveis en aspectes estructurals, organitzatius i funcionals. Tanmateix, va servir de base per a l'elaboració del projecte URGICS 2.0 i de les propostes d'actuació en l'àmbit de l'atenció urgent i continuada recollides en el quadern número 7 del Pla de Salut del Servei Català de la Salut.

En un període de 10 anys es van realitzar un gran nombre d'estudis de recerca i treballs en aspectes de gestió, alguns ja sota el paraigua de la Societat Catalana de Medicina d'Urgència (SCMU) entre els que destaquen:

"Estudi de les intoxicacions agudes a Catalunya" (any 1994/1995) amb participació de

24 hospitals i 1.293 pacients.

"Estudi prospectiu sobre el grau de satisfacció de l'usuari a urgències" (any 1996-1997) en base a 11.915 pacients de 16 SUH.

"Orientacions medicolegals de l'atenció als serveis d'urgències" (edicions 1996 i 1998) i actualització en els Quaderns de la Bona Praxi del Col·legi de Metges de Barcelona, número 23, de novembre de 2006 i en edició de butxaca en el mateix any.

"Detecció del maltractament intrafamiliar a la dona" en els Quaderns de la Bona Praxi, del Col·legi de Metges de Barcelona, número 13, d'abril de 2001.

Menció especial pel document **"Bases per al desenvolupament organitzatiu i professional en l'àmbit d'urgències i emergències a Catalunya"** de l'any 2003 en que es fa una proposta sobre el model d'urgències que cal considerar, la formació que ha de tenir un professional d'un servei d'urgències i emergències, les funcions d'un metge d'urgències i com ha de ser el desenvolupament professional d'un metge d'urgències (18 experts consultors i 5 professionals redactors).

A destacar per la seva gran difusió posterior, el document **"Serveis d'urgències: indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció sanitària"** elaborat conjuntament amb la Fundació Avedis Donabedian amb ajut de l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (any 2001) document de referència de múltiples treballs posteriors en l'àmbit de la qualitat i seguretat dels serveis d'urgències (per exemple, els manuals d'indicadors de qualitat de la SEMES i de la SECA).

Molt remarcable és el document **"Registres infermers d'urgències: guia de recomanacions"** (2004) amb recolzament i suport dels quatre Col·legis Oficials d'Infermeria de Catalunya. En aquest document es realitza una proposta sobre els registres d'infermeria mínims dels que hauria de disposar tot SUH.

La GISUHC també va tenir un paper molt destacat en la implantació dels sistemes de triatge en els

SUH. El que ara es considera imprescindible, llavors era una raresa. Hi havia pocs SUH a nivell català i espanyol que havien implantat un sistema de triatge, essent aquests heterogenis i poc comparables en quant als nivells de prioritització, als aspectes propis de la realització del triatge (espais, professionals, registres, tipus d'ajut al triatge, ...) i a la informatització del procés, entre altres. El grup va mantenir diverses reunions per analitzar els models de triatge existents, va fer aportacions adaptades al nostre entorn i va realitzar les recomanacions pertinents. Professionals de la GISUHC van participar en la redacció del document **"Bases conceptuais i manual de formació del model andorrà de triatge"** (posterior Sistema Español de Triage – SET).

També es van portar a terme estudis clínics multicèntrics com el relacionat amb la pneumònia comunitària als serveis d'urgències, analgèsia en pacients amb còlic nefrític a urgències, ...

Tots aquests treballs i documents van ser també emprats en els contactes i reunions tant amb l'administració sanitària com amb altres societats ja constituïdes per donar una identitat i rellevància pròpia als SUH i establir una via de col·laboració amb l'aportació de propostes útils per la presa de decisions en diferents àmbits.

Creació de la Societat Catalana de Medicina d'Urgència

Un dels objectius que es van plantejar des de la primera reunió de la GISUHC va ser el de crear una societat científica dins de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears (L'Acadèmia) per donar una entitat científica pròpia a la medicina d'urgències en el nostre país: la Societat Catalana de Medicina d'Urgència (SCMU).

Les negociacions van començar ja en l'any 1993 data en que es va iniciar la recollida d'informació i l'inici de les formalitats preceptives per la constitució de la Societat així com la redacció dels estatuts. Destacar en aquest període, el treball del Dr. Xavier de Balanzó i del Dr. Jordi Klamburg. A més de les accions habituals es van haver de portar a terme altres accions per obtenir el reconeixement de diverses Societats ja

constituïdes amb les que hi podia haver un conflicte d'interessos així com per assolir la inclusió del col·lectiu infermer a una Societat dins de L'Acadèmia. Tot aquest procés es va perllongar fins l'any 1996 i per fi el 24 d'octubre d'aquell any va tenir lloc la sessió inaugural de la SCMU sota la presidència del Dr. Santiago Tomás, un dels impulsors principals de la GISUHC. D'aquesta manera la V Jornada dels Serveis d'Urgències dels Hospitals de Catalunya que va tenir lloc a Girona l'any 1997, organitzada per la Dra. Fina Felisart de l'Hospital Trueta, va ser la primera sota el paraigües de la SCMU. Des d'aleshores la Societat, a proposta de la Dra. Felisart, adopta el logotip d'aquella Jornada.

A l'any 1994 s'havia constituït la Associació Catalana de Medicina d'Emergències de Catalunya (ACMES), filial per Catalunya de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Aquesta societat no estava dins del paraigües de L'Acadèmia. Aplegava fonamentalment professionals mèdics, d'infermeria i tècnics que treballaven o tenien interès per a les emergències extrahospitalàries. Després d'un període en que cada societat va realitzar accions per separat, es va veure la necessitat de donar cohesió a tots els professionals que treballaven a les urgències i emergències de Catalunya aplegant-los en una sola societat científica i poder sumar els punts forts d'ambdues societats. Sota aquest objectiu, es van iniciar els contactes per poder constituir una única societat sota l'aixopluc tant de l'Acadèmia com de SEMES, portats a terme pel Dr. Santiago Tomás i el Dr. Santiago Ferrandis aleshores presidents de les respectives societats. Al maig de l'any 2001 els presidents de les societats (Dr. Fermí Roqueta per SCMU i el Dr. Santiago Ferrandis per ACMES) van signar un **protocol d'intencions** pel que es creava un comitè d'enllaç per treballar aquest procés analitzant els estatuts i gestionant aquesta unificació amb la L'Acadèmia i la SEMES. Es va constituir un Comitè Científic únic, es plantejava l'organització d'un congrés conjunt així com la presència de les dues societats en els actes que es realitzessin i procurar el màxim de membres comuns a les juntes respectives. Al setembre de l'any 2002, i a la vista dels avenços d'ençà del primer acord, es va plantejar la fusió total de les dues societats. Novament, els dos presidents van

signar un **document de col·laboració** que, a més dels aspectes purament científics, establia els aspectes estatuaris, econòmics i fiscals, fonamentals per l'encaix de SEMES i L'Acadèmia. Així, es va constituir per primera vegada una Junta Directiva única que va tenir com a punts més conflictius a tractar, la unificació de les quotes dels socis, la via de cóm arribar-hi així com la inclusió dels tècnics en transport sanitari dins de L'Acadèmia. Tot un repte que es va assolir, gràcies sobretot al treball del Dr. Manel Chanovas, president de la SCMU en els anys 2002-2009, i membre nuclear de la GISUHC en el seu moment. Finalment, a l'any 2008 es va constituir definitivament la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (SOCMUE) com a única Societat Catalana en l'àmbit esmentat.

Taula 1. Presidents Societat Catalana Medicina d'Urgència (SCMU), Associació Catalana Medicina d'Emergències (ACMES), Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (SoCMUE)

Presidents	
SCMU	ACMES
Dr. Santiago Tomás (1996-1998)	Dr. Santiago Ferrandis 1994-2008
Dr. Fermí Roqueta (1999-2002)	
Dr. Manel Chanovas (2002-2009)	
SoCMUE	
Dr. Miquel Sánchez (2009-2014)	
Dr. Òscar Miró (2014-actualitat)	

Jornades anuals

Amb posterioritat a la ja esmentada I Jornada que va organitzar l'Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet, les jornades van tenir lloc cada any excepte a l'any 2003 en que la coincidència amb "II Mediterranean Congress on Emergency Medicine" celebrat a Sitges va motivar que es reduís a una jornada precongresual (tabla 1). Algunes dades importants de les Jornades: a l'any 1997 la Jornada que va tenir lloc a Girona organitzat per l'Hospital Josep Trueta va ser la primera sota l'aval de la SCMU. A partir de l'edició del 2004, el congrés va tenir també l'aval de la Associació Catalana de Medicina d'Emergències fruit de les accions acordades per unificar la SCMU amb aquesta altra societat. Finalment, a partir de l'edició del 2007, organitzada per l'Hospital Clínic de Barcelona a Caldes de Malavella, es va passar a denominar Congrés Nacional Català d'Urgències i

Emergències. Aquesta edició es va celebrar conjuntament amb el II Congrés Transfronterer, després de la primera edició de Toulouse.

Malgrat la il·lusió, interès i predisposició dels SUH, la complexitat de l'organització d'aquests congressos, la dificultat en obtenir un quòrum suficient d'assistents, així com la situació econòmica esdevinguda amb la crisi va fer plantejar modificar la periodicitat i el format de les mateixes. Tanmateix en els anys 2013 i 2014 va ser la pròpia SoCMUE qui es va fer càrrec de l'organització del Congrés amb l'objectiu assolit de no interrompre la continuïtat. Afortunadament, amb la il·lusió i l'esforç de tots i fórmules de co-organització hem assolit la XXIII edició a l'any 2016, organitzada a Mataró pel Consorci Sanitari del Maresme i l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, amb gran assistència, òptima dinàmica i elevat interès dels temes tractats.

Taula 2. Cronologia dels Congressos anuals de la SCMU - SoCMUE

Jornades dels Serveis d'Urgències de Catalunya		
Any i edició	Organització	Ciutat
1993. Iª	Hospital Esperit Sant	Santa Coloma Gramenet.
1994. IIª	Hospital d'Igualada	Igualada
1995. IIIª	Hospital Mútua de Terrassa	Terrassa
1996. IVª	Hospital General de Vic	Seva
1997. Vª	Hospital Josep Trueta (SCMUE)	Girona
1998. VIª	Hospital Verge de la Cinta	Tortosa
1999. VIIª	Hospital Vall d'Hebron	Barcelona
2000. VIIIª	Centre Hospitalari de Manresa	Manresa
2001. IXª	Hospital Nª Senvora de Meritxell	Andorra
2002. Xª	Hospital de Bellvitge	Montbrió del Camp
2003	J. precongresual. II Mediterranean EM Congress	Sitges
2004. XIª	Hospital Arnau de Vilanova	Lleida
2005. XIIª	Hospital de Figueres	Torre Mirona
2006. XIIIª	Hospital Municipal de Badalona	Badalona
Congrés Nacional Català d'Urgències i Emergències		
2007. XIVª	Hospital Clínic. II Congrés transfronterer	Caldes de Malavella
2008. XVª	Hospital General de Granollers	Montmeló
2009. XVIª	Hospital Parc Taulí	Sabadell
2010. XVIIª	Fundació Althaia. Manresa	Monestir Sant Benet
2011. XVIIIª	Corporació Sanitària del Maresme-La Selva	Lloret de Mar
2012. XIXª	Hospital General de Catalunya	Sant Cugat del Vallès
2013. XXª	Societat Catalana d'Urgències i Emergències	Seva
2014. XXIª	Societat Catalana d'Urgències i Emergències	Seva
2015. XXIIª	Hospital Sant Pau i Santa Tecla.	Tarragona
2016. XXIIIª	Consorci Sanitari del Maresme. Hospital Germans Trias i Pujol.	Mataró
2017. XXIVª	Hospital Universitari Sant Joan de Reus	Reus

La GISUHC després de la fundació de la SCMU

Tornant a la història, un cop constituïda la SCMU calia redefinir el paper de la GISUHC, dins de la nova realitat. A tal fi, en el mes de maig de 1996 es va portar a terme una enquesta als responsables d'urgències dels hospitals de Catalunya que va

mostrar que la GISUHC calia que tractés els temes organitzatius i de gestió que afectaven els SUH així com l'organització d'estudis i treballs dins d'aquest àmbit. Crida l'atenció que les propostes de temes a tractar per la GISUHC que van fer aquests responsables, algunes s'identifiquen amb problemàtiques que observem 20 anys després (tabla 2).

Taula 2. Propostes d'àrees d'interès per tractar a la GISUHC.

Propostes d'àrees d'interès per tractar a la GISUHC.
1. Relació Serveis d'Urgències Hospitalaris – Atenció Primària
2. Transport primari i transport secundari
3. Relació i col·laboració centres coordinadors
4. Adaptació dels Serveis d'Urgències davant de l'envelliment de la població
5. Àrees de 24 hores/observació/crítiques
6. Recerca clínica/docència/currículum
7. Indicadors de qualitat
8. Sistemes de triatge
9. Relacions amb l'administració
10. Unificació de protocols
11. Autonomia dels Serveis d'Urgències Hospitalaris
12. Estudis/intercanvis entre Serveis d'Urgències Hospitalaris
13. Anàlisi cost per diagnòstic
14. Codificació i registres
15. Medicina legal
16. Atenció malalts crònics descompensats
17. Aspectes retributius i de fidelització

Malgrat tot, la SCMU va constituir el paraigües científic de les activitats de la GISUHC i aquesta, la via per portar a terme estudis i treballs multicèntrics a proposta pròpia o de la SCMU. Es va constituir la vocalia GISUHC dins de la Junta de la SCMU per mantenir un nexa fluid entre elles i a cada reunió de la GISUHC hi havia una secció que tractava les novetats i propostes de la SCMU presentades pel president de la societat.

A partir de l'any 2009 les activitats de la GISUHC es van anar reduint progressivament i els professionals van buscar altres fòrums on trobar el que la GISUHC havia ofert fins aquell moment. A l'any 2014 es van publicar a la revista Emergencias els resultats d'una enquesta realitzada a tots els SUH de Catalunya per part de la SoCMUE (estudis SUH CAT)1,2,3 que, amb els mateixos objectius que la enquesta de l'any 1993 però amb moltes més variables i participació així com l'adaptació a l'entorn d'aquest moment, va realitzar una fotografia dels SUH des de les vessants estructurals, funcionals i científiques. Aquest, va ser el punt de partida per restablir la GISUHC com a fòrum on tractar temes organitzatius i de gestió dels SUH. Finalment, en la Jornada de Treball de la GISUHC del 2 de març de

2016 es va formalitzar aquesta intenció.

Bibliografia

1. Estudio SUH CAT (1): mapa físico de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. Miró O, Escalada X, Gené E, Boqué C, Jiménez Fábrega FX, Netto C, Alonso G, Sánchez P, Sánchez M. Emergencias. 2014;26:19-34
2. Estudio SUH CAT (2): mapa funcional de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. Miró O, Escalada X, Boqué C, Gené E, Jiménez Fábrega FX, Netto C, Alonso G, Sánchez P, García I, Sánchez M. Emergencias. 2014;26:35-46
3. Estudio SUH CAT (3): mapa docente e investigador de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. Miró O, Escalada X, Boqué C, Gené E, Jiménez Fábrega FX, Netto C, Alonso G, Sánchez P. Emergencias. 2014;26:47-56

Nota de l'autor

Hi ha una bona part d'aquest article que està basada en els documents esmentats i un altre que està basada en la memòria de l'autor. En aquest últim cas, es possible que aquesta m'hagi fet una mala passada i hagin quedat en l'oblit, accions, noms i vivències. Tanmateix, amb el temps, la memòria tendeix a tenir records selectius que poden contribuir a donar una visió incompleta de la història. Demano disculpes si això ha estat així, en cap cas hi ha hagut intenció. Agraïxo molt la col·laboració en la revisió del document de companys i amics que van viure en primera persona aquesta aventura (gràcies Xavier de Balanzó, gràcies Santi Tomás i gràcies Manel Chanovas). Tanmateix, cal agrair a la Junta de la SoCMUE el que ens hagi proporcionat aquesta oportunitat de donar a conèixer aquesta història que és la història de la nostra societat i de l'esforç d'un grup de professionals que en el seu moment van tenir clar que valia la pena treballar i lluitar per les urgències i emergències al nostre país. És per tant de justícia, atorgar un reconeixement a tots els professionals, responsables i caps de servei mèdics i d'infermeria que han dedicat molt temps, esforç i vida familiar a aquesta causa durant ara fa quasi bé 25 anys.

Donat que la relació de professionals que d'una o altra manera han treballant amb la GISUHC en els primers anys abans de la creació de la Societat és molt amplia mencionarem aquí els que van participar en el "Estudi prospectiu de les urgències hospitalàries a Catalunya" del 1994.

La Comissió encarregada d'elaborar el projecte de definicions i objectius de l'estudi ha estat integrada per:

Dra.V. Amargós. Hospital General de Granollers
 Dr. X. Balanzó. Hospitals del Consorci Sanitari de Mataró
 Dr. J.J. Luid. Hospital de l'E.S.-Sta. Coloma de Gramenet
 Dr. F. Moiset. Hospital St. Jaume d'Olot
 Dr. O. Morera. Hospital General de Vic
 Dr. Ll. Roca. Hospital General de Manresa
 Dr. J. Román. Hospital de Palamós
 Dr. F. Roqueta. Centre Hospitalari i U.C. de Manresa

amb l'assessoria de Dr. C. A. González, Director de l'IREC i del Dr. I. Bolívar, metge adjunt de l'IREC.

Els coordinadors de l'estudi en cada un dels centres que han participat en les reunions preparatòries, revisió i entrega del material han estat (per ordre alfabètic):

Dra. Abel. H. de St. Celoni	Dr. Infesta. H. Creu Roja de Barcelona
Dr. Aramburu. H. de Sabadell-Parc Taulí	Dr. Jarlot. H. Joan XXIII-Tarragona
Dr. Baeta. H. St. Joan de Reus	Dr. Jarné. H. de Viladecans
Dr. Calzada H. St. Jaume-Calella	Dr. López. Cl.S.M. Mollet del Vallès
Dr. Camps. H. de Berga	Dra. Massa, Dra. Vilas. H. Com. de la Selva-Blanes
Dra. Carreras. H.U.G. Trías i Pujol, Badalona	Dr. Moiset. H. St. Jaume d'Olot
Dra. Carrión. H. Comarcal de Móra d'Ebre	Dr. Noguerols. H. St. Boi de Llobregat
Dr. Casals. Arnau de Vilanova-Lleida.	Dr. Pérez. H.St. Antoni-Vilanova i la Geltrú
Dr. Casas. H. St. Joan de Deu-Martorell	Dr. Plana. H. St. Cugat-St. Pere de Ribes
Dr. Chínovas. H. Verge de la Cinta-Tortosa	Dr. Pujadas H. de l'Esperit S.-Sta. Coloma de G.
Dr. Costa i Dra. Lloret. H.Prov. Sta.C.-Girona	Dr. Pedrosa. H. General de Granollers
Dr. Crespo Fund. Assist. de l'Aniba-Igualada	Dr. Prots. Petrolinica del Vallès
Dr. Domenech. H. General de Vic	Dr. Redó. Clínica Aliança de Vic
Dra. Falisart. H. J. Trueta-Girona	Dr. Requena. Pius Hospital de Vallès
Dr. García. H.de la Creu Roja. Hospitalet de Ll.	Dra. Ribot. H. de Puigcerdà
Dr. García, Dra. A.Alvarez. H.Comar. d'Igualada	Dr. Riera, Dr. Cuadrado, Consorci Sanit. Mataró
Dra. García Alonso. H. de Terrassa	Dr. Roca. H. General de Manresa
Dr. Gil. Clínica St. Josep de Manresa	Dr. Roqueta. Centre Hospital. U.C. de Manresa
Dra. González. H. Comar. Vilafraça del Penedès	Dra. Sabaté. Espítal Val d'Aran
Dr. Grassot. H. de Palamós	Dr. Tomás. H. Mútua de Terrassa
Dr. Grau. H. Municipal-Badalona	Dr. Vicente. H. de Figueras
Dr. Hostench. H. de Campdevànol	

Mataró 2016: punt d'innovació i coneixement

Francesc Casarramona¹, Josep Maria Mòdol².

¹Servei d'Urgències. Hospital de Mataró. ²Servei d'Urgències Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

Data recepció: 3.11.2016 Data acceptació: 28.12.2016

Mail: fcasarramona@csgm.cat

Forma de citació: Casarramona F, Mòdol JM. *Mataró 2016: punt d'innovació i coneixement*.

ReMUE.c@t 2017;4(1):9

Sempre havia sentit a dir que la distància entre un somni i la realitat es mesurava en "voluntat". En el nostre cas crec que ho podem confirmar.

Fa molts anys, en tornar d'un dels primers congressos nacionals de SEMES, comentàvem amb el Carles Cuadrada, en aquells moments Cap de Servei d'Urgències de Mataró: "Això ho podríem portar algun dia a Mataró". És cert han passat molts anys i molts congressos, Nacionals Catalans i Nacionals Espanyols.

A la meua incorporació a la junta de SoCMUE, coincidint amb plena crisi econòmica es va desvetllar novament la inquietud per portar l'organització del Congrés Català a Mataró i, perquè no dir-ho, intentar donar aire fresc i motivació a una plantilla llustrada pels successius esdeveniments dels darrers anys.

Podria dir-vos que ha estat una feina dura i complicada, això sempre n'augmenta el valor, però crec que no seria fidel a la realitat. Va ser una candidatura treballada amb temps i, quan hi penso, crec que amb més temps potser hauríem incorporat idees que no vàrem poder desenvolupar.

Un dels èxits de l'organització crec que ha estat el d'intentar sumar tot el que teníem al nostre entorn, trencar motllos. Ens vàrem preguntar: es pot treballar amb hospitals de diferents titularitats i diferents nivells assistencials? Aquests hospitals tot i que físicament són molt propers, queden molt allunyats. Podem establir sinergies amb escoles universitàries o espais/campus Tecnològics?

No em va sorprendre la rapidesa en que es va donar resposta a aquestes preguntes. El primer contacte amb l'Anna Carreras de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol va ser un "quan comencem?" i el Tecnocampus de Mataró, amb la Lorena Molina i la Esther Cabrera (directora de l'escola d'infermeria) ens va obrir les portes des del primer moment, tant de les seves instal·lacions com de la possibilitat de treballar conjuntament en els aspectes que penséssim podien aportar quelcom.

A partir d'aquest moment no només veus que és possible, si no que no hi ha marxa enrere, tot es precipita. Curiosament, no s'havien creat els comitès i ja es tenia una idea del lema "**punt d'innovació i coneixement**". Era la primera vegada que s'organitzava un esdeveniment d'aquestes característiques amb hospitals de diferent titularitat, una entitat aliena a l'assistència i el fet que la seu fos un campus tecnològic. També es tenia pràcticament perfilat el cartell de presentació, del que ja es va fer difusió durant el Congrés de Tarragona a l'abril de 2015, tot i que en un format preliminar i que ja va causar sensació. La creació d'un

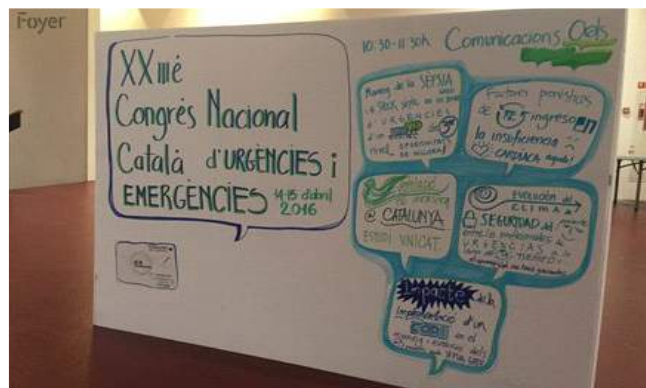
comitè organitzador, que va polint detalls organitzatius i de suport econòmic i la d'un comitè científic liderat fonamentalment per en Josep Maria Mòdol i l'Emili Gené van fer que, tot i que van ser uns mesos intensos, fos una experiència per guardar en el racó de les coses gratificants. Aquelles que de tant en tant recordes i t'ajuden a superar els moments complicats, que a la nostra feina no són pocs.

Aconseguir reunir gent de tres institucions diferents al voltant d'una organització va ser molt més fàcil del que pensàvem. Ens ha permès conèixer els "veïns" i veure que les coses que compartim són moltes més de les que ens separen. Per tant, probablement ens hauríem de trobar més sovint. No crec equivocar-me, si dic que això es podria i s'hauria d'aplicar a tot el territori.

El resultat final el va viure vosaltres, van ser dos dies intensos en que hi va haver una mica de tot. Hi va haver espai per revisions, novetats, tallers i, tot en un marc que va acompanyar. Tant els espais utilitzats com les tecnologies que es van incorporar van ser molt ben valorades pels que hi vàreu assistir.

M'atreveixo a dir en nom de tots els que varem participar en l'organització (Manel, Anna, Imma, Lluïsa, Oscar, Josep Maria, Emili, Lorena, Cristina, Olga, Marisol, Marco Antonio, Josep, Victorio, Gabi, Laura, Ester, Susana, Rodrigo, Victor, Javier, Pere, David, Xavier, Emilia, Antonio, Xavier, Fuensanta, Dolors, Sònia, Xavier, Cristina, Marta, Anna, Maite, Josep Maria, Jordi, Jaime, Antonio, Ernesto, Laia, Sergi, Maria del Mar, Esther, Antònia), sense por a equivocar-me, "que no vam patir" sinó GAUDIR, no només del Congrés sinó de tot l'any que vam dedicar a preparar-lo.

Us encoratjo a intentar dedicar un temps de les vostres vides a organitzar o col·laborar en l'organització d'algun esdeveniment d'aquestes característiques, l'experiència s'ho val.



Estudi prospectiu de les urgències hospitalàries 1987-1993

Mataró, desembre 1994

ESTUDI PROSPECTIU DE LES URGÈNCIES HOSPITALÀRIES
1987 - 1993

Dr. Xavier de Balanzó. Consorci Sanitari de Mataró.
Dr. Ignasi Bolívar. Institut de Recerca Epidemiològica i
Clínica (IREC). PASS. Consorci Sanitari de Mataró.

en nom dels Caps de Servei del Grup Intercomarcal dels
Serveis d'Urgències Hospitalaris de Catalunya.

Mataró, desembre 1994

http://www.socmue.cat/docs/publicacions/docs_historic/Estudi_prospectiu1987_1993.pdf

FIEBRE, TOS Y HEMIPARESIA EN UNA PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.

Brigitte Alarcón, Rafael Ramírez, Enrique Martín, Jaume Farré, Osvaldo J. Troiano, Patricia Moreno
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

Nom autor: Brigitte Alarcón Lloc de treball: Hospital Sant Pau i Santa Tecla

Data recepció: 12.10.2015 Data acceptació: 26.10.2015

Mail: briyit.saj@gmail.com

Forma de citació: Alarcón B, Ramírez R, Martín E, Farré J, Troiano O, Moreno P. *Fiebre, tos y hemiparesia en una paciente inmunocompetente*. ReMUE.c@t 2017;4(1):11-13

Motivo de consulta

Pérdida de fuerza en extremidades izquierdas, tos y febrícula.

Antecedentes personales

Anemia ferropénica secundaria a hipermenorrea. 2 cesáreas. En tratamiento con: Hierro sustitutivo.

Enfermedad actual

Mujer de 41 años, que acude a Urgencias por paresia en miembro inferior izquierdo de 24 horas de evolución, añadiéndose parestesias en miembro superior izquierdo el día de la consulta. Desde aproximadamente un mes presentaba tos con expectoración amarillenta escasa y en los últimos dos días febrícula, por lo que acudió al médico de cabecera, que le pautó n-acetilcisteína.

Exploración física

Tº: 37,1ºC; TA: 142/89 mmHg; FC: 130Lpm; FV: 16Rpm, SATO₂: 99%. Buen estado general, consciente y orientada, buena coloración e hidratación, eupneica en reposo. Auscultaciones cardíaca y pulmonar normales. Abdomen blando, anodino. No edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Fuerza muscular 4/5 en extremidad inferior izquierda, con sensibilidad conservada. Reflejos osteotendinosos conservados y cutáneo plantar flexor bilateral. No signos meníngeos ni otras focalidades neurológicas.

Pruebas complementarias en Urgencias

Hemograma: Hemoglobina 11,6g/dl, neutrofilia relativa 85,1%, resto normal. Bioquímica: Proteína C reactiva 108,2mg/L, función renal, hepática e iones normales.

Orina: detección de antígenos de Legionella y Pneumococo negativos. Electrocardiograma:

Taquicardia sinusal. Radiografía de tórax: Aumento de densidad en cisura de lóbulo superior derecho (LSD) (Imagen 1) TAC cráneo: Zona hipodensa a nivel frontoparietal altas derechas, sin evidenciarse lesión focal. Se aconseja completar estudio con resonancia magnética.

Diagnostico diferencial en urgencias

- Neumonía comunitaria con enfermedad cerebrovascular.
- Proceso neoformativo pulmonar y cerebral (primario/secundario).
- Neumonía comunitaria acompañado y enfermedad desmielinizante

Evolución clínica y pruebas complementarias fuera de urgencias

La paciente ingresa en el servicio de Medicina Interna, donde se realizan: TAC toracoabdominal: Área de condensación/atelectasia en LSD, más sugestivo de proceso infeccioso que tumoral, a valorar mediante broncoscopia. Broncoscopia: Mucosidad no purulenta a nivel de bronquios de LSD que se aspira sin observarse masas ni estenosis endobronquiales. Citología del broncoaspirado (BAS): células inflamatorias, sin células tumorales. Cultivo del BAS flora orofaríngea, tinción de Ziehl-Neelsen, y cultivo en medio de Lowenstein-Jensen negativos. Resonancia Magnética Nuclear (RMN): Lesión de sustancia blanca subcortical y profunda frontoparietal bilateral de predominio derecho, hiperintensa en secuencia de difusión T2 y Flair e hipointensa en T1, realce periférico con la administración de contraste. A descartar proceso neoformativo, encefalopatía multifocal progresiva o encefalitis (Imagen 2).

Punción lumbar: proteínas 55 mg/dl (10-45), Leucocitos 10/mm³, predominio linfocitario, glucosa 53mg/dl, bandas oligoclonales negativas y ADA normal. Citología de Líquido cefalorraquídeo (LCR): negativo para células malignas. Índice de Tibbling: 0,41 (0,34 - 0,85). Estudio molecular de enfermedades infecciosas: negativo para Virus Herpes 1 y 2, Citomegalovirus; PCR para micobacterias y Virus JC negativo. Cultivo negativo. Tinción de Ziehl-Neelsen y cultivo en medio de Lowenstein-Jensen negativos.

Análítica sanguínea: Marcadores tumorales (enolasa neuronal específica, Antígeno de células escamosas, alfafetoproteína, B-HCG, CA 125, 19.9, 15.3, CEA y S-100) negativos. Proteinograma normal. Serologías para neumonías atípicas (*Mycoplasma pneumoniae*, *Coxiella burnetii*, *Chlamydia* y *Legionella*) negativas, Ag sVHB, Ig G VHC, RPR y ELISA para HIV negativas. Ausencia de ácidos largos de cadena muy larga. Se inició Levofloxacino y antiagregación con AAS 100 mg, desapareciendo tos y febrícula pero sin confirmación etiológica del agente infeccioso. La radiografía de tórax de control confirmó la resolución del cuadro neumónico (Imagen 1). No obstante, ante la persistencia de la hemiparesia izquierda y la constatación de la enfermedad de sustancia blanca se planteó la posibilidad de una Encefalomiелitis diseminada aguda (ADEM) secundaria al proceso infeccioso versus proceso neofornativo cerebral (y con mucha menos probabilidad leucodistrofias genéticas). Se realizó una RMN espectrométrica con contraste paramagnético, que objetivó: Extensa alteración de señal subcortical en hemisferio derecho, y también en hemisferio izquierdo (más leve y menos intensa), correspondiente a edema, sin distorsión de estructuras. El estudio de difusión no demuestra restricción, el estudio contrastado no revela realces y los estudios de perfusión y espectroscopia no muestran aumentos de vascularización ni patrón metabólico específico. Ante los hallazgos y teniendo en cuenta el contexto clínico (cuadro de infección respiratoria), pensamos que podría tratarse de una encefalomiелitis diseminada aguda (ADEM). Se inició bolus de Metilprednisolona 1gr/24 horas durante 3 días, mejorando la paresia 4/5 con recuperación ad integrum. El control de RMN a los 3 meses del alta mostró desaparición de las

lesiones (Imagen 2).

Diagnóstico final

Encefalomiелitis diseminada aguda secundaria a neumonía atípica.

Discusión

La ADEM, también llamada encefalomiелitis post-infecciosa, es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central (SNC) de origen autoinmunitario, que podría deberse a una reacción cruzada entre antígenos que comparten la mielina y el patógeno. Su incidencia parece ser inferior a 1 caso por cada 100.000 habitantes y año, con una edad de presentación entre la tercera o cuarta década de la vida¹, similar a la del caso que presentamos. En el 50 a 75 % de los casos aparece después de una inmunización o de una infección viral o bacteriana previa. Este cuadro infeccioso que precede al desarrollo de la ADEM suele ser de origen gastrointestinal, si bien también puede ser una neumonía atípica^{2,3,4}.

La presentación es, como indica su nombre, aguda y frecuentemente con deterioro clínico rápidamente progresivo. La clínica neurológica puede ser muy variada con déficits motores o sensitivos y ocasionalmente disminución del nivel de consciencia. En la RMN, se observan lesiones bilaterales asimétricas, en sustancia blanca profunda y subcortical, hiperintensas en T2 y FLAIR, e hipointensas en T1. La punción lumbar puede revelar proteinorraquia, como el caso que nos ocupa. El pilar de tratamiento son los glucocorticoides intravenosos a altas dosis, con inmunoglobulinas y/o plasmaferesis si no hay respuesta. El pronóstico en adultos suele ser más desfavorable, alcanzándose la recuperación completa en menos de la mitad de los casos y con una tasa de mortalidad de un 4-12%^{1,5}.

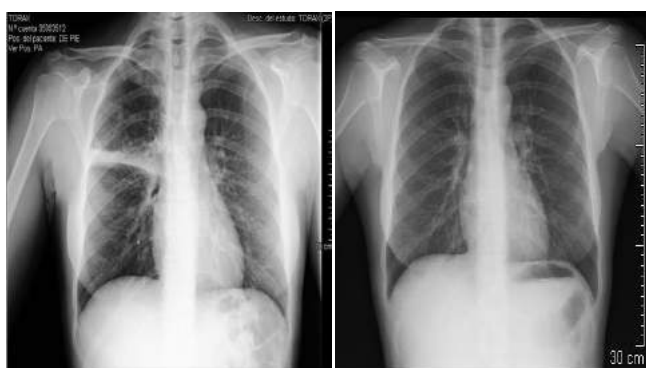
En conclusión, debemos tener presente la ADEM en los servicios de urgencias ante el reto diagnóstico que supone un paciente joven con una focalidad neurológica aguda tras un proceso infeccioso previo, dado que se trata de una patología rápidamente progresiva, con secuelas severas y potencialmente mortal, por lo tanto un diagnóstico y tratamiento precoz pueden mejorar el pronóstico.

Bibliografía

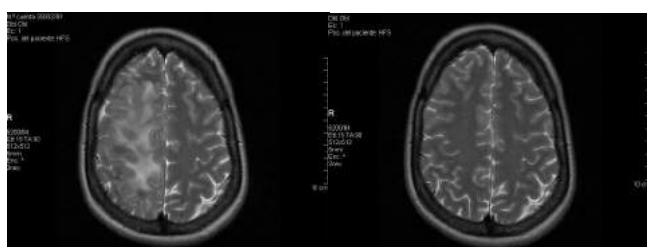
- 1) Acute disseminated encephalomyelitis in adults. A. T. Waldman, D. Jacobs, www.uptodate.com
- 2) Neuroinvasion by Mycoplasma pneumonia in Acute Disseminated Encephalomyelitis. B. Stamm, M. Moschopulos, H. Hungerbuehler. Emerging Infectious Diseases. www.cdc.gov/eid. Vol. 14, No. 4, April 2008.
- 3) Acute Disseminated Encephalomyelitis Developed after Mycoplasma Pneumoniae Infection Complicating Subclinical Measles Infection. H. Hagiwara, S. Sakamoto, T. Katsumata. Inter Med 48: 479-483, 2009.
- 4) Encefalomiелitis aguda diseminada tras infección por el virus de la gripe A (H1N1). I. Novo-Veleiroa, M.E. Perianes-Díaz, J.C. Morán, S.G. Ojeda. Rev Clin Esp. 2011, 11. 008.
- 5) Acute disseminated encephalomyelitis presenting as fever of unknown origin: case report. M. Di Costanzo, M. Camarca, M. Colella. BMC Pediatrics 2011, 11:103.

Iconografía

- 1.- Radiografía de tórax al ingreso (izquierda) y control 2 meses después (derecha).



- 2.- RMN cerebral al ingreso (izquierda) y control a los 3 meses (derecha).



PROSTATITIS INVALIDANT EN PACIENT ANCIÀ?

Núria Martí, Carlos Galisteo, Emili Gené, Josep Antoni Pijuan, M. Dolors Ferrer, Carme Campos.
Servei d'Urgències. Parc Taulí Sabadell. Hospital Universitari

Nom autor: Núria Martí Lloc de treball: Hospital Parc Taulí

Data recepció: 12.10.2015 Data acceptació: 26.10.2015

Mail: nmarti@tauli.cat

Forma de citació: Martí N, Galisteo C, Gené E, Pijuan JA, Ferrer MD, Campos C. *Prostatitis invalidant en pacient ancià?* ReMUE.c@t 2017;4(1):14-17

Motiu de consulta

home de 82 anys que consulta a Urgències en diverses ocasions al llarg de 4 mesos per molèsties miccionals i dolor a hipogastri/suprapúbic, que progressivament limita el malalt.

Antecedents personals

- Situació basal: Autònom amb Índex Barthel 100, condueix, manté activitats instrumentals i avançades fins gener del 2015.
- Hèrnia hiat.
- Medicació: no refereix.

Malaltia actual

Consulta 24-12-2014 a l'ambulatori per dolor perineal pantant-se analgèsia. Posteriorment el pacient realitza diverses consultes a Urgències:

- 10-1-2015, manifesta dolor perineal i retropúbic amb síndrome miccional. Es pauta cefixima per un mes i es remet al metge de capçalera (MC).
- 12-1-2015, per augment del dolor al perineu, síndrome miccional i febreta. Es diagnostica de prostatitis aguda i es canvia a levofloxací per un mes. Es remet al MC.
- 13-3-2015, dolor a nivell d'hipogastri irradiat cap a teste, penis i perineu, síndrome miccional, sense febreta. Es reinicia cefixima.
- Torna a consultar a l'endemà per persistència de la simptomatologia, i ingressa a Urologia fins el 16/3/2015. Es diagnostica de prostatitis crònica i es pauta tractament simptomàtic (Bencidamina, duasterida / tamsulosina 0,5/0,4 mg 1-0-0, amitriptilina 10 mg 1-0-1, naproxè 550 mg 1-0-1) i doble pauta antibiòtica (levofloxací i metronidazol).

El pacient va presentar milloria del quadre de forma parcial, amb persistència del dolor a hipogastri, amb dificultat per la deambulació.

- 27-4-2015, persisteix dolor a hemiabdomen inferior de predomini a hipogastri i pubis, que empitjora amb la bipedestació i incapacita la deambulació. En aquest moment el Barthel és de 65. No presenta dolor testicular, ni de testes ni penis ni perineu. No té síndrome miccional ni distèrnia. Restrenyiment crònic sense canvis. Se sol·licita valoració per Reumatologia.

Exploració física

En les diferents consultes destaca un abdomen tou i depressible, no dolorós. En la primera visita a l'hospital es descriu perineu molest, sense observar lesions ni zones flogòtiques. Testicles i epidídim normal, no dolorosos.

En la darrera atenció urgent, destacava dolor a pubis a la palpació i a la mobilització d'EELL, no signes radiculars ni altres alteracions. Dolor referit a l'àrea del psoas amb la flexió de malucs.

Tacte rectal: Pròstata dolorosa a la palpació, fibrosa i una mica congestiva, de tamany mig; elevadors de l'anús amb bandes tenses però no dolorosos, músculs obturadors i piriformes no dolorosos a la palpació.

Proves complementàries realitzades a urgències

Sediment: negatiu.

Anàlisi general: Leucòcits $12,22 \times 10^9/L$, Hematies $4,56 \times 10^{12}/L$, Hemoglobina 144 g/L, Hematòcrit 0,42 L/L, Volum corpuscular mig 92,3 fL, Plaquetes $298 \times 10^9/L$, Neutròfils (%) *83,5 %, Neutròfils $10,2 \times 10^9/L$, Glucosa *147 mg/dL, Urea 36 mg/dL, Creatinina *1,22 mg/dL, Sodi 138 mEq/L, Potassi 4,6 mEq/L

Urinocultius (micció espontània): 10/1/2015: negatiu i 13/3/2015: contaminat.

Radiografia (RX) simple pelvis front (27/4/2015):

sense troballes. (Imatge 1)

Diagnòstic diferencial a urgències

Davant del dolor progressiu a la regió pubiana que limita la deambulació ens hem de plantejar el diagnòstic diferencial amb els següents processos¹:

- Simfisitis inflamatòria. Les espondiloartropaties poden afectar a l'articulació amb ossificació i sinostosis completa de la sínfisi.
- Infeccions: artritis sèptica de sínfisi púbica o osteomielitis púbica.
- Anomalies congènites que provoquen diàstasi dels ossos púbics.
- Osteïtis pubis o simfisitis púbica. La més freqüent. Es considera un procés inflamatori d'origen no bacterià que es presentava com a complicació de:
 - Cirurgia pèlvica (urològica i ginecològica)
 - Sobreesforç (esportistes). Fútbol (50% dels casos).
 - Embaràs/part
 - Traumatismes.
- Malalties metabòliques, com l'osteodistrofia renal i l'hiperparatiroidisme, l'artropatia per cristalls de pirofosfat càlcic, l'ocronosi i l'hemocromatosi.
- Malalties degeneratives, com l'artrosi.
- Neoplàsies. Són poc freqüents.
- Malaltia posttraumàtica. Amb 4 patrons típics:
 - diàstasi púbica (la més freqüent; 45% del total)
 - fractura desplaçada
 - fractura intraarticular amb luxació-solapament
 - combinació de les anteriors

Evolució clínica i proves complementàries realitzades fora d'urgències

Durant aquests mesos el pacient fa seguiment per Urologia qui sol·licita:

- Tomografia computeritzada (TC) de pelvis el 06/03/2015: sense alteracions. (Imatge 2)
- Gammagrafia òssia (GGO) el 20/03/2015: hiperactivitat de traçador a la branca descendent del pubis de forma bilateral, més evident al costat dret, suggestiu d'entesitis insercional en aquesta localització. (Imatge 3)

Arrel de la consulta al Servei de Reumatologia des d'una de les visites a Urgències se sol·licita una

Ressonància Magnètica Nuclear (RMN) ambulatoria, practicada el 4/5/2015 que informa de **signes d'osteomielitis pubiana amb col·leccions infrapubianes i edema muscular**. (Imatges 4-6). El malalt ingressa per completar estudi i tractament. Es determinen reactants de fase aguda amb valors màxims de PCR 5 mg/dL i VSG 84 mm/ 1ª hora. Es practica punció aspiració amb agulla fina (PAAF) guiada per TC de la sínfisi pubiana que obté mostra que confirma infecció per *Pseudomona aeruginosa*. És en aquest moment quan s'inicia el tractament endovenós amb ceftazidima segons antibiograma, en considerar que es tracta d'una osteomielitis crònica. Després de completar 8 setmanes de tractament el pacient no presentava dolor a nivell púbic, i havia recuperat el Barthel inicial de 100.

Diagnòstic

OSTEOMIELITIS DEL PUBIS per *Pseudomona aeruginosa*.

Discussió

La osteomielitis del pubis és una malaltia heterogènia en la seva fisiopatologia, clínica i tractament. És un procés infecciós que es pot deure a la disseminació per contigüitat a partir de teixits adjacents, a disseminació hematògena o inoculació directa de microorganismes a l'os per traumatismes o cirurgia². La presentació és variable: un 74% dels casos presenten febre, el 59%, marxa dolorosa, un 45% dolor amb el moviment de maluc^{3,4}.

Pel que fa referència al diagnòstic, la RX simple pelvis front no és molt sensible pel diagnòstic d'osteomielitis pubis però és una prova accessible. La GGO pot tenir falsos positius. La TC és útil pel diagnòstic però la RMN té una sensibilitat del 100% per de la detecció de casos d'osteomielitis pubis⁵. El diagnòstic etiològic és fonamental. Els cultius d'aspirat tenen una sensibilitat del 86% per identificar el germen³: 34% *S. aureus*, 24% *P. aeruginosa*, 19% polimimicrobià, la resta (23%) són bacils gram negatius.

El tractament té l'objectiu d'eradicar la infecció i restablir la funció. Els antibiòtics més usats són els betalactàmics i la vancomicina, per un període de 4-6 setmanes. En més d'un 70% dels casos és precís un desbridament quirúrgic². La seriació de la PCR és útil per avaluar la resposta al tractament⁴.

En el nostre cas, el diagnòstic es demora a causa

de la presència de simptomatologia urinària, essent diagnosticat de prostatitis crònica. La progressió de la malaltia ocasiona un dolor focalitzat a pubis amb limitació de la marxa. La persistència d'aquesta clínica serà la que permetrà el diagnòstic definitiu. Les diferents pautes d'antibiòtic prescrites per la prostatitis del nostre pacient (especialment Levofloxací) probablement van contribuir a emascarar les proves d'imatge inicials. És la RMN la que posa de manifest les lesions suggestives d'osteomielitis i la mostra obtinguda per PAAF la que confirma el germen.

Bibliografia

1. SERGIO A RODRÍGUEZ MONTERO. Sinfisitis pùblica. Revisión bibliogràfica. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. España. Fundación Española de Reumatología, Vol. 08. Núm. 03. Julio 2007
2. Berbari EF, Steckelberg JM, Osmon DR. Osteomielitis. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Mandell, Douglas y Bennet. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Séptima edición. Madrid: Elsevier España, 2012.
3. Justin Yax, DO, DMTH David Cheng, MD, DMTH: Osteomyelitis Pubis: A Rare and Elusive Diagnosis. West J Emerg Med. 2014;15(7):880-882.
4. Rodrigo Mardones P1'2, Claudio Rojas Pa, Maximiliano Carmona Ca.

Artritis séptica de la sínfisis del pubis Rev Méd Chile 2007; 135: 1040-1043

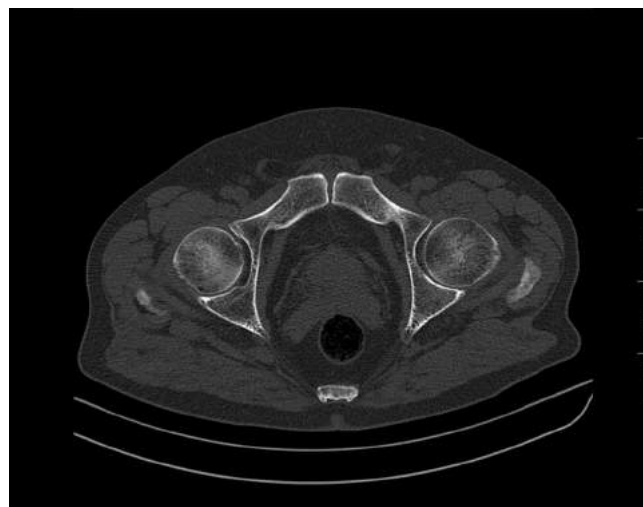
5. Ross JJ, Hu LT. Septic arthritis of the pubic symphysis: a review of 100 cases. Medicine. 2003;82(5):s340-344.

Iconografia

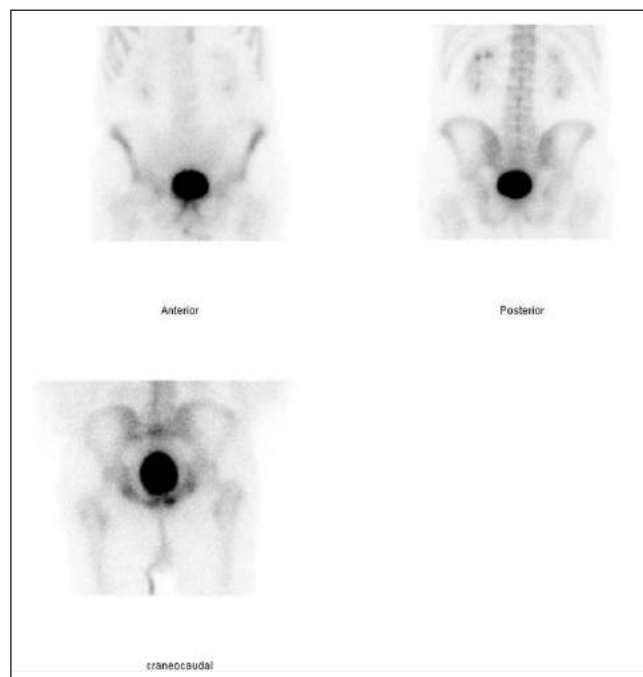
Imatge 1: Radiografia simple pelvis front (27/4/2015) sense troballes



Imatge 2: Tomografia computeritzada (TC) de pelvis (06/03/2015): sense alteracions.

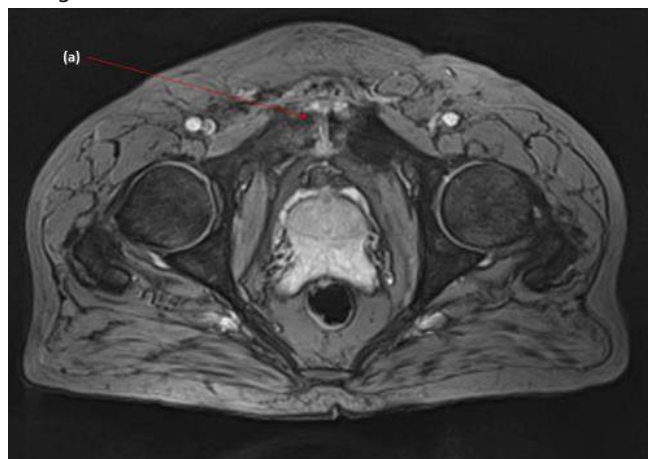


Imatge 3: Gammagrafia òssia (20/03/2015): hiperactivitat de traçador a la branca descendent del pubis de forma bilateral, més evident al costat dret, suggestiu d'entesitis insercional en aquesta localització.

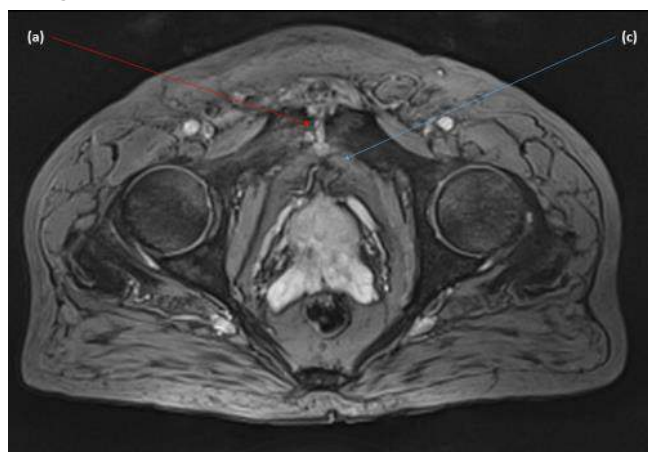


Imatges 4-6 : Ressonància Magnètica Nuclear (RMN) ambulatoria, (4/5/2015): signes d'osteomielitis pubiana (a) (irregularitat de la superfície articular d'ambdós costats de la sínfisi púbica, amb erosions òssies i moderat edema ossi) amb col·leccions infrapúbiques (b) i edema muscular (c).

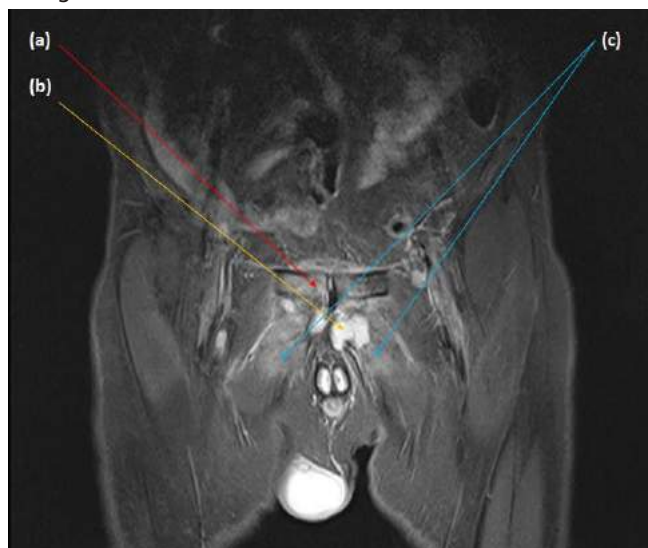
Imatge 4:



Imatge 5:



Imatge 6:



ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENT IMMUNODEPRIMIT AMB EMBOLITZACIÓ SÈPTICA MULTIFOCAL.

Oriol Plans¹, Beatriz Catalán¹, Josep Maria Mòdol², Yaiza García³, Albert Teis Soley⁴, Ariadna Quer⁵, JA Moreno¹.

¹Servei Medicina Intensiva, ²Servei Medicina d'Urgències, ³Servei de Reumatologia, ⁴Servei de Cardiologia, ⁵Servei d'Anatomia Patològica.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

Nom autor: Oriol Plans

Lloc de treball: Hospital Germans Trias i Pujol

Data recepció: 12.10.2015

Data acceptació: 26.10.2015

Mail: oriolplans@hotmail.com

Forma de citació: Plans O, Catalán B, Mòdol JM, García Y, Teis A, Quer A, Moreno JA. *Endocarditis infecciosa en immunodeprimit amb embolització sèptica multifocal*. ReMUE.c@t 2017;4(1):18-20

Motiu de consulta

Pacient que consultà a Urgències derivat des d'un altre centre, per deposicions diarreïques aquoses, sense productes patològics ni febre termometrada.

Antecedents personals

Home de 62 anys, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, ex-fumador de 10cig/dia des de feia 10 anys.

Com a principals antecedents patològics destacaven: Hipertensió Arterial (HTA) en tractament farmacològic i malaltia renal crònica secundària a glomerulonefritis focal i segmentària (GMNFS) que havia requerit hemodiàlisis fins a rebre un transplantament renal al 2012 i pel qual seguia tractament amb prednisona i ciclosporina (tractament puntual amb plasmafèresi tres mesos abans de la consulta per recidiva de la glomerulonefritis).

Malaltia actual

Consultà a Urgències per clínica de dos dies de durada de diarrees aquoses, sense productes patològics ni signes de sagnat digestiu, sense nàusees o vòmits associats ni febre termometrada.

Exploració física

TA 132/59mmHg, FC 82bpm, SatO₂ 97% a aire ambient, T 37.8°C. A la seva arribada, pacient conscient i orientat, amb pal·lidesa cutània i signes de deshidratació muco-cutànea. A l'exploració destacava la presència d'un buf cardíac sistòlic d'intensitat 2/6, panfocal, de predomini a focus aòrtic i un abdomen globulós,

depressible, amb dolor difús a la palpació, sense masses, megàlies ni peritonisme. La resta de l'exploració resultà anodina.

Exploracions complementàries

A l'analítica d'urgències destacava Hb 10g/dL, 12.7×10^9 leucòcits/L (10% bandes), plaquetes 101×10^9 /L, glucosa 276mg/dL, urea 176mg/dL, creatinina 3.47mg/dL, potassi 6.1mmol/dL i PCR 128mg/dL. La Rx de tòrax no va mostrar alteracions i la Rx abdominal va objectivar una dilatació colònica (imatge 1). Es van cursar hemocultius, coprocultiu i una PCR per Citomegalovirus (CMV).

Diagnòstic diferencial a Urgències

Es va orientar el cas com una diarrea per gastroenteritis aguda. En tractar-se d'un pacient immunodeprimit, caldria incloure dins les possibles etiologies *Cryptosporidium sp.*, CMV, *Mycobacterium avium* i *Giardia* entre d'altres. També s'hauria de considerar la malaltia inflamàtòria intestinal tenint en compte els antecedents de glomerulonefritis.

Malgrat presentava un buf cardíac de cronologia incerta i una determinació febricular no es va pensar en la possibilitat de que es pogués tractar d'una endocarditis fins la positivitat dels hemocultius.

Evolució Clínica

Durant la seva estada a urgències, s'inicià hidratació profusa i tractament amb ciprofloxacina 400mg/12h. A les poques hores es va tenir coneixement del creixement als hemocultius extrets a l'altre centre d'*Enterococcus*

faecalis sensible a ampicil·lina i resistent a gentamicina. Davant la sospita d'endocarditis aguda es va canviar el tractament antibiòtic a ampicil·lina ajustada a funció renal i ceftriaxona i es va sol·licitar una ecografia trans-toràcica (ETT) que va mostrar una imatge vibràtil de 17mm, filiforme, a la cara ventricular de la vàlvula aòrtica, compatible amb vegetació. Posteriorment es realitzaria una ecografia trans-esofàgica (ETE) que confirmà la vegetació de 19.2mm amb una estenosi moderada i una insuficiència aòrtica severa (Imatge 2).

El pacient presentà un evolutiu estable fins que al 14è dia d'ingrés patí tres deposicions melèniques. Es practicà una TC toraco-abdominal que mostrà una col·lecció de baix coeficient d'atenuació a la melsa en situació subcapsular amb petites bombolles d'aire en el seu interior i amb nivell hidroaeri (probable abscess) i àrees de morfologia pseudonodular que podien correspondre's amb ruptures esplèniques per èmbols sèptics (Imatges 3 i 4).

Amb el diagnòstic de ruptura esplènica continguda secundària a èmbol sèptic per endocarditis es traslladà el malalt al Servei de Medicina Intensiva per a control, i decidint-se que per l'elevat risc d'hemorràgia massiva el malalt era tributari a esplenectomia urgent, així com a substitució valvular diferida.

Durant la intervenció, s'objectivà important isquèmia segmentària irreversible i perforada a cara antimesentèrica del colon transvers amb plastró associat que obligà a resecció intestinal i un petit abscess que es trencà durant la manipulació drenant material hemato-purulent. Es realitzà una esplenectomia i una colostomia i s'augmentà el tractament antibiòtic afegint cotrimoxazol i metronidazol. En els cultius de la col·lecció intra-abdominal va créixer *E. faecalis* resistent a ampicilina i *Bacteroides sp.* pel que es decidí canviar l'ampicilina per vancomicina, mantenint la resta de tractament antibiòtic. La evolució va ser favorable, amb negativització dels hemocultius al tercer dia de vancomicina, podent-se traslladar al pacient a planta convencional. El 21è dia d'ingrés el pacient presentà anemització severa, objectivant-se dèbit hemàtic a la colostomia. Es realitzà una Fibrocolonoscopia (FCS) en que s'objectivaren nombroses úlceres a la mucosa amb abundant babeig hemorràgic i fons fibrinosos, no podent-se diferenciar entre la etiologia infecciosa o isquèmica i agafant-se biòpsies per a estudi. L'estudi anàtomo-patològic mostrà úlceres isquèmiques (Imatge 5). A les 24 hores el pacient inicià quadre de xoc sèptic i

hemorràgic secundari a sagnat digestiu per úlceres intestinals. Amb el diagnòstic d'isquèmia mesentèrica de probable origen embòlic, la no viabilitat d'intervenció quirúrgica i l'levada comorbiditat del pacient es va decidir tractament conservador, sent finalment èxitus als 35 dies d'ingrés.

Diagnòstic definitiu

- Endocarditis aòrtica sobre vàlvula nativa per *E. faecalis*.
- Èmbols sèptics esplènics i mesentèrics.

Discussió del cas

El cas presenta una sèrie de punts d'interès. En primer lloc, la presentació de la endocarditis en absència de febre. El pacient no referia febre termometrada en els dies previs i durant la seva estada a urgències tan sols va presentar una única determinació febricular. Aquest fet és excepcional i sens dubte ve condicionat per la immunodepressió del pacient. En tot cas, remarca la necessitat d'augmentar el nivell d'alerta quan s'atén a aquests pacients a urgències doncs la simptomatologia pot ser atípica o poc aparent. A més s'ha de tenir en compte que els fenòmens embòlics són, per se, sovint silencis o poc expressius, el que encara dificulta més el diagnòstic.

En segon lloc, el pacient va presentar embòlies sèptiques a nivell esplènic i a nivell mesentèric. Es considera que el risc d'embolització en la endocarditis infecciosa és major quan la vegetació supera els 10mm o en determinades etiologies com *S. aureus* o *Enterococcus*. El nostre cas complia tots dos criteris. La embòlia a la melsa que fa unes dècades es descrivia en la meitat dels casos d'endocarditis, en les sèries més recents s'observa en el 10% de les endocarditis esquerres i no es pot considerar excepcional. La embolització a nivell mesentèric, en canvi, es molt més infreqüent i tan sols ha estat descrita en 4 ocasions prèviament. És tema de debat encara no aclarit la indicació d'iniciar descoagulació en aquests pacients.

Finalment, malgrat no pot demostrar-se la relació del quadre diarreic de debut amb l'endocarditis i la posterior embolització sèptica al territori intestinal, la compatibilitat amb la clínica inicial d'alguns casos d'isquèmia intestinal i l'evolutiu que presentà el pacient, poden suggerir un símptoma poc comú d'aquest tipus d'embolització essent recomanable considerar la isquèmia intestinal en casos de similars característiques.

Bibliografia

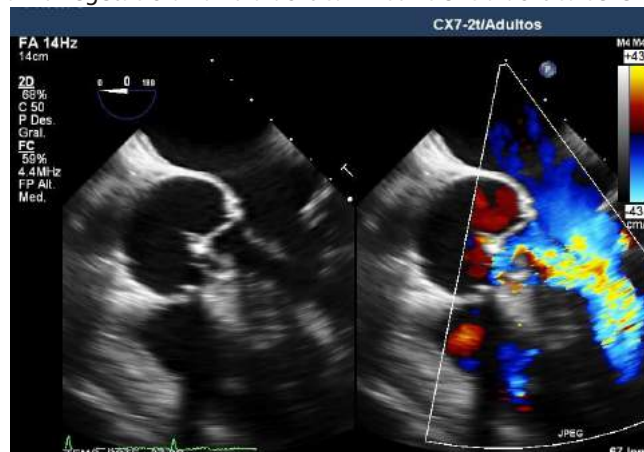
- 1.- Waqas M, Waheed S, Haider Z, Shariff AH. Acute mesenteric ischaemia with infective endocarditis: is there a role for anticoagulation? BMJ Case Rep. Publicat online 2013 Jun 17. doi:10.1136/bcr-2013-009741
- 2.- Luaces Méndez M, et al. Endocarditis infecciosa y embolias del eje hepatoesplenorrenal. Rev Esp Cardiol. 2004; 57(12):1188-96.
- 3.- Misawa S, Sakano Y, Muraoka A, Yasuda Y, Misawa Y. Septic embolic occlusion of the superior mesenteric artery induced by mitral endocarditis. Ann Thorac Cardiovasc Surg. 2011;17:415-417
- 4.- Millaire A, Leroy O, Gaday V, de Groote P, Beuscart C, Goullard L et al. Incidence and prognosis of embolic events and metastatic infections in infective endocarditis. Eur Heart J. 1997; 18: 677-684.
- 5.- Summers B, Kaminski J, Chandler M. Splenic rupture occurring as a complication of subacute bacterial endocarditis. N Z Med J. 2003; 116(1182).
- 6.- Pringle SD, McCartney AC, Cobbe SM. Spontaneous splenic rupture as complication of infective endocarditis. Int J Cardiol. 1998;19(3):384-6.

Iconografia

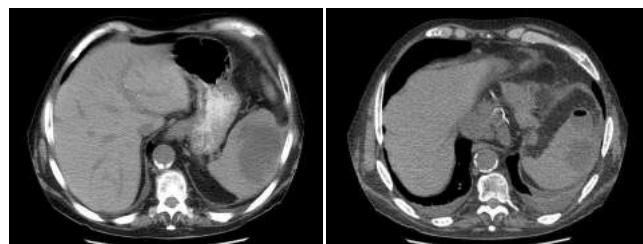
Imatge 1: Radiografia abdominal amb dilatació colònica.



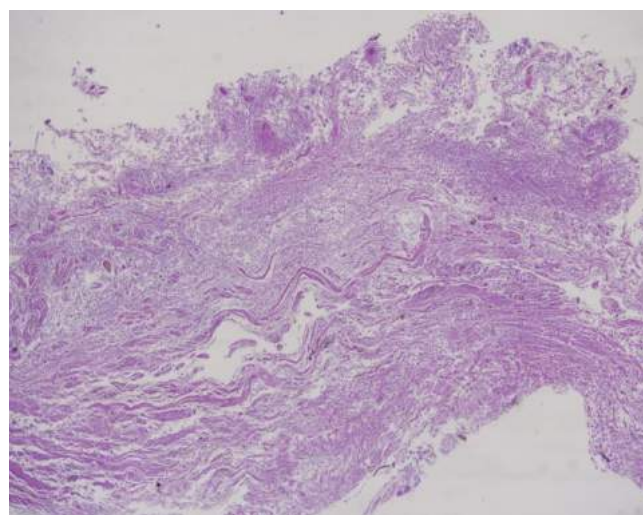
Imatge 2: Ecografia transesofàgica i estudi Doppler color amb vegetació a vàlvula aòrtica i insuficiència aòrtica severa.



Imatges 3 i 4: Captures de TC toraco-abdominal amb infart i abscessos esplènics.



Imatge 5: Imatge d'Anatomia patològica. Isquèmia Intestinal transmural.



HISTOPLASMOSI DISSEMINADA EN PACIENT VIH

Xavier Fustà , Mar Guasp, Àlex Bataller, Maria Fernanda Solano, Aina Capdevila
Hospital Clínic. Barcelona

Nom autor: Xavier Fustà Lloc de treball: Hospital Clínic

Data recepció: 12.10.2015 Data acceptació: 26.10.2015

Mail: fusta@clinic.cat

Forma de citació: Fustà X, Guasp M, Bataller A, Solano MF, Capdevila A. *Histoplasmosi disseminada en pacient VIH*. ReMUE.c@t 2017;4(1):21-23

Motiu de consulta

Febre, tos, sudoració nocturna i pèrdua de pes.

Antecedents personals

Home de 44 anys, nascut a Colòmbia, resident a Barcelona des de fa 17 mesos. Sense viatges recents ni visites al seu país. Sense al·lèrgies conegudes, no refereix hàbits tòxics. Homosexual, amb múltiples contactes sexuals recents, refereix sempre amb protecció. Com antecedents patològics destaca laparotomia mitja als 23 anys d'edat per transport de bosses de cocaïna en via digestiva, presentant retenció de les mateixes. No pren medicació habitualment.

Procés actual

El pacient consulta al servei d'urgències per un quadre de febre alta (fins 41°C), sudoració profusa nocturna i pèrdua de 10 Kg de pes, de 2 mesos d'evolució. Refereix també tos seca des de l'inici del quadre. Havia rebut tractament amb Amoxicil·lina-Clavulànic l'última setmana per recepta del seu metge de capçalera, qui li havia realitzat també una analítica de sang i una radiografia de tòrax sense objectivar troballes patològiques. Nega cap altra simptomatologia, nega contacte amb animals.

Exploració física

80 Kg de pes, 183 cm d'alçada. PA 118/63 mmHg, FC 95, FR 17 rpm, T^a axil·lar 39.9°C, SatO₂ 98% (basal). Hemodinàmicament estable, febril, amb postració important i sudoració profusa. Marcada pal·lidesa de pell i mucoses. Astènic, amb regular estat general. Glasgow 15/15, no presenta signes de focalitat neurològica ni signes meningis. Murmuri vesicular conservat sense sorolls patològics afegits a l'auscultació. Tons cardíacs rítmics, sense bufs ni frecs, amb polsos perifèrics presents i simètrics. Abdomen no dolorós a la

palpació, sense hepatomegàlia però amb esplenomegàlia de grau 1, sense signes d'irritació peritoneal. Puny - percussió lumbar negativa a nivell bilateral. No es palpen adenopaties en territoris perifèrics. No presenta alteracions a nivell cutani.

Proves complementàries realitzades a urgències

- Analítica de sang: PCR 5.11 mg/dL; Creatinina 1.12 mg/dL; FG 79 ml/min; Triglicèrids 193 mg/dL; ASAT 66 U/L, ALAT 23 U/L; GGT 43 U/L; Bilirubina total 0.5 mg/dL; LDH 1316 U/L; CK 228 U/L; Sodi 133 mEq/L; Potassi 4.0 mEq/L. Hemoglobina 105 g/L; Plaquetes $19 \cdot 10^9/L$; Leucòcits $2.89 \cdot 10^9/L$ amb neutropènia moderada. Temps de protrombina 59.6%.

- Radiografia de tòrax: no s'observa cardiomegàlia, sins costofrènics lliures, sense imatges de condensació. Marc ossi sense alteracions.

- Anticossos i p24 VIH 1: POSITIU.

- Altres proves: hemocultius i urinocultius amb resultat negatiu. Gota grossa negativa. Antigenúria de pneumococ i Legionella negatives.

Diagnòstic diferencial a urgències

Ens trobem davant d'un quadre de febre d'etiologia no filiada, de dos mesos de duració, amb simptomatologia respiratòria lleu i inespecífica, acompanyat d'una situació de pancitopènia instaurada en menys d'una setmana. En primer lloc cal valorar si ens trobem davant d'un pacient immunocompetent o afecte d'alguna condició d'immunodeficiència. Al cursar-se la serologia i detectar-se un VIH positiu (tot i desconèixer en un primer moment la xifra de CD4 +), cal considerar la possibilitat que el pacient es trobi en un estat d'immunosupressió greu. Primerament hem de considerar que l'origen de la

febre pugui ser infecció, essent necessari descartar una pneumònia o una infecció per micobacteris, sigui per *M. tuberculosis* o per micobacteris atípics (els quals sovint apareixen per sota de 50 CD4 +), que poden originar quadres pulmonars poc simptomàtics i, a mesura que disminueix la immunitat, poden provocar afectació extrapulmonar. Un altre microorganisme a tenir en compte en aquest cas és *Pneumocystis jirovecii*, que normalment es presenta amb una important clínica respiratòria (dispnea i tos poc productiva), però que en un 20% de casos es presenten amb una radiografia de tòrax normal. Altres entitats a descartar són una reactivació de CMV (que pot cursar únicament com a febre d'origen desconegut), toxoplasmosi pulmonar, mononucleosi infecciosa i Leishmaniosi (que sol cursar amb pancitopènia, esplenomegàlia i hipergammaglobulinèmia). En pacients immunodeprimits que hagin nascut o que hagin viatjat a països endèmics cal considerar també la possibilitat de micosis invasives com la histoplasmosi, la qual se sol presentar en forma de febre, clínica respiratòria similar a la tuberculosi i, a vegades, lesions cutànies i afectació d'altres òrgans. Com a causes no infeccioses de febre i afectació hematològica en pacients VIH cal tenir en compte els limfomes (essent el més freqüent el limfoma difús de cèl·lules B grans), que poden cursar amb formes extraganglionars i atípiques i que sovint són d'agressivitat alta. Una altra neoplàsia que pot cursar amb febre perllongada sense expressivitat aparent és el Sarcoma de Kaposi visceral. Per últim, cal recordar també la importància de la febre d'origen farmacològic, per la qual cosa és important revisar la medicació del pacient.

Evolució clínica i proves complementàries realitzades fora d'urgències

El pacient va ingressar a la sala d'hospitalització de malalties infeccioses orientat com un síndrome febril en pacient VIH de debut, de causa probablement infecciosa o neoplàsica. A l'anàlisi d'ingrés es va obtenir un recompte cel·lular amb 45 CD4 +. Es van sol·licitar serologies de *Toxoplasma*, hepatitis B i C, sífilis, *Brucella*, *Leptospira* i *Strongyloides*, obtenint un resultat negatiu. Les PCR de CMV i VEB van ser negatives. Donada la clínica respiratòria es va realitzar una fibrobroncoscòpia amb rentat broncoalveolar on es van obtenir tots els cultius,

antígens i *Pneumocystis* negatius. En TAC toracoabdominal únicament s'objectivà esplenomegàlia homogènia, dues adenopaties localitzades a nivell intraabdominal i un petit focus de bronquiolitis. Al PET-TAC s'observà una gran captació esplènica, sense altres alteracions. En estudis analítics es va descartar la presència d'hemòlisi. El pacient presentà un empitjorament progressiu, amb augment de LDH, ferritina de 7.500 µg/L, hipofibrinogèmia i empitjorament del perfil hepàtic i de l'hemograma (Hb 6.1 g/L). Es va realitzar un aspirat de moll d'os on no es va obtenir grumoll, per la qual cosa es va realitzar una biòpsia de medul·la òssia on es descartà la presència d'infiltració limfoproliferativa. Donat que el pacient complia criteris d'hemofagocitosi, i donat el seu país d'origen, es va realitzar PCR per detecció de fongs en la mostra obtinguda de medul·la òssia, resultant positiva per *Histoplasma capsulatum*. S'inicià teràpia endovenosa amb Amfotericina B i corticoteràpia, presentant una gran millora clínica i analítica fins poder ser donat d'alta en estat asimptomàtic, afebril i amb una analítica estrictament normal, havent iniciat ja la teràpia antirretroviral durant l'ingrés.

Diagnòstic final

Histoplasmosi disseminada amb síndrome hemofagocític secundari en pacient VIH.

Discussió

La histoplasmosi és una malaltia provocada pel fong dimòrfic *H. capsulatum*, que s'adquireix per inhalació i no es contagia de persona a persona. La seva distribució geogràfica inclou àmplies zones d'Amèrica, Àsia i Àfrica, on es troba sobretot al guano (adobs fabricats a base d'excrements d'aus) i en coves habitades per ratpenats, sent una malaltia poc freqüent al nostre medi però cada vegada més habitual a causa de viatges i immigració. En immunocompetents la malaltia sol ser asimptomàtica o cursa en forma d'infecció pulmonar lleu i autolimitada, amb tos i febre, podent quedar en estat latent. Tot i així, en persones immunodeprimides es pot produir una infecció disseminada (definitòria de SIDA), amb afectació multisistèmica i presentant una mortalitat alta si no s'aplica tractament de forma precoç. A més, s'han descrit casos on una histoplasmosi disseminada en un pacient immunodeprimit no diagnosticada a temps pot

desencadenar un síndrome hemofagocític secundari, amb una taxa de mortalitat de fins el 73%. La histoplasmosis disseminada s'ha d'incloure al diagnòstic diferencial a urgències en pacients amb $< 150 \text{ CD4 } +/\mu\text{L}$ que es presentin amb febre perllongada sense focus i que hagin estat en algun moment de la seva vida en algun país endèmic. El fet de no platejar-s'ho a temps pot resultar en la mort del pacient, sigui per la pròpia infecció o per complicacions de la mateixa, com el síndrome hemofagocític secundari, situació molt greu i altament infradiagnosticada.

Bibliografia

- Mensa, J. Et al; Guía de terapèutica antimicrobiana 2015 (25 Ed.). Antares, Barcelona 2015.
- Gil-Brusola, A. Et al; Disseminated histoplasmosis with hemophagocytic syndrome in a patient with AIDS: description of one case and review of the Spanish literature. Rev Iberoam Micol 2007; 24: 312-316.
- Frola, C. Et al; Impacto de la histoplasmosis disseminada en pacientes HIV positivos. Actualizaciones en SIDA e infectología. Buenos aires. Julio 2013. Volumen 21, número 80:37-41.

TETRAPARESIA Y DOLOR CERVICAL AGUDO

Andrea Ladino, Rosa Escoda, Lorena De La Mora.

Hospital Clínic. Barcelona.

Nom autor: Andrea Ladino Lloc de treball: Hospital Clínic

Data recepció: 12.10.2015 Data acceptació: 26.10.2015

Mail: ladino@clinic.cat

Forma de citació: Ladino A, Escoda R, De la Mora L. *Tetraparesia y dolor cervical agudo en mujer de 43 años*. ReMUE.c@t 2017;4(1):24-26

Motivo de consulta

Pérdida de fuerza en extremidades.

Antecedentes personales

Mujer de 43 años de edad. Natural de Pakistán, residente en Barcelona desde hace 4 años. Desconoce alergias medicamentosas. No refiere hábitos tóxicos. No enfermedades en la infancia. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Barrera idiomática. Como antecedentes patológicos, presenta:

1) Asma bronquial en tratamiento con Budesonida 100 mcg/ 12 horas.

Enfermedad actual

Acude a urgencias por cuadro súbito de horas de evolución, caracterizado por pérdida de fuerza de las cuatro extremidades e intenso dolor cervical. No explica haber realizado esfuerzos ni haber levantado peso recientemente. No fiebre ni síndrome constitucional.

Exploración física

CV: TA 137/96 mmHg, T^a 37.1°C, SatO₂ 99%. Normocoloreada, normohidratada. Tonos cardiacos rítmicos, sin soplos ni ruidos sobreañadidos. No edemas periféricos. Murmuro vesicular conservado, sin sonidos patológicos. Abdomen anodino. NRL: Alerta y orientada. Lenguaje sin rasgos afásicos (según describe el familiar). Isocoria normorreactiva. Campimetría sin déficits. Mirada conjugada sin limitaciones. Pares craneales conservados. Tetraparesia 3/5 en extremidades superiores y 1/5 en inferiores, tanto proximal como distal. Hipoestesia táctil y termoalgésica en las cuatro extremidades. Nivel sensitivo T4. Hiporreflexia generalizada y simétrica. No dismetrías.

Pruebas complementarias en urgencias

- Bioquímica general: PCR 1.65 mg/dL, Glucosa 101 mg/dL, Creatinina 0.47 mg/dL, Na 139 mEq/L, K 3.9 mEq/L.
- Hemograma: Leucocitos 5600, Hemoglobina 105 g/L, Hematocrito 32%, VCM 70 fl, HCM 22.9 pg, Plaquetas 233000.
- Sedimento urinario: No patológico.
- Radiografía tórax: Sin infiltrados ni condensaciones.
- RMN: Se evidencia hiperseñal en cuerpos vertebrales C5 y C6 con colección líquida que capta contraste en la periferia.

Diagnóstico diferencial en urgencias

La imagen que se objetivaba en la RMN vertebral incluía varios diagnósticos diferenciales siendo los principales osteomielitis con absceso infeccioso y neoplasia primaria o metastásica. Por el curso clínico rápido, debían descartarse osteomielitis bacterianas por patógenos como *Staphylococcus aureus*. Asimismo por los factores epidemiológicos de la paciente se pensó en tuberculosis a pesar de no presentar clínica pulmonar en ningún momento ni síndrome constitucional. Otras probables causas que se consideraron fueron osteomielitis asociada a brucelosis, actinomicosis y candidiasis. Por último, se debía descartar una neoplasia.

Evolución clínica y pruebas complementarias realizadas fuera de urgencias

Debido al déficit neurológico, se decidió intervención quirúrgica urgente, realizando corporectomía C5 y C6 más drenaje de absceso epidural. Ingresó a cuidados intermedios de UCI quirúrgica para control y tratamiento. Durante su estancia en la unidad, se mantuvo afebril, hemodinámicamente estable y eupneica.

Neurológicamente presentaba tetraparesia en resolución: fuerza de ESD 4/5, ESI 3+/5, EII 4/5 y EID 3/5, sensibilidad aparentemente conservada. Se inició tratamiento antibiótico empírico con Ceftriaxona, Cloxacilina y antituberculostáticos aunque los cultivos de bacterias y PCR de TBC del material purulento fueron negativos. Se solicitó serología para VIH siendo negativa. A los 13 días de haber ingresado se realizó ampliación de corporectomía y fijación cervical. Postoperatoriamente presentó hematoma cervical transfixiante que requirió apertura urgente, en UCI, de herida infrahioidea con salida de hematoma a tensión. Se trasladó de forma urgente a quirófano para drenaje de hematoma, control de la hemorragia (sangrado por arteria tiroidea superior) y realización de traqueostomía. Posteriormente se mantuvo bajo sedación y ventilación que se retiró a las 24 horas. Neurológicamente presentó importante mejoría, movilizándolo las cuatro extremidades en contra de la gravedad. Los cultivos para hongos y bacterias del material extraído, el quantiferon y anticuerpos para *Brucella* fueron negativos. A pesar de esto, continuó tratamiento con antituberculostáticos y Augmentine. Se trasladó a sala de hospitalización donde presentó buena evolución neurológica, de forma progresiva se consiguió cierre de traqueostomía y se inició dieta vía oral bien tolerada. A las 5 semanas de haber ingresado a urgencias, se aisló *Mycobacterium tuberculosis* multisensible. Se decidió prolongar tratamiento antituberculoso y se trasladó a centro de rehabilitación. Al alta deambulaba con ayuda.

Diagnóstico final

Absceso epidural cervical tuberculoso.

Discusión

La tuberculosis osteoarticular representa del 10-35% de casos de tuberculosis extrapulmonar. La tuberculosis vertebral es la más común dentro de las formas musculoesqueléticas y la afectación toracolumbar es el sitio más frecuentemente involucrado. El síntoma más común es el dolor local que aumenta progresivamente en semanas o meses. El síndrome constitucional está presente en <40% de los pacientes y la afectación pulmonar concomitante en aproximadamente 50% de los casos. Ocasionalmente puede haber formas clínicas atípicas como abscesos epidurales o masas extraespinales que pueden comprimir el

cordón medular.

Hoy en día, las pruebas de imagen como la tomografía computada y especialmente la resonancia magnética, pueden ayudar a establecer un diagnóstico temprano aunque no es específico y el diagnóstico definitivo es a través de cultivo del material extraído, ya sea por biopsia o intervención quirúrgica.

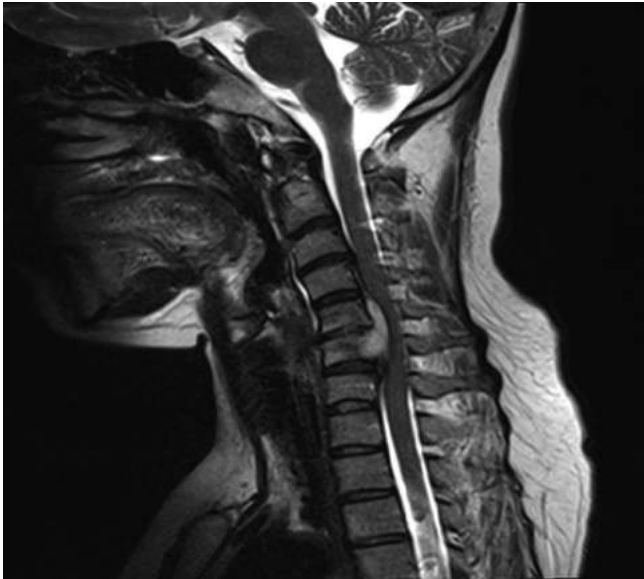
El manejo recomendable comprende tratamiento médico siempre y quirúrgico en muchas situaciones. Las principales indicaciones para realizar cirugía son síntomas neurológicos avanzados y empeoramiento de la clínica neurológica a pesar de óptimo tratamiento médico. En cuanto al tratamiento antituberculostático, se sugiere, en general, el mismo esquema que en la tuberculosis pulmonar. La duración óptima es discutida, siendo suficiente por 6 a 9 meses.

Este caso tiene especial interés ya que la presentación de tuberculosis vertebral presenta características atípicas. La paciente presentó afectación cervical, siendo poco común, asimismo un cuadro agudo que implicaba un absceso epidural posterior. Por último demuestra la importancia del tratamiento combinado (médico y quirúrgico) en una paciente con clínica neurológica importante.

Bibliografía

1. Momjian R, George M. Atypical imaging features of tuberculous spondylitis: case report with literature review. J Radiol Case Rep. 2014 Nov 30;8(11):1-14. doi: 10.3941/jrcr.v8i11.2309. eCollection 2014 Nov. Review.
2. Nussbaum ES, Rockswold GL, Bergman TA, Erickson DL, Seljeskog EL. Spinal tuberculosis: a diagnostic and management challenge. J Neurosurg. 1995 Aug;83(2):243-7.
3. Sharma SK, Mohan A. Extrapulmonary tuberculosis. Indian J Med Res. 2004 Oct;120(4):316-53. Review.
4. Watts HG, Lifeso RM. Tuberculosis of bones and joints. J Bone Joint Surg Am. 1996 Feb;78(2):288-98. Review.

Iconografia



Comentari sobre els casos clínics d'infeccions

Pedro Puerta Alcalde¹, Carolina García-Vidal²

¹Servei de Malalties Infeccioses, Hospital Universitari de Bellvitge.

²Servei de Malalties Infeccioses, Hospital Clínic de Barcelona.

Nom autor: Carolina García-Vidal

Lloc de treball: Hospital de Bellvitge

Data recepció: 01.12.2015

Data acceptació: 10.12.2015

Mail: carolina@bellvitgehospital.cat

Forma de citació: Puerta Alcalde P, García-Vidal C. *Comentari sobre els casos clínics d'infeccions*. ReMUE.c@t 2017;4(1):27-30

El 10 de novembre del 2015 es va realitzar la *VIª Jornada de Casos Clínics d'Infeccioses als Serveis d'Urgències*. Vam tenir un cop més l'oportunitat de reunir-nos per compartir coneixements i experiències relacionades amb les malalties infeccioses a Urgències, mitjançant l'exposició i discussió de diferents casos clínics que destacaven per la seva originalitat o representabilitat d'una malaltia concreta. Gràcies a l'edició d'aquesta revista tenim l'oportunitat de reviu i comentar sis d'aquells casos que varen destacar especialment i que ens poden ajudar a la nostra feina futura a Urgències.

El primer cas descriu una Endocarditis Infecciosa per *E. faecalis* en un pacient trasplantat renal que estava rebent medicació immunosupresiva per aquest motiu. L'enterococ és la tercera causa etiològica més freqüent d'endocarditis i està guanyant relevància, especialment en malalts relacionats amb l'àmbit sanitari, majors o amb moltes comorbiditats (1), com el malalt que es presenta.

Ademés, la història del tractament de l'endocarditis per *E. faecalis* està íntimament lligada a la recerca catalana. Ara fa ja uns anys, uns investigadors de la nostra terra van posar en dubte si en aquests malalts d'edat avançada i comorbiditats, l'ús de Gentamicina era adequat. Primer van demostrar "in vitro" que l'ús de dos β -lactàmics com Ceftriaxona i Ampicilina tenien un efecte bactericida sinèrgic enfront *E. faecalis*. Posteriorment varen corroborar aquests resultats en un model animal (2) i finalment van demostrar

a través de la recerca clínica, que el tractament amb Ceftriaxona + Ampicilina era igual d'eficax i amb menys efectes secundaris que el tractament amb Ampicilina + Gentamicina (3). Arrel d'aquests estudis s'ha canviat la pràctica clínica del tractament d'aquesta malaltia i el tractament amb Ampicilina + Gentamicina s'utilitza ara molt rarament. Des d'aquí volem aprofitar per demostrar un cop més el nostre suport i admiració per la recerca clínica catalana i en concret pels autors d'aquests estudis.

Per últim, en aquest cas en concret, malauradament es va tenir un desenllaç fatal i podriem reflexionar si hi havien coses a millorar. Segons les guies Europees de 2015 de la ESC, existeix indicació quirúrgica per prevenir embolismes en els malalts que presenten vegetacions >10mm amb embolismes persistents tot i el tractament antibiòtic, i en les vegetacions aïllades >15mm. El malalt complia ambdues condicions i potser s'hauria d'haver plantejat la cirurgia, després d'una avaluació exhaustiva dels riscos.

El segon cas ens ofereix una excel·lent oportunitat per fer una reflexió sobre la importància del maneig clínic i de l'ús adequat dels antibiòtics. El pacient presenta osteomielitis del pubis, una malaltia amb expressió clínica habitual en forma de febre i dolor amb la marxa i l'exploració de les sacroilíaqes, que típicament s'irradia a la zona perineal. La osteomielitis no sempre és un diagnòstic fàcil i molts cops precisa un diagnòstic per imatge amb RMN, que no és la prova més

ràpidament disponible al nostre àmbit. No obstant, el fet de que el malalt prengué fins dos mesos de tractament antibiòtic amb diagnòstic de prostatitis crònica, amb un sediment negatiu, amb urocultius negatius i sense una exploració prostàtica patològica ens ha de fer reflexionar. La recaiguda simptomàtica al poc temps de deixar el tractament antibiòtic és una característica de l'osteomielitis pùblica (4) i ens hauria d'obligar a fer un replantejament clínic, tornar a agafar cultius i no reiniciar de forma immediata tractament antibiòtic que pugui emascarar el quadre.

En quant a l'etiologia, la causa més freqüent d'osteomielitis pùblica és el *S.aureus* sent menys habituals els casos per *Paeruginosa*, *E.coli*, anaerobis i altres. Finalment, destacar que la causa més comú es la inoculació postquirúrgica, però en molts casos com aquest és difícil filiar la etiologia.

El següent cas és una infecció pulmonar per *Histoplasma capsulatum*. Aquest és un exemple de com els creixents moviments migratoris estan afectant a la incidència de diverses malalties que havien estat erradicades al nostre àmbit o inclús mai havien estat descrites, suposant un repte pels professionals mèdics, que cada cop més es veuen obligats a aprofundir en el coneixement de la epidemiologia global. Ademés es descriu el cas d'un primer diagnòstic de VIH, que tot i els esforços en prevenció al nostre àmbit, continua amb casos lleument creixents de forma anual. Així mateix, molts d'aquests nous casos són de diagnòstic tardà presentant-se el malalt amb un grau d'inmunodepressió severa.

El cas en concret ens presenta una infecció per *Histoplasma capsulatum*, un fong dimòrfic que s'adquireix per via inhalada i que es manté en forma micelial a temperatura ambient, creixent com a llevat a la temperatura dels mamífers colonitzats. La seva distribució geogràfica inclou amples zones d'Amèrica, Àsia i Àfrica i és una infecció normalment asimptomàtica. Els casos simptomàtics acostumen a mostrar afectació pulmonar amb quadres subaguts i sovint recidivants. En malalts amb immunodepressió severa no obstant, s'ha descrit l'associació de la histoplasmosi disseminada amb el Síndrom Hemofagocític. Aquest és un síndrome (5)

caracteritzat per febre elevada, alteració analítica principalment en forma de pancitopènia, alteració de les proves hepàtiques i elevació important de la ferritina, i hemofagocitosi al moll d'os. El síndrome hemofagocític és normalment desencadenat per malalties hematològiques, autoimmunes o infeccioses. Dins de les malalties infeccioses, si bé la infecció pel VEB és la causa més freqüent, l'associació a zones endèmiques amb *Histoplasma capsulatum* està ben descrita. Un alt índex de sospita és important donat que la mortalitat arriba fins al 70% segons algunes sèries, essent fonamental el tractament del trigger per controlar la cascada inflamatòria que en última instància desencadena el quadre.

El quart cas ens permet repassar una infecció parasitària com és la Hidatidosi o Equinococcosi. La hidatidosi és una de les infeccions parasitàries més freqüents del nostre entorn, presentant una altra prevalença a la zona mediterrània (6). Ademés, a diferència del cas previ, en aquest cas s'especula que els moviments colonitzadors europeus cap a la resta dels continents van produir la disseminació d'aquest paràsit que avui en dia té una distribució global. La equinococcosi està produïda per la tènica del gènere *Echinococcus*, amb quatre espècies relacionades amb malalties amb humans, de les quals la més freqüent al nostre àmbit és *E.granulosus*. Al cicle vital de l'equinococ, la ingesta de viscères d'un hoste intermediari (p.e. cabres) per l'hoste definitiu (normalment gossos) dona lloc a la forma adulta de la tènica que residirà a l'intestí de l'hoste definitiu i alliberarà les formes infectants amb la femta. Els humans són un hoste incidental, infectant-se habitualment pel consum d'aliments contaminats per materials fecals.

A nivell clínic destacar que la fase inicial acostuma a ser asimptomàtica amb períodes de latència d'inclús 50 anys. La simptomatologia acostuma a estar en relació al lloc d'implantació dels quists i del seu tamany. Donat que la forma immadura penetra la mucosa intestinal i passa al torrent sanguini venós, els llocs amb major manifestació clínic són els "filtres" circulatoris progressius. És a dir, en primer lloc s'afecta el fetge, en segon lloc el pulmó, i en cas de superar aquests filtres es produirà la disseminació sistèmica amb afectació principalment cerebral, muscular, cardíaca i pancreàtica.

Per últim i com molt bé vam fer els companys que exposen el cas, davant d'una lesió de parts toves com aquesta, amb un context epidemiològic adequat i amb escassos signes flogòtics que facin pensar en infecció bacteriana, és important plantejar-se el diagnòstic d'Hidatidosi i evitar la punció de la massa. Com és ben conegut, la ruptura espontània o iatrogènica d'aquests quistos produeix alliberació de material molt antigènic, produint reaccions immunològiques secundàries que poden inclús desembocar en un shock anafilàctic.

El següent cas es tracta d'una ADEM o encefalomièlitis post-infecciosa, una entitat que produeix una reacció inflamatòria cerebral o a la mèdula espinal. La hipòtesi més acceptada (7) es basa en que els autoantígens de la mielina comparteixen determinants antigènics amb alguns patògens i la reacció limfocítica o per anticossos contra aquest patògen desencadenaria una reacció autoimmunitària amb inflamació secundària. L'ADEM s'acostuma a precedir d'una infecció viral o bacteriana, si bé molts casos no s'identifica el patògen (8). El quadre clínic desencadenant més freqüent acostuma a ser una infecció de vies respiratòries altes o un quadre gastrointestinal. Al cas presentat sembla secundari a una pneumònia atípica.

En quant a la clínica, el quadre acostuma a debutar en forma de febre, cefalea i vòmits, i amb l'evolució acostuma a progressar en forma de encefalopatia, podent aparèixer així mateix dèficits focals. Normalment la clínica neurològica apareix entre 4-13 dies després de la infecció desencadenant, dificultant encara més el diagnòstic.

Aquest cas és excepcional per varis motius. Dintre d'aquesta malaltia poc prevalent, és inhabitual la presentació simultània de clínica neurològica amb l'alteració radiològica. Per una altra part tampoc és habitual l'afectació neurològica limitada a parèsia lleu. De forma habitual, la presentació en forma de cefalea, nàusees, vòmits i possible focalitat obliga a la realització d'una punció lumbar que ens ajudarà en el diagnòstic per una part al mostrar hiperproteïnorràquia amb pleocitosi limfocítica i per una altra part descartant causes bacterianes i virals mitjançant

el cultiu i la realització de tècniques de PCR del LCR. Amb aquests resultats i el recolzament de la ressonància magnètica, l'antecedent de quadre febril les setmanes prèvies ens pot donar la pista definitiva pel diagnòstic. Un cop arribat a aquest punt és fonamental iniciar tractament de forma precoç donat que aquesta entitat pot ser fatal i fins a un 46% (8) dels malalts poden quedar amb seqüeles. Tot i que no hi ha estudis prospectius, el tractament es basa amb bolus de corticoides i en casos refractaris immunoglobulines o plasmafèresi.

El sisè i últim cas, al igual que el tercer, és un exemple del repte que suposen els pacients immigrants, no només per la seva diferent càrrega epidemiològica, sinó també perquè molts cops existeix una barrera idiomàtica que dificulta l'anamnesi i obliga a ser encara més minuciós a l'exploració física.

El cas ens mostra una presentació poc habitual d'una TB extrapulmonar en forma d'abscess epidural. La TBC és una malaltia molt prevalent a nivell mundial, i tot i que les dades de la OMS parlen d'un descens de quasi el 50% de casos en els últims 30 anys, les dades de 2014 segueixen mostrant 9.6 milions de nous casos i 1.5 milions de morts per aquesta malaltia. Per aquest motiu, i especialment en malalts provinents de zones d'alta endemicitat, hem de seguir alerta a aquest diagnòstic. Per la seva part, la malaltia de Pott, descrita al 1779 per Percivall Pott, és una de les malalties més antigues de la humanitat. De fet, s'ha documentat a les mòmies Chibcha (2500 a.C.), a les mòmies d'Egipte, i a restes de columna vertebral de l'Edat de Ferro a Europa, que ja patien aquesta malaltia. Cal recordar que personatges tant famosos com Nefertiti i el seu marit Akenaton (1370 a. C.) van morir per aquesta malaltia.

A nivell clínic, l'afectació osteoarticular és l'afectació extrapulmonar més freqüent després de la ganglionar i la pleural. Si bé la presència de síndrome constitucional i febre no és tan habitual com a la forma pulmonar, lo particular d'aquest cas és que el quadre acostuma a ser molt més subagut i la localització més habitual del mal de Pott és la columna dorsal baixa i la lumbar (9).

Además, crec que aquest cas és un bon exemple de la dificultat que suposa molts cops el

diagnòstic de la TB. La malalta no presentava simptomatologia constitucional acompanyant, la presentació era brusca, el quantíferon negatiu i la PCR de TBC sobre la mostra quirúrgica negativa. Només el resultat del cultiu de micobactèries a les 5 setmanes d'ingrés va donar el resultat. En aquestes situacions és habitualment difícil prendre la decisió de mantenir el tractament antituberculos. La nostra enhorabona als companys que presenten el cas.

Per últim volem aprofitar per recalcar la importància dels cultius i els estudis de resistència farmacològica en aquests malalts. Segons dades de la OMS, al 2008 es van detectar casi mig milió de casos de tuberculosi multiresistent, dels quals una tercera part va morir. Al Pakistan, d'aon prové la malalta del cas presentat, es van detectar al 2014 fins un 32% de resistències que van obligar a un tractament de segona línia. Aquest augment de la TBC-MDR i TBC-XDR associat al augment dels moviments migratoris obliga a extremar la precaució respecte a aquesta malaltia i per una altra part de ben segur ha d'estimular les campanyes sanitàries així com la continuació de la recerca en aquest camp.

Doncs amb això acabem el resum dels casos d'aquest any desitjant de trobar-nos l'any vinent a les pròximes jornades!

Bibliografia

- 1.- Pericás JM, Zboromyrska Y, Cervera C, Castañeda X et al. Enterococcal endocarditis revisited. *Future Microbiology* 2015; 10 (7): 1215-40.
- 2.- Gavalda J, Onrubia PL, Gómez MT et al. Efficacy of ampicilin combined with ceftriaxone and gentamicin in the treatment of experimental endocarditis due to *Enterococcus faecalis* with no high-level resistance to aminoglycosides. *J Antimicrob Chemother.* 2003; 52 (3): 514-7.
- 3.- Fernández-Hidalgo N, Almirante B, Gavalda J, Peña C et al. Ampicilin plus ceftriaxone is as effective as ampicilin plus gentamicin for treating enterococcus faecalis infective endocarditis. *Clinical Infectious Disease* 2013; 56 (9): 1261-8.
- 4.- Pauli S, Willemsem P. Osteomyelitis pubis versus osteitis pubis: a case presentation and review of the literature. *Br J Sports Med* 2002; 36:71-73.
- 5.- Ramos M, Brito P, Lopez A. et al. Adult haemophagocytic syndrome. *Lancet* 2014 Apr 26; 383(9927):1464.
- 6.- Jenkins DJ, Romig T, Thompson RC. Emergence/re-emergence of *Echinococcus* spp.—a global update. *Int J Parasitology* 2005; 35: 1205-19.
- 7.- Steiner I, Kennedy PG. et al. Acute disseminated encephalomyelitis: current knowledge and open questions. *Journal of Neurovirology* 2015; 21: 473-9.
- 8.- Höllinger P, Sturzenegger M, Mathis J. et al. Acute disseminated encephalomyelitis in adults: a reappraisal of clinical, CSF, EEG and MRI findings. *J of Neurology* 2002; 249: 320-9.
- 9.- Pertuiset E, Beaudreil J, Lioté F. et al. Spinal tuberculosis in adults. A study of 103 cases in a developed country, 1980-1994.

TUBERCULOSI EXTRAPULMONAR: DIAGNÒSTIC PER LA IMATGE A URGÈNCIES

Màrius Sánchez, Yaiza Rovira, Ignasi Guasch, Maite Misis, Georgina Carrió, Josep M. Mòdol.
Servei Urgències-UC. Servei Medicina Intensiva. Servei de Radiodiagnòstic.
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

Nom autor: Màrius Sánchez Lloc de treball: Hospital Germans Trias i Pujol

Data recepció: 12.10.2015 Data acceptació: 26.10.2015

Mail: marius_sanchez@hotmail.com

Forma de citació: Sánchez M, Rovira Y, Guasch I, Misis M, Carrió G, Mòdol JM. *Tuberculosis pulmonar: diagnòstic per la imatge a urgències*. ReMUE.c@t 2017;4(1):31-35

CAS 1

Motiu de consulta

Dolor lumbar de característiques inflamatòries de llarga evolució.

Antecedents personals

Home de 62 anys. Natural de l'Índia, amb estada recent de 2 mesos en el seu país d'origen. Dolor lumbar de 6 mesos d'evolució, orientat com a lumbociàlgia i tractat de forma simptomàtica, amb úlcera lumbar de 4 mesos que és tractada sense èxit amb diverses tandes antibiòtiques empíriques.

Malaltia actual

Empitjorament del dolor lumbar amb impotència funcional progressiva durant les 2 setmanes prèvies a la consulta a urgències. Explica síndrome constitucional amb pèrdua de pes (15 kg) en els últims mesos. Refereix tos escassament productiva amb esput blanquinos.

Exploració física

Mal estat general. Hipofonesi camp pulmonar dret amb sibilants dispersos. Exploració aparell locomotor dificultada per dolor. Força extremitats inferiors conservada. Maniobres radiculars positives. No incontinència d'esfínters. Dolor a la palpació apòfisis espinoses lumbars. Maniobra de Goldthwait ++. Reflexes rotulians abolits. No signe de Babinski.

Exploracions complementàries a urgències

Analítica general on destaca una xifra de leucòcits normals i una discreta anèmia. La Rx de columna lumbar mostra desestructuració a nivell de L4 amb pèrdua espai discal L4-L5 (Figura 1). La RMN informa de destrucció de la plataforma dels cos vertebral L4 i associació de component de parts toves amb col·leccions paravertebrales que envaeixen l'espai epidural i condicionen una

compressió molt severa del sac dural a l'alçada de L4, amb extensió pel múscul psoes dret, tot ell compatible amb espondilitis infecciosa, probablement d'etiologia tuberculosa (Figura 2). S'extreuen hemocultius i es cursa estudi d'esput i determinació de BK en orina.

Diagnòstic diferencial a urgències

Atesos els antecedents epidemiològics del pacient, l'evolució clínica i les troballes a la RMN, tot orienta cap a un cas d'espondilodiscitis tuberculosa, sense poder descartar altres causes d'espondilodiscitis com la bacteriana.

Evolució clínica i proves complementàries fora d'urgències

El pacient ingressa a Reumatologia. La PPD feta a urgències resulta positiva. Es realitza PAAF i biòpsia de col·lecció de psoes i de col·lecció interdiscal guiada per TAC (Figura 3). D'aquest estudi resulta una PCR positiva per *M. Tuberculosis* i posteriorment també és positiu el cultiu de Löwenstein així com el d'esput. S'inicia tractament amb Isoniazida, Rifampicina, Piracinamida i Etambutol. Durant la seva evolució el pacient persisteix amb dolor lumbar sever i amb limitació de la mobilitat important, precisant de clorur mòrfic. Paral·lelament es decideix intentar drenatge de col·leccions en psoes guiat per TC i es col·loquen 2 drenatges, un a psoes i un altre en disc intervertebral (Figura 4). A més de l'afectació discal, el pacient presenta afectació pulmonar de segment posterior de LSD en probable relació amb focus pneumònic per TBC. L'evolució és desfavorable en context de xoc sèptic agreujat per broncoaspiració deguda a baix nivell de consciència. Ingressa a la UCI però resulta èxitus en menys de 24h per fracàs multiorgànic ràpidament progressiu.

Diagnòstic final

Tuberculosi disseminada amb afectació pulmonar, osteoarticular i parts toves.

CAS 2**Motiu de consulta**

Mutisme de 48 hores d'evolució.

Antecedents personals

Dona de 19 anys, natural de Pakistan, amb retràs psicomotor i epilèpsia.

Malaltia actual

És portada a urgències per un quadre de mutisme de 48h d'evolució, amb febre i tos durant tota la setmana prèvia.

Exploració física

Destaca un baix nivell de consciència (Glasgow Coma Scale 10) i una focalitat neurològica en forma d'hemiparèsia dreta i signes meningis incipients.

Exploracions complementàries a urgències

Davant la sospita de meningoencefalitis es practica una punció lumbar amb extracció d'un líquid cefaloraquídi (LCR) clar amb 539 cèl·lules (530 hematies i 9 leucòcits), 0.3g/L de proteïnes i glucosa de 41mg/dL. En l'estudi de la tinció gram no s'observen gèrmens i l'antigen del pneumococ en el LCR resulta negatiu. La TC cranial informa de signes compatibles amb tumefacció cerebral difusa i hidrocefàlia activa, amb la presència a nivell temporal esquerre d'una lesió compatible amb encefalitis i realç de les meninges (Figura 5). La Rx de Tòrax inicial revela la presència de lesions en ambdós lòbuls superiors compatibles amb cavernomes o bronquièctasis. Es cursen proves d'amplificació genòmica (PCR) per a virus del grup herpes i *M. tuberculosis*.

Diagnòstic diferencial a urgències

La clínica de la pacient amb febre, alteració del nivell de consciència i focalitat neurològica, és altament suggestiva de meningoencefalitis, i ho recolza les troballes obtingudes amb la TC cranial. Les característiques del LCR orienten cap a una meningitis asèptica. De totes maneres, no es poden descartar altres causes com la comicial, o els tòxics i els accidents cerebrovasculars que, en aquest cas, semblen una etiologia menys probable.

Evolució clínica i proves complementàries fora d'urgències

A urgències s'inicia Cefotaxima, Vancomicina, Ampicil·lina, Aciclovir, corticoides i tractament anticomicial amb l'orientació diagnòstica de meningoencefalitis. La pacient ingressa en una unitat de crítics on presenta una nova davallada del nivell de consciència fins a 8 en l'escala de Glasgow, pel que requereix d'intubació orotraqueal i col·locació d'un drenatge ventricular extern per pal·liar la hidrocefàlia (Figura 6). La PCR en LCR resulta positiva per *M. tuberculosis*, pel que s'inicia tractament tuberculostàtic amb 4 quàdruple teràpia mantenint els corticoides. Es realitza TC toracoabdominal que és compatible amb tuberculosi pulmonar, focus d'osteomielitis lumbar i abscess en relació al múscul psoes dret i en espai retrocural (Figura 7). A la mostra d'esput, a la tinció de Ziehl-Neelsen, s'observen abundants Bacils Àcid Alcohol Resistents (BAAR) malgrat el cultiu per micobacteris resulta finalment negatiu. La pacient evoluciona favorablement i actualment es troba en tractament rehabilitador per hemiparèsia dreta residual com a seqüela de la meningoencefalitis.

Diagnòstic final

Tuberculosi disseminada, amb afectació neurològica, pulmonar i amb abscess a psoes dret amb extensió a musculatura paravertebral.

CAS 3**Motiu de consulta**

Hemoptisi franca.

Antecedents personals

Home de 49 anys. Diagnosticat de tuberculosi pulmonar complicada amb hidropneumotòrax esquerre que va requerir de drenatge pleural un mes abans. Actualment en tractament tuberculostàtic.

Malaltia actual

Pacient portat pel SEM a urgències per hemoptisi amenaçant monosimptomàtica.

Exploració física

Tendència a la hipotensió arterial. Pal·lidesa mucocutània. Treball respiratori amb taquipnea i tiratge intercostal. Auscultació respiratòria amb crepitants a les bases pulmonars.

Exploracions complementàries a urgències

A l'analítica destaca hemoglobina de 8g/dL. Es realitza angio TC toràcica que informa de la

presència d'hidropneumotòrax esquerre residual que es comunica amb lesió cavitada a LSE i lesió nodular hipercaptant en la cavitat aèria pulmonar esquerra, suggestiva de pseudoaneurisme de l'artèria pulmonar (Pseudoaneurisme de Rassmussen) (Figura 8). Es practica una arteriografia urgent que confirma la presència d'un pseudoaneurisme trencat a nivell de la branca de l'artèria pulmonar al lòbul inferior esquerre.

Diagnòstic diferencial a urgències

Les causes més freqüents d'hemoptisi al nostre medi són les bronquièctasis i la tuberculosi activa, tenint en compte sobretot els antecedents del pacient. La neoplàsia pulmonar resulta poc probable donat tot l'estudi radiològic i no es compleixen criteris de malaltia pulmonar obstructiva crònica. Tampoc es referia antecedent traumàtic ni es coneixien indicis per sospitar l'hemorràgia alveolar.

Evolució clínica i proves complementàries fora d'urgències

A urgències, es procedeix a la embolització selectiva amb coils del pseudoaneurisme amb èxit (Figura 9). Posteriorment el pacient ingressa a la planta d'hospitalització amb resolució progressiva dels esputs hemoptoics. En els estudis d'esput es visualitzen BAAR. Donada la bona evolució el pacient és donat d'alta amb tractament tuberculostàtic.

Diagnòstic final

Hemoptisi massiva secundària a pseudoaneurisme d'una branca de l'artèria pulmonar en el context de tuberculosi activa (Pseudoaneurisme de Rassmussen).

Discussió dels casos

Aquests casos representen la diversitat de manifestacions extrapulmonars amb els que els pacients amb tuberculosi es poden presentar a urgències i són il·lustratius de la importància de les tècniques de diagnòstic per la imatge en l'àmbit de l'actuació diagnòstico-terapèutica. La tuberculosi extrapulmonar (TBCE) representa el 20-25% dels casos de malaltia tuberculosa i és el resultat de la reactivació dels bacils de Koch viables presents als granulomes formats durant la disseminació limfàtica i hematològica inicial. En els darrers anys, en el nostre medi s'ha produït una disminució total de casos de tuberculosi, però aquesta no ha esdevingut tant rellevant en la TBCE. Considerem com a factors de risc de TBCE: l'edat, el sexe femení, la coinfecció pel VIH i les comorbilitats dels pacients. De fet, la mitjana d'edat dels pacients que

desenvolupen TBCE és superior als que desenvolupen TBC pulmonar. Pel que fa al diagnòstic, en primer lloc remarcar que requereix un alt índex de sospita. De fet, el retràs diagnòstic de la TBCE és un fenomen freqüent que comporta un augment significatiu de la morbiditat. Sovint, la presentació clínica és inespecífica i va acompanyada de radiografia de tòrax i bacil·loscòpia d'esput negativa. Encara que no es disposi del resultat a urgències, cal realitzar la prova de tuberculina (PPD) o el test de detecció d'interferó gamma (IGRA) com a primera aproximació al diagnòstic per descartar la presència d'infecció tuberculosa. No obstant, donada la poca sensibilitat d'aquests tests i la dificultat per a la obtenció de mostres microbiològiques fan que, en la TBCE, tal i com succeeix en els nostres casos, les tècniques de diagnòstic per la imatge esdevinguin de gran ajuda en l'aproximació diagnòstica i en l'obtenció de mostres mitjançant punció que confirmen la presència de *M. tuberculosis*. Finalment, pel que fa al tractament, aquest no difereix en gran mesura de les pautes de la forma pulmonar. Així doncs, es recomana utilitzar el mateix règim d'antibiòtics (4 fàrmacs) amb una duració de 6 mesos, excepte en la TBC amb afectació del SNC que es prolongarà fins a 12 mesos, i en la espondilitis tuberculosa amb afectació neurològica on es recomanen 9 mesos de tractament per tal d'evitar recaigudes. Recordar el paper dels corticoides en la pericarditis tuberculosa i en les formes meníngees on s'ha demostrat disminució de la mortalitat i de les seqüeles neurològiques, i també la possible indicació quirúrgica en la espondilitis tuberculosa amb dèficit neurològic o la pericarditis constrictiva.

Bibliografia

1. Ramírez-Lapausa M., Menéndez-Saldaña A., Noguerado-Asensio A. Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. Rev Esp Sanid Penit 2015; 17: 3-11.
2. Ji Yeon Lee, M.D. Diagnosis and Treatment of Extrapulmonary Tuberculosis. Tuberc Respir Dis 2015; 78: 47-55.
3. Marjorie P. Golden, M.D., Holenarasipur R. Vikram, M.D. Extrapulmonary Tuberculosis: An Overview. American Family Physician; November 1, 2005 Volume 72, Number 9.
4. Lado Lado F.L., Tuñez Bastida V., Golpe Gómez A.L. et al. Tuberculosis extrapulmonar en nuestro medio. An. Med. Interna (Madrid) Vol. 17, N.º 12, pp. 637-641, 2000.

Iconografia

Figura 1: Radiografia de columna lumbar. Projectió lateral i anteroposterior.



Figura 2: Ressonància Magnètica Nuclear de columna lumbar. Seqüències T1 i T2.



Figura 3: PAAF + biòpsia de col·lecció de psoes guiades per TAC



Figura 4: Drenatge de col·leccions en psoes guiat per TAC.



Figura 5: TC cranial simple i amb contrast.

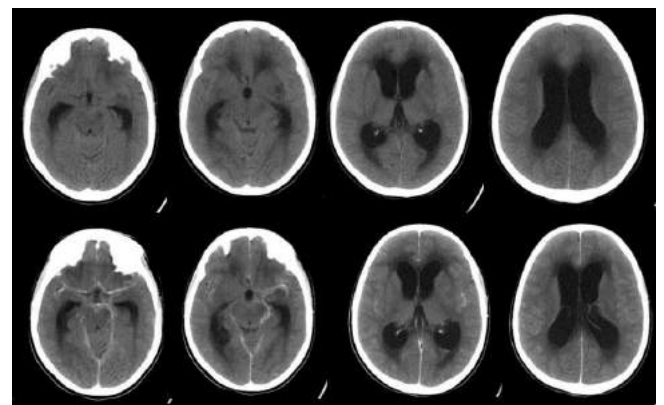


Figura 6: TC cranial simple i contrast. Evolució i col·locació drenatge ventrículo- peritoneal.

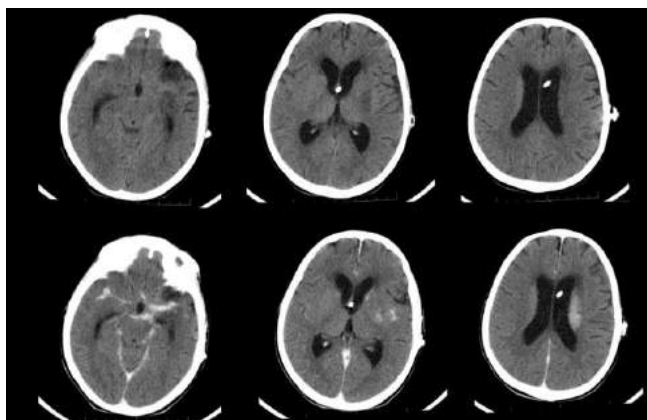


Figura 7: TC toràcic i abdominal amb contrast.

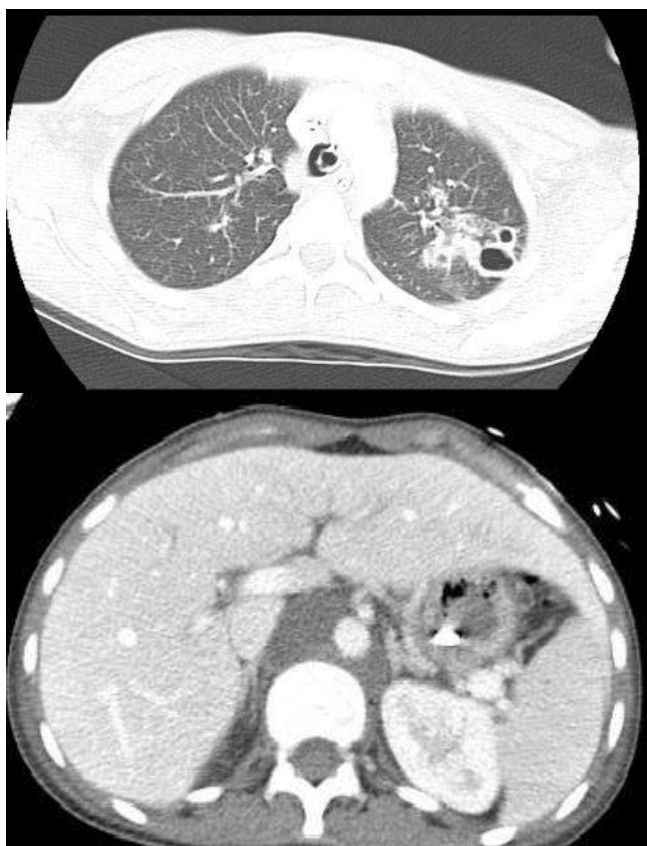


Figura 8: Angio TC toràcica amb contrast.

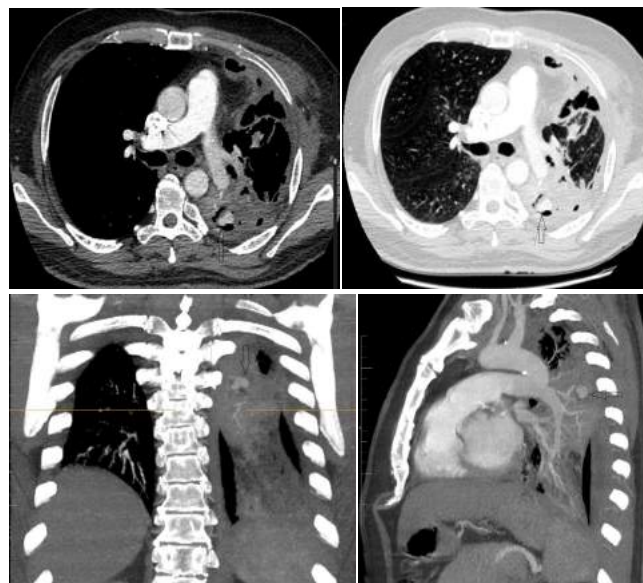


Figura 9: Arteriografia pre-embolització (imatge esquerra) i post-embolització (imatge dreta).



CIRROSIS HEPÁTICA Y ANIMALES DE COMPAÑÍA: UNA COMBINACIÓN PELIGROSA!

Sandra Triginer, Maria Jesús Domínguez, Neus Robert, Josep M. Mòdol

Servei de Medicina intensiva. Servei d'Urgències.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

Nom autor: Sandra Triginer Lloc de treball: Hospital Germans Trias i Pujol

Data recepció: 12.10.2015 Data acceptació: 26.10.2015

Mail: trigisand@gmail.com

Forma de citació: Triginer S, Domínguez MJ, Robert N, Mòdol JM. *Cirrosis hepática y animales de compañía: una combinación peligrosa*. ReMUE.c@t 2017;4(1):36-38

Motivo de consulta

Dolor en la extremidad inferior derecha.

Antecedentes personales

Mujer de 74 años, alérgica al metamizol, no fumadora y con hábito enólico de >60g/día hasta unos años antes, entre cuyos antecedentes patológicos destaca hipertensión arterial, diabetes mellitus II en tratamiento con ADOs, tendinitis crónica del hombro derecho, cirrosis hepática enólica Child Pugh B portadora de TIPS por recidiva de HDA por varices esofágicas que requirió reducción del TIPS cuatro meses antes por encefalopatía hepática crónica.

Enfermedad actual

La paciente consulta en urgencias por dolor, eritema y tumefacción de la extremidad inferior derecha tras arañazo de gato cuatro días antes, refiriendo sensación distérmica en domicilio. Paralelamente refiere dolor en la articulación escápulo-humeral derecha desde hace 7 días.

Exploración física

A su llegada a urgencias presenta un buen estado general con tendencia a la hipotensión bien tolerada, sin taquicardia, afebril, saturando correctamente. A la exploración destaca dolor a la movilización de extremidad inferior derecha, signos de flogosis de ésta hasta rodilla con edema, calor, rubor y úlcera superficial en región pretibial de 1 cm de longitud con escaso exudado (Figura1). Respecto a la extremidad superior derecha no se aprecian signos de tumefacción en hombro derecho; dolor a la palpación de coracoides y región deltoidea, con balance articular reducido en abducción por dolor; rotación interna y externa dolorosa; sin alteración sensitiva ni de fuerza. Auscultación respiratoria

con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos; auscultación cardíaca con ruidos cardíacos rítmicos, soplo sistólico panfocal 4/6, sin roces; edemas en extremidades inferiores hasta muslos; abdomen globuloso, depresible, no doloroso, sin clara semiología de ascitis; esplenomegalia de dos traveses de dedo y hepatomegalia dura de cuatro traveses de dedo. A la exploración neurológica, consciente y orientada, sin focalidades agudas ni flapping.

Pruebas complementarias realizadas en urgencias

ANALÍTICA: Hemograma: Leucocitos 8.3x10⁹ (88%N, 3%L, 2%M, 2%Bandas), Hb 8.6 g/dL, Hto 25%, Plaquetas 53x10⁹/L. Hemostasia: TP 59%, Fibrinógeno 637 mg/dL, TTPA 32.9 seg. Equilibrio venoso: pH 7.32, pCO₂ 38mmHg, HCO₃ 19 mEq/L, EB -5.9 mEq/L. Bioquímica: Glu-cosa 299 mg/dL, Urea 119.8 mg/dL, Creatinina 1.99 mg/dL, Sodio 126 mEq/L, Potasio 4.7 mEq/L, Bilirrubina 5.48 mg/dL, GOT 25 U/L, PCR 175mg/L.

Radiografía de tórax

Senos costofrénicos libres, sin condensaciones parenquimatosas aparentes; cardiomegalia ya conocida previamente. Se cursan HEMOCULTIVO y UROCULTIVO y se realiza PUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN ESCÁPULA-HUMERAL DERECHA que resulta blanca y PARACENTESIS que también resulta blanca.

Diagnóstico diferencial en urgencias

Ante la lesión descrita que afecta la pierna nos encontramos ante una celulitis. Esta infección del tejido subcutáneo puede ser debida a muchas patógenos diferentes, los más comunes *S. aureus* y *S. pyogenes*, aunque en circunstancias especiales y según los antecedentes debe-mos

pensar en otros menos comunes, como son *S. agalactiae* (paciente diabético con afectación vascular periférica), *P. multocida* o *B. henselae* (tras mordedura de gato), *S. intermedius* o *C. canimorsus* (tras mordedura humana o de perro), *A. hydrophila* (tras laceración cutánea en contacto con agua en espacios naturales), *P. aeruginosa* (ante pacientes inmunocomprometidos o lesión penetrante, típicamente tras pisar un caracol), *E. rhusiopathiae* (pescaderos), *M. marinum* (trabajadores de aquarium y piscinas). La paciente relata que fue arañada por su gato, por lo que pensaríamos en una celulitis por *P. multocida* o *B. henselae*. Para confirmar nuestra sospecha diagnóstica deberíamos practicar cultivos de la úlcera, hemocultivos y serologías para las bacterias sospechadas y cubrir con antibioticoterapia de amplio espectro, ajustándolo a posteriori por antibiograma.

Por lo que respecta a la articulación escápulo-humeral, tras el reciente diagnóstico de celulitis por mordedura de gato es de obligación primeramente plantearse una infección de dicha articulación secundaria a una diseminación hematógena del foco cutáneo, es decir, una artritis séptica u osteomielitis; no obstante, es poco probable que nuestra paciente padezca dicha infección, ya que tales afectaciones son poco comunes, por lo que deberíamos centrarnos en los antecedentes patológicos de la paciente planteándonos otros diagnósticos más plausibles como una artrosis por degeneración del cartílago, una tendinitis (ya conocida), contractura muscular, fractura y otros, como la necrosis isquémica, artritis por deposición de cristales, brote monoarticular de artritis reumatoide, etc. Así pues, para descartar una infección se debería reanalizar una punción articular y unos cultivos. La radiografía nos aporta información anatómica, siendo poco eficaz en el diagnóstico de osteomielitis aguda, por lo que si realmente la sospecháramos deberíamos recurrir a otras técnicas diagnósticas como la ecografía o RM (el TC es limitado ante infecciones agudas, aunque es excelente para detectar lesiones crónicas).

Así pues, teniendo en cuenta los antecedentes patológicos de la paciente, los hallazgos en la exploración física (dolor de la extremidad superior derecha, celulitis de la extremidad inferior derecha, edemas en ambas extremidades

inferiores) y los resultados analíticos (neutrofilia con bandas, aumento de reactantes de fase aguda, plaquetopenia, leve acidosis metabólica, deterioro de la función renal, hiponatremia, hiperbilirrubina y alteración de la coagulación) se orientó la paciente en urgencias como: 1.- celulitis de extremidad inferior derecha en contexto de arañazo de gato, por lo que se inició antibioticoterapia con amoxicilina-clavulánico y doxicilina con el fin de cubrir los gérmenes más comunes; 2.- omalgia derecha secundaria a osteoartrosis, iniciándose terapia analgésica; 3.- insuficiencia renal aguda e hiponatremia en el contexto de tratamiento diurético.

Evolución clínica y pruebas complementarias realizadas fuera del servicio de urgencias

Durante las primeras horas de ingreso el estado general de la paciente empeoró con un deterioro de la función hepatorenal, progresión de la plaquetopenia, anemia y lactitemia, requiriendo transfusión de hematíes y plaquetas y vitamina K. Paralelamente, se sobreañadió un cuadro de encefalopatía hepática grado III sin semiología de ascitis, lo que obligó a iniciar lactilol y rifaximina; en este momento se tuvo conocimiento de la positividad de los hemocultivos para *P. multocida*, manteniéndose el tratamiento antibiótico. En planta se realizó una ecografía de partes blandas, que apreciaba una hiperecogenicidad del tejido subcutáneo diagnóstica de celulitis sin colecciones aparentes; un ecocardiograma que descartó endocarditis. Respeto a la omalgia derecha se descartó artritis y se mantuvo el tratamiento analgésico.

A los siete días de estar ingresada y tras tratamiento oral, los signos de celulitis mejoraron, aunque presentó un empeoramiento respiratorio con pico febril, por lo que se realizó radiografía de tórax que objetivó una condensación alveolar en lóbulo superior derecho compatible con neumonía, con antigenurias para *Legionella* y *S. pneumoniae* que fueron negativas, por lo que se decidió cambiar la antibioticoterapia a piperacilina-tazobactam y amikacina. Los hemocultivos de control fueron negativos. Actualmente la paciente sigue ingresada con persistencia de la encefalopatía hepática y resolución de la neumonía.

Diagnóstico definitivo**Bacteriemia por *P. multocida* secundaria a celulitis.****Discusión**

Las infecciones por arañazo de gato pueden deberse a diversos patógenos siendo los más comunes *B. henselae* y *P. multocida*. Ambas colonizan la faringe y tubo gastrointestinal de animales domésticos, sobretodo de perros y gatos, provocando celulitis y abscesos en el tejido subcutáneo tras su mordedura, arañazo o contacto con sus secreciones, siendo ésta la principal vía de inoculación en individuos inmunocompetentes. *Pasteurella multocida* puede colonizar el tracto respiratorio superior de personas que viven en contacto con animales, especialmente en EPOC o en pacientes con bronquiectasias y comportarse como un patógeno oportunista, invadir los tejidos y causar neumonía, bronquitis, empiema, abscesos pulmonares y con menor frecuencia, sinusitis, epiglottitis y otitis. También se ha descrito artritis, endocarditis, meningitis y peritonitis. La bacteriemia por *P. multocida* es rara, y normalmente esta en relación con un sistema inmune comprometido, y con especial riesgo en el paciente cirrótico en relación con la deficiencia de su sistema reticuloentoelial y al shunt portosistémico que caracteriza la enfermedad, siendo el paso de bacterias al torrente sanguíneo sistémico inevitable. Es por este hecho que se debería informar a los pacientes inmunocomprometidos, embarazadas y pacientes con cirrosis del riesgo que se puede derivar de convivir con animales, señalando medidas de actuación como acudir inmediatamente a un centro médico tras el suceso. Idealmente pues, tras un arañazo/mordedura de animales domésticos debería administrarse de manera profiláctica amoxicilina-clavulánico 875/125mg o doxiciclina 100mg como alternativa en pacientes inmunocomprometidos.

Bibliografía

Migliore E, Serraino C, Brignone D, Ferrigno D, Cardellicchio A, Pomero F et al. *Pasteurella multocida* infection in a cirrhotic patient: case report, microbiological aspects and a review of literature. *Adv Med Sci*. 2009;54(1):109-12.

Félix M, Tallón P, Salavert M, Navarro V, Bretón J, Pérez-Bellés C et al.

Bacteriemia por *Pasteurella* spp.: una entidad infrecuente durante los últimos 8 años en nuestro centro. *Enferm Infecc Microbiol Clini* 2003;21(7):334-9.

Costa E, Oropesa R, Canet R, Tur J.

Bacteriemia e infección de prótesis articular por *Pasteurella multocida*. *Enferm Infecc Microbiol Clini* 2015;33(5):359-364.

Drenjancevic IH, Ivic D, Drenjancevic D, Ivic J, Pelc B, Vukovic D.

Fatal fulminant sepsis due to cat bite in an immunocompromised patient. *Wien KlinWochenschr* 2008;120(15-16):504-6.

Iconografía

Figura 1. Imagen de la extremidad inferior derecha de la paciente.



MÚLTIPLES CONSULTES PER LUMBÀLGIA

Laura Valls¹, Natàlia Gil², Gabriel López², Grisel.la Subirà³, Rafel Pérez², José Pedro González²

¹Medicina Familiar i Comunitària, ²Servei de Medicina Interna, ³Servei d'Urgències.

Hospital Sant Joan de Déu, Fundació Althaia, Manresa

Nom autor: Laura Valls

Lloc de treball: Xarxa Assistencial Althaia

Data recepció: 12.10.2015

Data acceptació: 26.10.2015

mail: lvalls@althaia.cat

Forma de citació: Valls L, Gil N, López G, Subirà G, Pérez R, González JP. *Múltiples consultes per lumbàlgia*. ReMUE.c@t 2017;4(1):39-41

Motiu de consulta

Pèrdua de pes de 10 kg en 2 mesos amb dolor intens a zona anterior de la cuixa dreta i massa per sobre de cresta ilíaca dreta.

antecedents personals

- No al·lèrgies medicamentoses conegudes.
- Hàbits tòxics: fumador de 2 paquets/dia, en la actualitat 12 cigarrets/dia.
- Enol crònic moderat (vi amb els àpats i 1 cervesa al dia, fins 2008 força més).
- Treballa com a paleta, té un gos a domicili, no viatges recents.
- Juliol del 2008: Úlcera pilòrica perforada. Es va realitzar epiploplàstia i rentat peritoneal. A més de tractament erradicador de *H. pylori* amb pauta de Omeprazol, Claritromicina i Amoxicil·lina.
- No realitza tractament habitual.
- Situació funcional: IABVD, FFSS conservades, solter, viu sol a domicili i té un germà que viu al pis de dalt.

Malaltia actual

Home de 65 anys remès des de UDR per síndrome tòxica amb pèrdua de pes de fins a 10kg, amb ingesta conservada. Associa lumbàlgia crònica i pèrdua de força a extremitat inferior dreta de 1 mes d'evolució. Explica dolor lumbar dret sord irradiat a extremitat inferior dreta fins a cuixa. No hipoestèsia ni parestèsies. No febre, ni altre clínica acompanyant excepte dificultat transitòria per a la micció sense manipulacions recents. Arrel del quadre descrit, es realitzen diferents consultes (24 de Juliol) a COT pautant-se tractament analgèsic. El 10 d'Agost reconsulta per reagudització del dolor lumbar dret i és derivat a UDR on degut a la pèrdua de pes marcada i dolor lumbar intens es decideix visita al servei d'Urgències per

cursar ingrés.

EXPLORACIÓ FÍSICA: FC: 61bpm, TA: 102/40mmHg, Regular estat general. Conscient i orientat, normocolorejat, coloració bruna de la pell. Aspecte caquètic, no es palpen adenopaties, palpació de massa per sobre de cresta ilíaca dreta (imatge 1). SNC: Dèficit de força de l'extremitat inferior dreta 3/5, Reflexes osteotendinosos conservats globalment i sense dèficit sensitiu. Auscultació cardio-respiratòria: rítmic sense bufs, extratons o frecs, murmuri vesicular conservat sense estretors. Abdomen: tou, depresible, sense megàlies, amb palpació de massa a fossa ilíaca dreta, no dolorós a la palpació, peristaltisme conservat, no peritonisme. Extremitats sense edemes ni signes de TVP.

Proves complementàries a urgències

Anàlisi d'ingrés: Hb 12.1g/dL, VCM 92.4fL, Leucòcits $16.9 \times 10^9/L$, Neutròfils 84.1%, Limfòcits 7.4%, Plaquetes $411 \times 10^9/L$, VSG 1ª hora 57mm/1ªh, INR 1.4, APTT 0.9rati, Glucosa 120mg/dL, Creatinina 0.78mg/dL, Urat 3mg/dL, Sodi 133mmol/L, Potassi 5mmol/L, BbT 0.6mg/dL, GPT 52U/L, GOT 33U/L, GGT 110U/L, FA 141U/L, Calci 9.3mg/dL, LDH 331U/L, PCR 137.3mg/L. PSA total 0.70ng/mL, Beta2-microglobulina 2.6mg/L, Ca 125 155.1U/mL, CEA 2.2ng/mL, Ca 72.4 1.2U/mL. Ferro 17, Ferritina 597ng/mL, Colesterol 115mg/dL, HDL-colesterol 30mg/dL, LDL-colesterol 72mg/dL, Triglicèrid 66mg/dL, Proteïna total 6.69g/dL, Albúmina 3.4g/dL. TSH 2.46, Ac. anti-transglutaminasa iga, FR 5UI/mL, IgG 990mg/dL, IgA 397mg/dL, IgM 54mg/dL. **Rx columna dorsal:** engruiximent i creixement cresta ilíaca dreta, nòdul calcificat en disc de D11-D12, vessament pleural bilateral de

predomini dret.

Diagnòstic diferencial a urgències

-Abscés

-Neoplàsia: GIST, mesenquimals (tipus: osteosarcoma o sarcomes)

Evolució clínica i proves complementàries realitzades fora d'urgències

TAC toraco-abdominal: Gran massa de 106x72mm per sobre de la cresta ilíaca dreta (sense afectació òssia) i que segueix el múscle psoes dret i infiltra la zona lumbar dreta i que tant pot correspondre a etiologia tumoral primària muscular com infecciosa: abscess (imatge 2). Mínima dilatació de la vesícula biliar i de les vies biliars intrahepàtiques. Signes severes d'enfisema generalitzat i amb predomini en ambdós camps superiors d'infiltrats biapicals. S'inicia analgèsia i antibioteràpia amb Cloxacilina i Ceftriaxona i es demana una **ecografia amb punció** per a obtenció de mostra que diu el següent: PAAF de col·lecció a psoes dret, obtenint pus franca (imatge 3). Es col·loca **drenatge percutani** de 10F. S'orienta per tant com abscess de psoes primari, ja que fins al moment no s'ha trobat un focus causant. Es realitzen **hemocultius** i es deixa el pacient amb antibioteràpia iniciada a Urgències a l'espera dels cultius de la mostra obtinguda de la PAAF. Es realitzen rentats periòdics cada 8 hores després de la introducció d'uroquinasa 100.000UI degut a que el contingut de l'abscess és molt espès i el drenatge poc productiu. Es realitzen analítiques ordinàries de control i es demanen serologies per Hepatitis, Brucel·la i VIH que són negatives, es posa **PPD** que també és negatiu.

Cultiu: positiu per *E.coli* i *Bacteroides fragilis* es retira antibioteràpia posada fins al moment i s'inicia Amoxicil·lina-Clavulànic 2g/200mg cada 8 hores. Es deixa drenatge durant 7 dies, moment en què comença a ser menys productiu i es demana un **TAC abdominal de control** que demostra la resolució de l'abscess en el múscul psoes ilíac dret, resta sense canvis significatius respecte estudis anteriors (imatge 4). Es decideix retirar el drenatge i intensificar la antibioteràpia a cada 6 hores mantenint pauta d'analgèsia per queixes de dolor a zona. Sol·licitem **colonoscòpia** per tal

de descartar etiologia de l'abscess de tipus abdominal que informa del següent: Diverticulosis de colon esquerre no complicada. Lesió mal visualitzada per restes fecals no aspirables en colon dret per sobre de vàlvula. És una lesió polipoide sèssil bilobulada que no fa més de 20-25mm però la mucosa no és clarament adenomatosa, més aviat sembla com inflada. Prenem macrobiòpsia de la superfície i queda una lesió blanquinosa que sagna amb facilitat. No surt pus directament. El pacient és donat d'alta a domicili després d'haver realitzat 10 dies de tractament antibiòtic endovenós i drenatge de la lesió. (imatge 5)

Diagnòstic final

Abscess de psoes dret d'origen primari.

Discussió

L'abscess de psoes es considera una patologia poc comú però perillosa, ja que d'ella es poden derivar complicacions sèries com la sèpsia i, fins i tot, por arribar a ser mortal si existeix un retràs en el diagnòstic¹. Aquest tipus de patologia ha patit un increment en la seva incidència recentment, això es creu que és degut a l'àmplia capacitat de les proves d'imatge com el TAC per al diagnòstic d'aquesta patologia i a l'increment de persones anyoses i de pacients amb comorbiditat (diabetis o malignitat) que pateixen immunodeficiències^{1,2}.

L'etiologia de l'abscess pot ser primària, que són aquells que s'originen sense un focus infecciós a la zona veïna a la lesió. Aquest tipus d'abscessos es formen com a resultat de la disseminació hematògena o limfàtica. Per contra, els secundaris es formen com a resultat de la influència de la inflamació dels òrgans contigus. Les condicions primàries degut a les quals es formen a q u e s t s abscessos són: l'espondilodiscitis piogènica (64,3%)². L'abscess intrabdominal associat a perforació gastrointestinal i apendicitis, les infeccions urològiques i les infeccions de maluc o afectacions de l'aorta. En el cas que exposem el TAC descartava la presència d'espondilodiscitis i l'origen abdominal, ja que no objectivava perforació ni apendicitis i la clínica tampoc anava a favor. Per altra banda a la colonoscòpia tampoc es va objectivar cap

focus primari d'infecció o inflamació. Donat que no existeix uniformitat en el tractament i el maneig d'aquesta patologia i de l'absència de guies de pràctica clínica al respecte considerem rellevant donar a conèixer el maneig i tractament que es va realitzar davant del diagnòstic d'abscess de psoes. Els microorganismes aïllats van ser *E.coli* i *Bacteroides fragilis* enlloc de *S. aureus* que acostuma a ser el més freqüent^{2,3}.

Bibliografia

1. Kei Suzuki, Takanori Yamaguchi, Yoshiaki Iwashita, Kazuto Yokoyama, Masaki Fujioka, Naoyuki Katayama et al. Case Series of Iliopsoas Abscesses Treated at University

Hospital in Japan: Epidemiology, Clinical Manifestations, Diagnosis and Treatment. Intern Med. 2015; 54 (7): 2147-2153

2. Of Wong, PL Ho, SK Lam. Retrospective review of clinical presentations, microbiology, and outcomes of patients with psoas abscess. Hong Kong Med J. 2013; 19(8): 416-423

3. Mario Fernández-Ruiz, Miriam Estébanez-Muñoz, Francisco López-Medrano y José María Agudo. Absceso del músculo iliopsoas: tratamiento y evolución en una sèrie de 35 pacientes. EIMC. 2012; 30(6): 307-311 Susana Penado, Belén y Juan Francisco Campo. Absceso de psoAs. Descripción de una sèrie de 23 casos. EIMC 2001; 19: 257-260

Iconografia

Imatge 1: Es palpava una massa sobre cresta ilíaca dreta



Imatge 2: TAC abdominal on s'observa Gran massa de 106x72mm per sobre de la cresta ilíaca dreta (sense afectació òssia) i que segueix el múscle psoes dret e infiltra la zona lumbar dreta i que tant pot correspondre a etiologia tumoral primària muscular com infecciosa (abscess).



Imatge 3: obtenció de pus franca mitjançant drenatge percutani.



Imatge 5: resolució de la massa sobre la cresta ilíaca dreta



Imatge 4: demostra la resolució de l'abscess en el múscul psoes ilíac dret, resta sense canvis significatius respecte estudis anteriors



INFECCIONS IMPORTADES: UNA EPIDÈMIA ACTUAL

Caroline Macharete¹, Antònia Flor², Ana Rodríguez³, Dolors Estivil⁴

¹Servei de Medicina Intensiva, ²Servei de Medicina, ³Servei d'Urgències, ⁴Servei de Microbiologia

Nom autor: Caroline Macharete

Lloc de treball: Xarxa assistencial Althaia

Data recepció: 12.10.2015

Data acceptació: 26.10.2015

Mail: cmacharete@althaia.cat

Forma de citació: Macharete C, Flor A, Rodríguez A, Estivil D. Infeccions importades: una epidèmia actual. ReMUE.c@t 2017;4(1):42-44

Motiu de consulta

Varó de 40 anys que consulta per dolor en flanc esquerra irradiat a testicle, de 4-5 dies d'evolució.

Antecedents personals

- Natural del Senegal, viatja regularment al seu país. Últim viatge fa dos mesos.
- Detectat tumor vesical amb presència d'esquistosomes al 2010. Es va fer RTU de neoformació vesical que ocupava tot el trígono. L'AP confirmava la presència d'un carcinoma urotelial amb patró papil·lar de baix grau, no infiltrant. Estadiatge: pT1a. Es va fer RTU de cara anterior de la bufeta, i biopsia uretral i de fons vesical, que mostraven teixit fibrós amb intens infiltrat inflamatori agut amb esquistosomes i sense evidència de neoplàsia.

Se li administra tractament amb praziquantel 20 mg/kg/8h durant 2 dies i posteriorment el pacient no acut als controls en consultes externes.

Malaltia actual

Pacient que porta uns 5 mesos amb dolor continu en fossa ilíaca esquerra i des de fa dos mesos irradiat a testes, amb hematúries intermitents, i disúria.

En els últims dies el dolor s'havia fet més intens, havent consultat en el nostre centre dos dies abans i inicialment es va orientar el diagnòstic com a infecció del tracte de urinari, donada la leucocitúria i hematúria en el sediment urinari, pautant-se tractament amb Ciprofloxacino 500 mg c/12 h i Metamizol 575 mg.

Exploració física

Hemodinàmicament estable, afebril, bon estat general. ACV: tons rítmics sense bufs ni

extratons. No presenta edemes, ingurgitació jugular ni refluxe hepato-jugular. AR: murmur vesicular conservat, sense sorolls sobreagats.

ABD: tou i depressible, no dolorós a la palpació. Peristaltisme conservat, sense signes de defensa ni peritonisme. PPL Esquerra dubdosament positiva, PPL dreta negativa. No presenta lesions testicular ni genitals. NRL: Conscient i orientat, no presenta focalitats neurològiques.

Exploracions complimentàries realitzades al servei d'urgències

- Sediment d'orina: 25-50 leucòcits/camp, 5-10 hematies per camp. Urocultiu negatiu. Esquistosomiasis en orina per *S. hematobium* +++.
- Analítica: plaquetes i coagulació normals, Eosinòfils $1.7 \times 10^9/L$, reste d'hemograma normal, glucosa, FG, ionograma normals, PCR 3.4 mg/L
- Radiografia abdomen: No s'observen litiasis en les vies urinàries.

Diagnòstic diferencial a urgències

Ens podríem plantejar com diagnòstic diferencial la **litiasis renal**, per la seva alta prevalença (en contra, el dolor és no còlic i de 5 mesos d'evolució), **tumor renal** (a favor el tipus de dolor i l'antecedent previ), **pielonefritis**, **abscess renal** (en contra: el temps tan llarg d'evolució, falta de febre.), **poliquistosis renal** (en contra: 5 anys abans no en tenia), infeccions que també són prevalents en immigrants: **tuberculosis**, **esquistosomiasis complicada** (a favor: l'antecedent previ del malalt), i altres entitats menys freqüents: **GN, malaltia de Berger**, **fibrosis retroperitoneal amb hidronefrosis**,

o **trombosi** de vena renal associada a trastorn de coagulació o **drepanocitosis**.

8. Evolució clínica i proves complementàries realitzades fora d'urgències

S'ingressa el pacient en el servei de M.I. Es practica:

- Rx de tòrax: sense alteracions destacables.
- PPD: >20 mm.
- Anàlítica completa: serologies HIV, VHB ag i anticore HB, estrongiloides i LUES negativa. Marcadors tumorals negatius. IgE: 7055 KU/L.
- Ecografia abdominal i renal: **Dilatació ureteropielocalicilar renal esquerra per una lesió polipoideia de 13x15mm en la regió posterolateral Esquerra de la bufeta urinària, juxtameatal, que podria correspondre a una neoplàssia urotelial.** No hi ha dilatació del sistema excretor renal dret. Resta de la exploració normal.

- UroTAC: **Engruiximent irregular de les parets vesicals, meat ureteral esquerra i parets de l'urèter distal i esquerra amb calcificacions suggestiu d'afectació per esquistosomiasi, sense poder descartar que alguna zona correspongui a procés neoforatiu afegit. Dilatació ureteral esquerra i moderada dilatació pielocalicilar esquerra.**

- Cistoscopia: Uretra anterior sense alteracions. Pròstata grau II lleument obstructiva per coll elevat, bilobulat, amb poc creixement endovesical. Meats dret ortotòpic i meat esquerra no vist per **lesió polipoide no papil·lar sospitosa de tumoració. Orina clara. Bufeta llisa amb múltiples imatges compatibles amb granulomes d'esquistosomes (4 zones)**, a paret posterior inferior i superior i lateral esquerra. Es realitza citologia per rentat. S'aconsegueix control del dolor i es tracta l'esquistosomiasi urinària amb Praziquantel 20mg/Kg/8h durant 48 hores i posteriorment a l'alta es repitirà la mateixa dosi de Praziquantel per 3 dies a la setmana i després d'un mes. Se li explica que no té de tornar a banyar-se en zones infestades, té d'acudir a controls i ha de fer portar als seus fills a facultatiu per tractament si convingués.

Resultat d'anatomia patològica: Infecció per

Schistosoma hematobium amb extensa esquistosomiasi vesical i marcada inflamació aguda i crònica, amb extensa eosinofília; no evidència de recidiva tumoral.

Diagnòstic final:

Hidronefrosi esquerra per esquistosomiasi urinària.

Discussió

Presentem el cas d'un pacient senegalès amb antecedents d'esquistosomiasi i tumor vesical que consulta per dolor en flanc esquerra i hematúria de 5 mesos amb diagnòstic final de recidiva d'esquistosomiasi. Revisem varis conceptes:

- Malgrat es tracti d'una malaltia importada, és molt prevalent al món tropical (l'esquistosomiasi és la segona parasitosis després de malària). S.hematobium es localitza a l'Àfrica Subsahariana, al Magreb i Orient Mig.

- L'ésser humà s'infecta a través de la pell al banyar-se en aigües dolces contaminades per cercàries que atravesen la pell, teixit subcutani i el sistema venós, on es desenvolupa el cuc adult que s'emmagatzema al plexe vesical, on produeixen els ous. Els ous i la resposta inflamatòria produeixen la clínica.

- En turistes és freqüent la febre de Katayama: febre, tos, rash, asma i eosinofília. Pel diagnòstic es necessita una alta sospita donat que la serologia pot ser + ó -, i no es detecten ous a les 2-6 setmanes de l'infecció. En autòctons és molt freqüent l'hematúria dels nens, i anys després, les complicacions: pseudopapilomes vesicals, hidroureteronefrosis, calcificacions, infeccions bacterianes, GN..i carcinoma escamós vesical, si no es tracta.

- Una vegada es té la sospita diagnòstica, és important recollir una mostra d'orina indicant al pacient que faci flexions- i comentar-ho amb microbiologia.

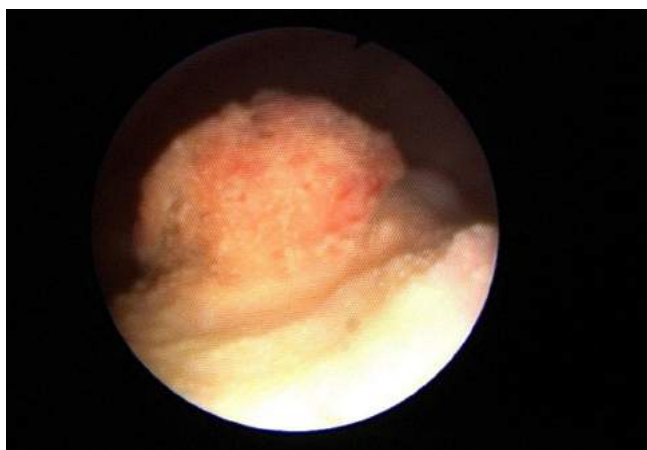
- Hi ha varies pautes de tractament: Praziquantel 40 mg/kg/24 h (o bé 20mg/kg/8-12h) de 24 a 72h. En fallides de tractament en monodosis es recomana: 20mg/kg/12h per 48h i repetir a les 4 setmanes o fer 20 mg/kg/8h per 72h. És important repetir sediments urinaris fins evidenciar que no té recidiva.

Bibliografia

1. Alonso D, Muñoz J, Gascón J et al. Short report: failure of standard treatment with Praziquantel in two travellers with *Schistosoma haematobium* infección. Am J. Trop. Med. Hyg., 74: 342–344
2. Zaghloul, M. Bladder cancer and schistosomiasis Journal of the Egyptian National Cancer Institute 24, 151–159
3. Sánchez-Molina Acosta M.I, Sanz Izquierdo MP, Vicente Caro B. Infección vesical por *Schistosoma haematobium*. Semergen. 36: 529–532

Iconografia

1. Imatge de cistoscopia en la que s'observa granulosa d'esquistoma.



2. Imatge de TAC abdominal en la que s'observa hidronefrosis del ronyó esquerre



3. Ou d'*Schistosoma Haematobium* vist al microscopi.



L'estreptococ, d'urgències fins al servei de cirurgia plàstica.

Víctor Parejo

Parc Taulí Sabadell. Hospital Universitari

Nom autor: Víctor Parejo Lloc de treball: Hospital Parc Taulí

Data recepció: 12.10.2015 Data acceptació: 26.10.2015

Mail: vparejo@tauli.cat

Forma de citació: Parejo V. *L'estreptococ, d'urgències fins al servei de cirurgia plàstica.*

ReMUE.c@t 2017;4(1):45-47

Motiu de consulta

Home de 46 anys, procedent d'Argèlia per motius laborals, consulta per malestar general de 3-4 dies d'evolució, febre, tremolines, associat a lesió peneana, que no ha respost a antibiòtic.

Antecedents personals

No al·lèrgies conegudes ni antecedents patològics d'interès.

Fumador de 6 cigarrets/dia; consum alcohol de: 20 gr/dia.

Nega consum d'altres tòxics.

Antecedents socials i professionals: Treballa de forma intermitent a Argèlia en la construcció de túnels. No refereix contactes sexuals de risc.

No refereix antecedents medico-quirúrgics.

Malaltia actual

Home de 46 anys, que durant una estada a Argèlia per motius laborals, inicia un quadre de 3-4 dies de malestar general, febre de fins a 40°C i tremolines, associat a una lesió al penis, que comença en forma de úlcera localitzada, i avança ocasionant un edema penià, amb tonalitat negrosa de la pell que s'inicia a cara dorsal, avançant fins a la cara ventral, dolorosa al tacte, i que no havia millorat malgrat iniciar feia 48h, Doxiciclina 100mg/12h.

Exploració física

TA 97/67mmHg; FC 92bpm, T^a 36°C Sat 97% a l'aire, FR 18rpm.

Conscient i orientat. Regular estat general, diaforètic, ben perfós, polsos simètrics i presents. Edema al penis, amb àrea de pell de tonalitat negrosa, ocupant pràcticament tota l'àrea dorsal del penis i amb extensió cap a la regió ventral. Vesícula amb contingut d'aspecte necròtic/hemorràgic a prepuci. No exsudacions.

S'acompanya també d'edema escrotal i discret eritema i empastament de la regió suprapúbica, que és dolorosa a la palpació. (Fig.1)

No altres lesions cutànies ni altres troballes a l'exploració física.

Proves complementàries realitzades a Urgències

- ECG: RS a 90bpm sense alteracions de la repolarització.

- Es cursen hemocultius i urinocultiu.

- Anàlítica sanguínia: Leucòcits $32,8 \times 10^9/L$, Neutròfils (%) $90,9\%$, Neutròfils $29,78 \times 10^9/L$, TP: $1,31$ ratio, TTPA: $1,05$ ratio, Urea 65 mg/dL, Creatinina $2,24$ mg/dL, Sodi 138 mEq/L, Potassi $4,4$ mEq/L

- TC Abdominal: Discret engruiximent cutani a regió suprapúbica amb trabeculació del greix subcutani adjacent, associat a un augment de parts toves d'aspecte edematós al penis pendular (afectació de la pell i les fàscies, amb morfologia i densitat dels cossos cavernosos aparentment normal) i edema de les parets escrotals. No s'identifica emfisema subcutani ni col·leccions ben definides.

Diagnòstic diferencial a urgències

• **Fascitis necrosant genital:** Infecció ràpidament progressiva de la pell i teixits tous, que afecta a genitals externs i regió perineal, i que s'associa a destrucció i necrosis de les fàscies i del greix subcutani. L'aspecte de la pell sol adquirir una tonalitat grisenca, desvitalitzada i pudent. S'acompanya d'important toxicitat sistèmica i una alta mortalitat. El tractament és combinat amb desbridament quirúrgic ampli i antibioteràpia d'ampli espectre.

• **Fractura dels cossos cavernosos:** Disrupció de la túnica albugínia que rodeja els cossos

cavernosos. Presentació aguda i amb antecedent clar de traumatisme, essent el més freqüent durant el coit. Sovint el malalt refereix un "espetec", seguit de dolor, detumescència immediata i incurvació del penis cap al costat oposat al cos cavernós afectat⁽¹⁾. A l'exploració, edema i hematoma limitat al penis. El tractament és quirúrgic.

• **Ruptura de la vena dorsal del penis:** En context d'antecedent coital, però d'inici més progressiu que l'anterior, sense "espetec" ni incurvació i habitualment indolora⁽²⁾. A l'exploració, que no és dolorosa, hematoma d'aparició progressiva que es limita al penis. El tractament és conservador.

• **Torsió testicular:** Presentació aguda, testicle ascendit i horitzontalitzat, podent presentar decoloració cutània segons les hores d'evolució. El símptoma clau serà el dolor. El tractament és quirúrgic.

• **Cel·lulitis genital:** Inflamació no necrosant de la pell i el teixit subcutani. Podem trobar clínica infecciosa acompanyant. A l'exploració destaca eritema, empastament i augment de la temperatura. Es tracta amb antibioteràpia.

• **Orquiepididimitis aguda:** Inflamació generalment d'origen infeccios, de l'epidídim i/o el testicle. Es presenta de manera subaguda, amb pocs dies d'evolució, amb dolor testicular que pot irradiar a engonal, i, si evoluciona, s'acompanya de síndrome febril. El testicle afectat està augmentat de mida, tumefacte, amb empastament i dolor a la palpació, que millora de forma característica amb l'elevació del mateix (*signe Prehn* +). El tractament majoritàriament és antibiòtic, requerint ocasionalment desbridament.

Evolució clínica i proves complementàries realitzades fora d'urgències: Donada l'exploració i els resultats obtinguts en les proves complementàries s'orienta el cas com a una fascitis necrosant genital, iniciant cobertura empírica amb Piperacilina/Tazobactam 4g/6h + Clindamicina 600mg/6h ev, i s'indica desbridament quirúrgic urgent, on es practica l'exèresi de tota la regió cutània del penis afectada, fins objectivar teixit sa ben perfós. (Fig.2A)

Ingressa a unitat de semicrítics requerint suport hemodinàmic amb drogues vasoactives, podent-

se retirar a les 24h. En les primeres 24h, malgrat la milloria dels paràmetres sèptics, persisteix progressió de l'afectació cutània (Fig. 2B), pel que requereix un segon desbridament quirúrgic més ampli i agressiu, amb exèresi de tota la pell peniana i escrotal. (Fig.3A)

El resultat del cultiu obtingut del teixit necròtic desbridat resulta positiu per a *Streptococcus pyogenes* multisensible, i la biòpsia evidencia fragments de pell amb marcat infiltrat inflamatori agut amb àrees d'abscessificació, hemorràgia i necrosi que afecta a dermis i teixit cel·lular subcutani.

Posteriorment, el pacient evoluciona favorablement, pel que es manté mateixa pauta antibiòtica i ingressa a planta d'Hospitalització. Es realitzen cures diàries cada 8h amb retirada d'esfacels i neteja amb H₂O₂, evidenciant una correcta aparició de teixit de granulació en tota la zona desbridada. Als 15 dies, el pacient és traslladat al centre de referència per a tractament reconstructiu. (Fig.3B)

Diagnòstic final

Fascitis necrosant genital, o gangrena de Fournier.

Discussió

La gangrena de Fournier es descriu com una fascitis infecciosa necrosant aguda, ràpidament progressiva i potencialment fatal, que afecta als genitals externs i/o regions perineal i perianal. Principalment es presenta en homes, entre els 50-70 anys⁽³⁾. Les comorbiditats més freqüentment associades són la diabetis mellitus (20-70%) i l'alcoholisme crònic (20-50%)^(4,5).

La rellevància d'aquest cas, tot i que la incidència descrita és baixa (1/7500)⁽³⁾, radica en la importància d'un diagnòstic i tractament precoç, essent la demora en el tractament quirúrgic el factor pronòstic més important⁽⁶⁾.

La malaltia s'origina en una infecció sovint polimicrobiana, que provoca microtrombosis (endarteritis obliterant) dels petits vasos subcutanis⁽⁵⁾, ocasionant una infecció inicial superficial cutània que evoluciona a una cel·lulitis subcutània limitada per les fàscies musculars, i finalitza amb una necrosi tissular i de la pell. Una vegada instaurada la gangrena, aquesta pot avançar fins a uns 2-3cm/h⁽⁴⁾. Segons la porta d'entrada, entre els gèrmens aïllats trobem *Clostridium*, si el focus és anorrectal,

Streptococcus i *Staphylococcus*, focus urinari, i *Staphylococcus*, de focus cutani⁽⁴⁾.

Les proves de laboratori i d'imatge poden recolzar el diagnòstic, però no han de demorar l'exploració quirúrgica. El diagnòstic és majoritàriament clínic^(4,5,6).

El quadre s'inicia amb uns pròdroms inespecífics, i sovint quan el malalt consulta ja té la lesió necròtica, amb edema, decoloració cutània, exsudació i crepitació, síndrome febril, afectació de l'estat general fins clínica de sepsis.

Tot i els avanços tècnics i els antibiòtics d'ampli espectre, la mortalitat és encara elevada, d'un 20-30%⁽⁴⁾, fet que reflexa la gravetat del procés. El diagnòstic i el tractament quirúrgic precoços incrementen la supervivència.

Bibliografia

1. Martínez Ruiz J, Pastor Navarro H, Carrión López P, et al. Fractura de cuerpos cavernosos. Serie de casos. Actas Urol Esp. 2008;32(6):599-602
2. Arce Gil J., Rodríguez-Ledesma J.M, Villavicencio H. Rotura de la vena dorsal superficial de pene Actas Urol Esp 2006; 30 (2): 215-217
3. Gurdal M, Yucenas E, Tekin A, Beysel M, Aslan R, Sengor F. Predisposing factors and treatment outcome in Fournier's gangrene. Analysis of 28 cases. Urol Int. 2003;70:286-90.
4. M. N.Mallikarjuna, Abhishek Vijayakumar, Vijayraj S. Patil, B. S. Shivswamy. Fournier's Gangrene: Current Practices. ISRN Surgery. 2012; 2012:942437.
5. Horta R, Cerqueira M, Marques M, Ferreira P, Reis J, Amarant J. Gangrena de Fournier: de urgencia urológica hasta el departamento de cirugía plástica. Actas Urol Esp. 2009;33:925-29.
6. Morpurgo E, Galandiuk S. Fournier's gangrene. Surg Clin North Am. 2002;82:1213-24.

Figura 1. Edema al penis i escrot. Cara dorsal i ventral del penis, amb pell d'aspecte necròtic, amb vesícula necròtica a prepuci. Eritema i empastament de regió suprapúbica.

Figura 2. (A) Desbridament ampli de pell de cara dorsal d'aspecte desvitalitzat fins evidenciar pell d'aspecte sa amb correcta perfusió i sagnat. Múltiples incisions per contraobertura amb col·locació de drenatges penrose.(B) Progressió cutània de teixit necròtic, post-desbridament.

Figura 3. (A): Desbridament ampli de tota la regió genital, amb teixit de granulació sa recobrint tota l'àrea. (B) Resultat final després de cirurgia reconstructiva.

Iconografia

Figura 1. Edema al penis i escrot. Cara dorsal i ventral del penis, amb pell d'aspecte necròtic, amb vesícula necròtica a prepuci. Eritema i empastament de regió suprapúbica.



Figura 2. (A) Desbridament ampli de pell de cara dorsal d'aspecte desvitalitzat fins evidenciar pell d'aspecte sa amb correcta perfusió i sagnat. Múltiples incisions per contraobertura amb col·locació de drenatges penrose.(B) Progressió cutània de teixit necròtic, post-desbridament.

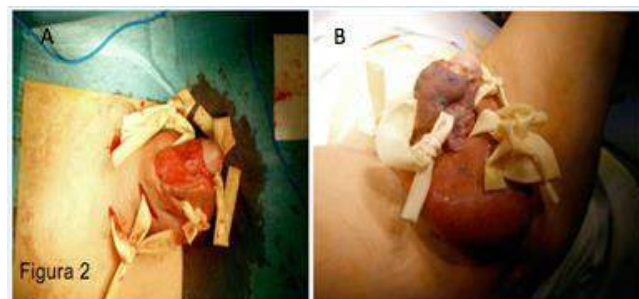
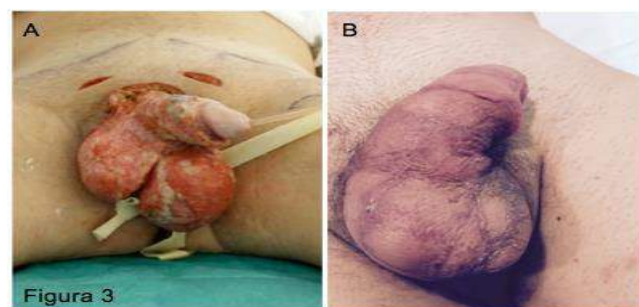


Figura 3. (A): Desbridament ampli de tota la regió genital, amb teixit de granulació sa recobrint tota l'àrea. (B) Resultat final després de cirurgia reconstructiva.



Resums de les comunicacions orals del XXIII Congrés Nacional Català d'Urgències i Emergències

Primer premi a la millor comunicació oral:

VENTILACIÓ NO INVASIVA A CATALUNYA. ESTUDI VNICAT.

Javier Jacob; Jose Zorrilla; Maria Arranz; Angels Lopez Canela; Josep Ramon Cousiño; Eva Lista. Servei d'Urgències. Hospital Universitari de Bellvitge. IDIBELL. Grup de treball VMNI-SoCMUE.

INTRODUCCIÓ: La ventilació no invasiva (VNI) es fa servir en la insuficiència respiratòria aguda. L'evidència científica i la tecnologia actuals permeten la seva aplicació en els sistemes d'urgències prehospitalàries i hospitalàries.

OBJECTIU: descriure com es fa la VNI en els Serveis d'Urgències prehospitalaris i hospitalaris de Catalunya, analitzar les diferències entre els diferents escenaris clínics en què es fa servir.

MÈTODE: estudio de cohort multicèntric amb inclusió consecutiva de pacients en els quals es realitza VNI durant un període d'un mes, entre els mesos de febrer i març del 2015, a la urgència prehospitalària per part del Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) i 8 serveis d'urgències hospitalaris de Catalunya. Es van recollir variables demogràfiques, de comorbiditat, de l'episodi agut, destí final i mortalitat.

RESULTATS: es van reclutar 184 pacients (25 en prehospitalària), amb una mitjana d'edat de 79 anys (RIC 67-84), majoria d'homes (58,2%), amb una elevada comorbiditat i una limitació de l'esforç terapèutic del 42,9%. En els pacients hospitalaris es va fer VNI prehospitalària en un 6,3%. Un 38,0% es va fer VNI per edema agut de pulmó (EAP), 34,2% agudització de malaltia pulmonar obstructiva crònica (AMPOC) i 9,8% pneumònia. La modalitat de ventilació més utilitzada va ser la pressió de suport (85,9%) i la interfase, la nasobucal (84,2%). Es va retirar la VNI per millora clínica en un 77,7%. Aquesta retirada

es fa en un 83,1% al mateix servei d'urgències. La mortalitat a urgències va ser 7,5% i la intrahospitalària del 21,4%. En comparar els malalts EAP vs AMPOC destaca que els primers són més grans i tenen una major mortalitat intrahospitalària (27,8 vs 12,1%; $p=0,037$).

CONCLUSIONS: La VNI s'utilitza en els serveis d'urgències prehospitalaris i hospitalaris sobretot en el EAP i l'AMPOC. La limitació de l'esforç terapèutic és elevada i la mortalitat hospitalària també, sobretot en l'EAP.

Segon premi a la millor comunicació oral:

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

Jiménez S, Antolín A, García E, Uría E, Fernández M, Suárez M. Àrea de Urgències. Hospital Clínic. Barcelona.

INTRODUCCIÓN: La cultura de seguridad del paciente de los profesionales de una organización, es un elemento fundamental en las estrategias encaminadas a mejorar la calidad (CA).

OBJETIVO: Determinar la efectividad que diversas estrategias dirigidas a mejorar la CA y la seguridad clínica (SC) en un SU, han tenido sobre el clima de SP entre sus profesionales.

MÉTODO: Estudio comparativo mediante la encuesta HSOPS de la AHRQ. Distribución en tres momentos: noviembre 2009, 2012 y 2015. La encuesta informa sobre la percepción en 12 dimensiones. Análisis según metodología AHRQ: RESPUESTAS POSITIVAS (porcentaje de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo y respuestas negativas a preguntas en negativo) y RESPUESTAS NEGATIVAS (respuestas negativas a preguntas en positivo y respuestas positivas a

preguntas en negativo). FORTALEZA es más de un 75% de respuestas positivas y DEBILIDAD, más de un 50% de respuestas negativas. Se ha utilizado prueba de Ji cuadrado Fisher.

RESULTADOS: Realización de 571 encuestas. **Características comparables** socioprofesionalmente. Todas las dimensiones han aumentado en respuestas positivas, significativamente. "Trabajo en equipo en la unidad" casi consigue la definición de fortaleza (68.9%, 66.8%, 69.5%). "Percepción global de seguridad" deja de ser una debilidad (55.7%, 44.1% y 32%, $p < 0,0001$). "Dotación de personal" (53%, 56.8% y 63%), es debilidad en los tres periodos. La calificación global de seguridad mejoró (4.9 ± 0.13 vs 6.2 ± 0.12 vs 6.5 ± 0.16 , $p < 0,0001$). El 50% de profesionales puntuaron el nivel de seguridad por encima de 5.5 en 2009, de 7.5 en 2012 y 8 en 2015, en el análisis por percentiles.

CONCLUSIONES: La puesta en marcha de estrategias, tanto asistenciales como formativas, encaminadas a la mejora de la Calidad Asistencial y de la Seguridad Clínica de una organización, tiene un impacto positivo en el clima y cultura de seguridad del paciente entre sus profesionales.

Menció especial a la millor comunicació oral:

IMPACTE DE LA IMPLEMENTACIÓ D'UN CODI EN EL MANEIG I L'EVOLUCIÓ DELS PACIENTS AMB SÈPSIA GREU.

Neus Robert; Gemma Rocamora; Gemma Lladós; Anna Carreras; Laura Soldevila; Josep M^a Mòdol. Servei Urgències. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

INTRODUCCIÓ: La Sèpsia Greu (SG) és la disfunció orgànica secundària a un procés infecció. S'estima que al 2014 se'n van atendre a Catalunya 22.255 pacients amb una mortalitat del 21%. Al 2014 es va implantar el Codi Sèpsia (CS) a Catalunya com a prova pilot per homogeneïtzar el tractament i optimitzar els temps d'actuació. La implementació durant aquests mesos va ser parcial.

OBJECTIU: Avaluar l'impacte de l'activació del Codi Sèpsia en el maneig i l'evolució dels pacients amb SG a urgències.

MÈTODE: Lloc: hospital terciari; Pacients: amb SG que consulten a urgències; Període: maigoctubre 2015; Grups: A (amb activació del codi); NA (sense activació); Comparativa: dades del maneig i evolutives.

RESULTATS Generals: 114 episodis, 61,4% A i 38,6% NA. Sense diferències en edat, sexe, ni comorbiditat. Grup NA: major presentació en dies festius (21%vs38,6%, $p0,02$). Presentació: Grup A: mes freqüents hipotensió amb TAs3 (48,3%vs80%, $p0,01$), focus abdominal (13%vs34,3%, $p0,01$) i bacterièmia (48,7%vs27%, $p0,02$). Compliment: Grup A: es cursen més hemocultius (95%vs41,7%, $p<0,001$).

CONCLUSIONS: El CS s'activa majoritàriament en dies laborables per causes mèdiques, activant-se menys en la d'origen abdominal tot i que aquesta presenti criteris de gravetat. -L'activació del codi millora el compliment dels objectius i s'associa a una estada més curta, menor necessitat d'ingrés en unitat de crítics i menor mortalitat.

MANEIG DE LA SÈPSIA GREU I EL SHOCK SÈPTIC EN UN SERVEI D'URGÈNCIES D'UN HOSPITAL DE TERCER NIVELL. OPORTUNITATS DE MILLORA.

E. Monclús Cols (1), A. Capdevila Reniu (1), D. Ramos Roedberg (2), G. Pujol Fontrodona (2), M. Ortega Romero (2). 1.Servei de Medicina Interna, Hospital Clínic de Barcelona. 2.Àrea d'Urgències, Hospital Clínic de Barcelona.

INTRODUCCIÓ: La identificació precoç de la sèpsia greu i el shock sèptic, així com l'inici d'un tractament intensiu en les primeres 6 hores, és de vital importància pel pronòstic de l'episodi. La identificació de la sèpsia greu pot ser complexa degut als símptomes i signes inespecífics amb els que es presenta.

OBJECTIU: Determinar si existeixen diferències en el maneig inicial de la sèpsia greu en funció del nivell de triatge en el que s'hagi classificat el pacient inicialment (segons el Model Andorrà Triage).

MÈTODE: Estudi de cohorts prospectiu. S'inclou el primer pacient de la setmana que acudeix a Urgències i es diagnosticat de sèpsia greu o shock sèptic durant un període de 12 mesos (març 2014 a març 2015). Es van recollir les variables d'acord a una fulla de recollida de dades prèviament dissenyada. Es va realitzar seguiment de la seva estada a Urgències i a l'Hospital. Es va realitzar un anàlisi descriptiu univariats de les variables: diferència entre l'hora d'arribada i l'hora d'entrada al box, realització d'hemocultius previs a l'administració de l'antibiòtic, diferència entre l'hora d'arribada i l'hora de la primera dosi d'antibiòtic en funció del nivell de triatge.

RESULTATS: Es van incloure 50 pacients (35 nivell 1-2 i 15 nivell 3). La diferència en minuts entre l'hora d'arribada a Urgències i l'hora d'entrada al box va ser significativament superior en els pacients classificats com a nivell 3 ($116,67 \pm 98,16$ vs $17,74 \pm 21,92$, $p=0,002$), igual que la diferència en minuts entre l'hora d'arribada i l'hora d'administració de la primera dosi d'antibiòtic ($230,67 \pm 178,7$ vs $85,2 \pm 63,3$, $p=0,001$).

CONCLUSIONS: Les variables estudiades són susceptibles de millora. Els pacients amb sèpsia greu o shock sèptic classificats com a nivell 1-2 presenten menor temps d'espera i menor temps fins la primera dosi d'antibiòtic que els classificats com a nivell 3.

FACTORES PRONÓSTICOS DE REINGRESO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA.

Francisco J. Castro, Francisco López, M. Junyent, M. Albuixech, L. Amador, Alain V. Martínez. Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardíaca aguda es responsable de cerca del 2% de las urgencias hospitalarias en nuestro medio. La mitad de los casos requiere ingreso en planta. Tras el alta muchos pacientes vuelven a consultar a Urgencias, y la mayoría de ellos requieren de nuevo ingreso.

OBJETIVO: Identificar factores pronósticos de reingreso dentro de los primeros 30 días tras el alta.

MÉTODO: estudio retrospectivo de 314 pacientes que habían sido diagnosticados de insuficiencia cardíaca aguda en Urgencias durante el año 2013. Se recogieron datos de variables demográficas, antecedentes patológicos, tratamiento farmacológico previo, ingreso, estancia en planta, mortalidad intrahospitalaria y en los primeros 30 días tras el alta, y reingreso dentro de los primeros 30 días tras el alta. Se analizó la relación de las distintas variables con el reingreso dentro los primeros 30 días.

RESULTADOS: De los 314 pacientes que acudieron a Urgencias y fueron diagnosticados de insuficiencia cardíaca aguda, 178 de ellos requirieron ingreso. El reingreso dentro de los primeros 30 días tras el alta se produjo en 40 pacientes. En el análisis estadístico univariado se detectó asociación entre una mayor incidencia de reingreso dentro de los primeros 30 días y las siguientes variables: insuficiencia renal crónica (50% vs 23%, $P < 90\%$ (39% vs 19.5%, $P=0.023$) y hemoglobina plasmática < 10 (46% vs 21%, $P=0.008$). El análisis estadístico multivariado mediante regresión logística identificó al antecedente de insuficiencia renal crónica como el predictor más potente de reingreso.

CONCLUSIONES: el antecedente de insuficiencia renal crónica, una pulsioximetría inicial $< 90\%$ y la hemoglobina plasmática < 10 son predictores de una mayor probabilidad de reingreso dentro de los primeros 30 días tras el alta hospitalaria de los pacientes que ingresan por insuficiencia cardíaca aguda.

Primer premi a la millor comunicació oral breu:

DERIVACIÓ INVERSA INTRAHOSPITALÀRIA. VISITES ESTALVIADES A URGÈNCIES.

Dolors Garcia, Jordi Aligué, Carme Llorens, Rosa Crispi, Mireia Carbonell, Connie Li. Servei D'Urgències Althaia. Manresa.

INTRODUCCIÓ: Aliances entre Hospital de Dia de Crònic (HDC) amb el Servei d'Urgències hospitalari (SUH) permet estratègies beneficioses per l'atenció urgent del pacient ancià. L'eina d'ajuda al triatge (3D) a pacients ancians, amb nivell de triatge (3 i 4) segons el MAT, evita la visita al SUH

per fer l'assistència a HDC.

OBJECTIU: Anàlisi de l'efectivitat i seguretat de les 3D en la derivació de visites d'urgències de pacient majors o igual de 80 anys des del triatge d'urgències a HDC per personal d'infermeria acreditada.

MÈTODE: El període d'estudi comprèn des del juny del 2014 fins desembre del 2015. S'han analitzat els resultats a partir de les visites realitzades a HDC de pacients ancians sense visita prèvia. El SUH proposa el sistema 3D, que és preguntar per: Dependència (funcionalitat), Demència (estat cognitiu) i Domicili (procedència) en el moment del triatge a través d'una pregunta senzilla sense alentir el procés. S'aplica a pacients majors de 80 anys, amb nivell de triatge 3 i 4, que consulten per dispnea, febre, malestar general i anèmia (aporten analítica). Si el motiu de consulta no afecta de manera aguda a les 3D, es visita directament a HDC.

RESULTATS: De les 1323 visites a HDC el 42,70% (565) ha estat derivades de triatge aplicant les 3D. L'edat mitja de 83 anys i Índex de Charlson de 2,62. Els diagnòstics són: descompensacions respiratòries (32,72%) i cardíacs (26,53%), anèmia (9,52%) i infecció urinària 4,68%. El destí, 298 (52,74%) han estat alta a domicili, 219 (38,76%) ingrés a aguts, 33 (5,84%) a subaguts i 15 (2,65%) a hospitalització domiciliària. Cap de les visites va ser redirigida a urgències.

CONCLUSIONS: Les 3D aplicada per infermeria en el moment de triatge és efectiva i segura. Es redueixen visites a urgències a expenses de proporcionar els recursos més adequat.

Segon premi a la millor comunicació oral breu:

FACTORS PREDICTIUS DE NOVES CAIGUDES EN ELS PACIENTS D'EDAT AVANÇADA QUE CONSULTEN A URGÈNCIES PER UNA CAIGUDA.

Verónica Rico Caballero, Gemma Martínez Nadal, Xavier Alemany, Sira Aguiló Mir.
Hospital Clínic, Servei d'Urgències.

OBJECTIU: Investigar si existeix algun factor que permeti predir noves caigudes en els pacients

d'edat avançada que consulten a urgències per una caiguda casual.

MÈTODE: Pacients de més de 65 anys que consultaren a urgències per caiguda, amb seguiment posterior mitjançant contacte telefònic. Es recolliren variables epidemiològiques (edat, sexe, viu sol, institucionalitzat), comorbiditat (hipertensió arterial, diabetis, cardiopatia isquèmica, insuficiència cardíaca, pneumopatia crònica, malaltia cerebrovascular, altres malalties neurològiques, artrosi, caigudes prèvies), tractament crònic (benzodiazepines, antidepressius, neurolèptics, hipotensors, diürètics, antiarítmics, opiacis, antidiabètics, anticoagulants), situació basal (índex de Barthel, deteriorament cognitiu autoreferit, pèrdua d'agudes visual/auditiva, necessitat d'ajut per alçar-se d'una cadira o del llit, o per deambular), analítiques (anèmia, insuficiència renal) i conseqüències de la caiguda (fractura, ingrés o intervenció). Es van construir dos grups de pacients, en funció de si durant el seguiment havien presentat noves caigudes o no, i s'investigà l'associació amb les variables estudiades per tècniques estadístiques uni i multivariants.

RESULTATS: Es recolliren 171 pacients (edat 82 ± 9 anys; 70,8% dones; 113 ± 72 dies de seguiment, sense diferències entre els dos grups). Trenta-un pacients (18,1%) presentaren una nova caiguda. Vuit de les 34 variables s'associaren significativament a recaigudes: artrosi (freqüència relativa de caiguda amb/sense artrosi: 29%/14%, $p < 0,05$), caiguda els 12 mesos previs (36%/7%, $p < 0,001$), fàrmacs antidepressius (27%/14%, $p < 0,05$), necessitat d'ajut per alçar-se d'una cadira (32%/14%, $p < 0,05$) o del llit (32%/14%, $p < 0,05$), deteriorament cognitiu autoreferit (38%/12%, $p < 0,01$), disminució auditiva (31%/14%, $p < 0,05$) i anèmia (35%/16%, $p < 0,05$). La presència de fractura va associar-se a menys recaigudes (8%/24%, $p < 0,01$). L'anàlisi multivariant mostrà que només son factors independents de recaiguda l'antecedent de caiguda prèvia (OR:4,9; IC95%:1,5-20,8), el dèficit auditiu (OR:4,9; IC95%:1,3-18,9) i la fractura (OR:0,13; IC95%:0,03-0,56).

(OR:0,13; IC95%:0,03-0,56). **CONCLUSIONS:** Es possible identificar factors associats a recaiguda en pacients que consulten per una caiguda a urgències i en els que estaria indicat posar en

marxa mesures preventives proactives.

Menció especial a la millor comunicació oral breu:

EVOLUCIÓ DE LES ARBOVIROSIS AL NOSTRE MEDI. IRRUPCIÓ DEL VIRUS ZIKA.

Neus Robert; Sílvia Roure; Lluís Valerio; Gema Fernández-Rivas; Dolores López; Josep Mòdol. Servei Urgències Hospital Germans Trias i Pujol, PROSICS Metropolitana Nord.

INTRODUCCIÓ: Les arbovirosis són quadres febrils propis del tròpic. Fins l'any 2013, en el nostre medi essencialment corresponien a casos de Dengue importats. L'any 2014, coincidint amb el brot a centre-sudamèrica, va aparèixer el Chikungunya. En els darrers mesos ha irromput a la mateixa àrea geogràfica el virus Zika.

OBJECTIUS: Descripció de les característiques clínic-epidemiològiques dels pacients diagnosticats de Dengue, Chikungunya i Zika en la nostra àrea.

METODOLOGIA: Anàlisi retrospectiu dels pacients amb confirmació serològica d'arbovirosis atesos als serveis d'urgències d'un centre d'atenció al viatger i del centre hospitalari de referència durant 2014-2016.

RESULTATS: S'han diagnosticat 30 casos (2014/2015/2016*): 10 Dengue (4/5/1), 17 Chikungunya (12/5/0) i 2 Zika (0/0/2) i 1 coinfecció. Edat mitjana 35,5 anys (DE 12), amb un 50% dones. Presentació clínica: febre 100%, artràlgies (85,7%), rash (50%), artritis (42,9%), diarrea (17,2%) i cefalea (25%). Els pacients amb Chikungunya presenten més habitualment artritis (68,75% vs 8,3%, p 0,0007). Analítica: leucopènia (35,3%), plaquetopènia (35,3%), alteració de bioquímica hepàtica 23,5%. Els pacients amb dengue presenten més habitualment leucopènia (60% vs 0%, p 0,005). El Dengue afecta a viatgers turistes (80%) procedents d'Àsia (70%). El Chikungunya i el Zika afecten a immigrants viatgers (89,5%) procedents d'Amèrica (89,5%).

CONCLUSIONS: Dengue, Chikungunya i Zika comparteixen presentació clínica encara que la

presència d'artritis orienta fortament cap a Chikungunya i la leucopènia cap a Dengue. El dengue afecta a viatgers turistes procedents de l'Àsia i el Chikungunya i el Zika a immigrants viatgers procedents d'Amèrica. La irrupció del virus Zika s'afegeix al llistat d'arbovirus importats amb rellevància per la Salut Pública. A l'època de màxima densitat d'*Aedes albopictus* al nostre medi (maig-octubre), caldrà contemplar la possibilitat d'aparició de casos autòctons secundaris de casos importats.

CARACTERÍSTIQUES CLÍNIQUES DE LES INFECCIONS EN ELS MALALTS NONAGENARIS A URGÈNCIES. HI HA DIFERÈNCIES AMB ELS ANCIANS MAJORS DE 75 ANYS?

Llopis Roca Ferran; Ferré Losa Carles; Jacob Rodríguez Javier; González del Castillo Juan; Martínez Ortiz de Zárate Mikel; Bardés Robles Ignasi. Hospital Universitari de Bellvitge.

INTRODUCCIÓ: Les infeccions representen pràcticament un 15% de les visites als serveis d'Urgències hospitalaris (SUH) i la seva incidència augmenta en la població anciana (>75 anys) i molt anciana (nonagenaris ≥ 90 anys).

OBJECTIU: Determinar les característiques clínicas dels malalts nonagenaris amb infecció atesos als SUH i comparar-les amb les infeccions dels pacients ancians majors de 75 anys.

MÈTODE: Estudi descriptiu multicèntric amb anàlisi transversal en 49 SUH de l'estat espanyol de malalts nonagenaris amb infecció. S'analitza l'edat, gènere, comorbiditat, factors de risc per a patògens multirresistents, tipus d'infecció, criteris de sèpsia, microbiologia, tractament antibiòtic i destí. Es comparen els episodis dels pacients ≥ 90 anys amb els ancians de 75 a 89 anys.

RESULTATS: Es registraren 407 malalts ≥ 90 anys (edat mitjana $92,64 \pm 2,7$, rang 90-104), 45% amb patologia cardíaca, 25% diabetis, 23% institucionalitzats o amb manipulació prèvia, 19% MPOC, 17% amb insuficiència renal crònica i 16% amb consum previ d'antibiòtics. El 58% eren infeccions respiratòries, 31% urinàries i 7% de pell

i parts toves. El 19% va presentar síndrome sèptica i els antibiòtics més prescrits foren betalactàmics (53%) i fluorquinolones (32%). El 54% van ingressar en una unitat d'hospitalització convencional i el 16% en una unitat d'observació o de curta estada, i hi hagué 7 (1,7%) exitus. Al comparar els episodis dels nonagenaris (407) amb els ancians de 75 a 89 anys (2.494), els primers eren més freqüentment dones (64% vs. 50%), tenien més factors de risc de patògens multirresistents (41% vs. 30%), més síndrome sèptica (19% vs. 14%) i requeriren més ingrés (54% vs. 38%) ($p < 0,05$).

CONCLUSIONS: La població nonagenària amb infecció és cada cop més prevalent. Les unitats d'observació i de curta estada poden ser un bon recurs alternatiu a l'hospitalització convencional per aquest subgrup de malalts amb patologia infecciosa prevalent.

EFFECTIVITAT DE L'ACTIVACIÓ DEL DISPOSITIU HIDRÀULIC PEL CONTROL DE LA CINETOSIS, DINS UNA AMBULÀNCIA MEDICALITZADA.

Xavier Palomar Aumatell. Consorci Hospitalari de Vic, Servei Urgències - Base SEM.

INTRODUCCIÓ: En la fisiopatologia del transport una de les entitats que freqüentment apareix, és la cinetosis, el mareig a conseqüència de l'ús dels transports, induint al pacient malestar, nàusees i vòmits amb el risc de produir-se una broncoaspiració, i empitjorar tota la situació clínica.

OBJECTIU: Avaluar la utilitat d'activar el dispositiu hidràulic de l'ambulància de suport vital avançat per disminuir la incidència de cinetosis dels pacients durant els trasllats.

MÈTODE: Es va realitzar un assaig clínic comparatiu aleatoritzat a l'àmbit extrahospitalari. Participants: pacients majors de 18 anys, traslladats en la ambulància de SVA, sense dificultat idiomàtica, conscients i orientats. Excloent: tots els pacients que per patologia el dispositiu havia d'estar activat, con tractament crònic amb antiemètics i els pacients amb trastorns del sistema vestibular i/o de l'equilibri.

Intervenció: al grup control no s'activava el dispositiu i el grup intervenció s'activava. No es va modificar res dels tractaments que havien de rebre.

RESULTATS: Dels 65 participants (33 al grup control i 32 al grup intervenció). La incidència de cinetosis entenent com presència de vòmit durant el trasllat o fins 15 minuts després de finalitzar el trasllat i/o empitjorar de la sensació de mareig va ser del 9,2%. La diferència entre la cinetosis entre el grup control i intervenció es de 9,1% i 9,4% sense diferències significatives ($p = 1,000$). Sobre la sensació de mareig, destacar que tampoc hi ha diferències significatives, però si las clíniques, al grup control milloren un 3% i el grup intervenció un 12,5% ($p = 0,240$).

CONCLUSIONS: La incidència de cinetosis trobada és més baixa que la descrita per la literatura. L'ús del dispositiu hidràulic no influeix en la disminució de la cinetosis. Per altre banda es demostra que no perjudica al pacient al que s'activa el dispositiu, ni incrementa la sensació de mareig.

ANÀLISI DEL GRAU DE SEGUIMENT DELS ALGORITMES DIAGNÒSTICS RECOMANATS PER L'AVALUACIÓ DE LA SOSPITA DE TROMBOEMBOLISME PULMONAR EN FUNCIO DE L'EDAT AL SERVEI D'URGÈNCIES D'UN HOSPITAL TERCIARI.

Laura Lozano; Mireia Puig; Miriam Mateo; Maite Alvarez; Sergio Herrera; Salvador Benito. Servei d'Urgències. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

INTRODUCCIÓ: L'embolisme pulmonar (EP) té una presentació clínica variable i inespecífica. En pacients hemodinàmicament estables, es recomana l'ús d'algoritmes diagnòstics (basats en Escalles de Probabilitat Clínica (EPC) combinades amb D-dímer) per determinar la indicació de tomografia amb angiografia pulmonar (TC). La implementació al Servei d'Urgències (SU), redueix significativament els TC realitzats, amb beneficis pels pacients i estalvis de costos. El seguiment és irregular, havent poques dades en ancians. Alguns estudis recomanen l'ús del D-Dímer corregit per edat (DDc) per augmentar l'especificitat.

OBJECTIUS: Analitzar: -Grau de seguiment dels algoritmes recomanats pel diagnòstic d'EP - Diferències al grau de seguiment segons l'edat, i valor de l'ús del DDc. Metodologia Estudi retrospectiu. Inclou els pacients >18 anys, hemodinàmicament estables, amb sospita d'EP durant l'any 2012 del SU d'un Hospital Terciari. Les 4EPC utilitzades foren les de Wells i Ginebra, original i simplificades en dos nivells, combinades amb DDímer estàndard (DDs). També s'avalua l'algoritme Wells simplificat combinat amb DDc (edat x10).

RESULTATS: S'inclouren 779 pacients, edat mitja = 69,2 anys $\pm$ 17,6 (rang 18-97), 51,7% dones. El 65,5% tenien >65 anys i 49,9% >75. El DDs va ser positiu en 68,7% i el DDc en 58,5%. El grau de seguiment dels algoritmes fou: Wells original, 53,3%; Wells simplificat, 47,6%; Wells simplificat + DDc, 55,7%; Ginebra original, 38,8%; Ginebra simplificat 39,7%. En 65 anys s'objectiva un compliment del 47,5%, 42,2%, 52,5% (Wells), i 29,8%, 29,6% (Ginebra) respectivament. L'aplicació de l'algoritme Wells simplificat + DDc va ser el que hagués evitat més TCs innecessaris, sense excloure cap pacient amb EP.

CONCLUSIONS: El seguiment dels algoritmes és baix. Varia en funció de l'edat: és alt(>75%) en pacients <50 anys i disminueix progressivament en augmentar l'edat. La inclusió del DDc augmenta l'especificitat, disminuint la realització de TC innecessaris, mantenint bona sensibilitat. L'aplicació de l'algoritme Wells simplificat + DDc va ser el que hauria evitat més TCs innecessaris, sense excloure cap EP.

FACTORS QUE INFLUEIXEN EN EL GRAU D'HEMÒLISI EN LES MOSTRES SANGUÍNIES EXTRETES EN EL SERVEI D'URGÈNCIES.

Marta Samaranch; Judit Beneitez; Lorena Abad, Mònica Ruiz, Ester Montosa. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Servei d'Urgències.

INTRODUCCIÓ: L'extracció analítica és una de les proves més habituals a Urgències. És important escollir els dispositius que garanteixin uns resultats analítics fiables.

OBJECTIU: Avaluar la incidència i els factors relacionats amb l'hemòlisi de les mostres sanguínies extretes a Urgències.

MÈTODE: Estudi observacional, analític, transversal i prospectiu. Àmbit: Servei d'Urgències d'un hospital terciari. Subjectes d'estudi: Pacients als qui es va practicar una analítica a urgències durant el mes de Desembre de 2015. Recollida de dades: full de registre d'infermeria. Anàlisi estadística: SPSS v.22

RESULTATS: S'inclouen 763 pacients amb un edat mitjana de 65 anys. El percentatge d'hemòlisi ha estat del 10,6%. No s'observen diferències entre sexes (12% dones, 11% homes, p ns), en la tècnica d'extracció (12% via perifèrica, 8% agulla endovenosa, 7% palometa, p ns), en el dispositiu de transferència (9% vacutainer, 11% vacutainer Luer-lock, 11% xeringa, p ns) ni entre els volums de la xeringa (12% 10ml, 8% 5ml, 9% 2ml, p ns). El risc d'hemòlisi s'incrementa significativament en els pacients 80, $p < 0,001$) amb dificultat en l'extracció de la mostra (17% dificultat, 10% no dificultat, $p = 0,02$), al torn de treball de tarda (9% matí, 15% tarda, $p = 0,02$) i amb la menor expertesa del professional que extreu la mostra (8% > 5 anys treballats, 14% <5 anys treballats, $p < 0,01$).

CONCLUSIONS: El risc d'hemòlisi és més elevat en pacients menors de 80 anys, quan l'extracció de la mostra és dificultosa, i es relaciona amb l'inexpertesa del professional que l'extreu. No s'observen diferències entre els dispositius utilitzats per l'extracció.

EL PACIENT COMPLEX AMB DELIRIUM, UN GRAN REpte PER AL METGE D'URGÈNCIES.

Vena AB; Marí A; Pujol V; Ichart X; Yuguero O; Abadías MJ. Unidad de Geriatria de Urgencias. S. Urgències. Hospital Arnau de Vilanova, Lleida.

INTRODUCCIÓ: El delírium és un dels trastorns més importants en l'ancià, tant per la seva prevalença com pel seu pronòstic així com les complicacions que implica. No podem oblidar que es tracta d'una de les formes més freqüents de presentació de patologies greus en l'ancià i en

moltes ocasions a conseqüència del tractament farmacològic utilitzat. En l'àmbit de l'atenció d'urgència estudis recents han objectivat una incidència de deliri d'un 10%, però només un de cada cinc casos és reconegut pel metge d'urgència sent el delírium hipoactiu el pitjor identificat.

OBJECTIU: Analitzar la freqüència de delírium, etiologia més freqüent associada i l'efectivitat de l'ús del CAM (Confusion Assessment Method) en la unitat. **Material i mètode:** Estudi descriptiu-prospectiu dels pacients valorats per la Unitat de Geriatria d'Urgències (Gener-Diciembre15). N = 1754 àrea mèdica/quirúrgica. Es va aplicar protocol de la unitat (dades demogràfiques / valoració geriàtrica integral i en els casos on CAM (+) es va determinar l'etiologia del mateix. Es va realitzar seguiment dels pacients CAM(-) per avaluar si es va desenvolupar delírium <24 hores de l'alta d'Urgències.

RESULTATS: Un 12,43% de tots els pacients valorats van presentar un test de CAM (+) (n 208, $p < 0,01$). El 45% delírium hipoactiu. Demogràfics: $\bar{x} / \phi$: 93/115. Edat mitjana ($84 \pm 2DS$). I. Barthel <40 (65%). I. Charlson > 4 (61%). Polifarmàcia (73%). Etiologia: ITU (21% amb urino +), Fàrmacs (12%). Només 1% CAM (-) es dx de delírium en planta en <24 hores de l'alta d'urgències.

CONCLUSIÓ: 1. El nostre índex de delírium és molt similar al descrit en la literatura, sent més freqüent en els pacients amb major multimorbiditat, dependència funcional i polifarmàcia. 2. El test de CAM hauria de ser incorporat com a instrument en la nostra pràctica diària dins de la valoració del pacient complex. 3. La digoxina i ADOs van ser els fàrmacs que més freqüentment van provocar delírium.

LIMITACIÓ D'ESFORÇ TERAPÈUTIC EN LA VENTILACIÓ NO INVASIVA A CATALUNYA. ESTUDI VNICAT.

Javier Jacob; Jaume Farré; Xavier Lopez Altimiras; Olivia Garcia; Francesc López Vengut; Eva Lista. Servei d'Urgències. Hospital Universitari de Bellvitge. IDIBELL. Grup de treball VMNI-SoCMUE.

INTRODUCCIÓ: La ventilació no invasiva (VNI) és una eina terapèutica que es fa servir en la insuficiència respiratòria aguda i en moltes ocasions en malalts amb una limitació d'esforç terapèutic (LET) on es el sostre terapèutic.

OBJECTIU: descriure el perfil del pacient amb ventilació no invasiva i LET en els serveis d'urgències prehospitalaris i hospitalaris de Catalunya.

MÈTODE: estudio de cohort multicèntric amb inclusió consecutiva de pacients en els quals es realitza VNI durant un període d'un mes, entre els mesos de febrer i març del 2015, a la urgència prehospitalaria per part del Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) i 8 serveis d'urgències hospitalaris de Catalunya. Es van recollir variables demogràfiques, de comorbiditat, de l'episodi agut, destí final i mortalitat. La LET va ser definida pel metge que va indicar la VNI en funció del seu criteri mèdic.

RESULTATS: es van reclutar 184 pacients (25 en prehospitalaria), amb una elevada proporció (42,9%) de pacients amb limitació de l'esforç terapèutic. Es va fer VNI per edema agut de pulmó (43,4%), agudització de malaltia pulmonar obstructiva crònica (31,6%) i pneumònia (10,5%). En comparar aquests malalts amb els que no tenen una LET destaca que els primers, son més grans i tenen més demència (15,8 vs. 5,0%; $p=0,015$). També presenten major intolerància a la VNI (18,4 vs. 6,9%; $p=0,019$), menor milloria per poder retirar la VNI (68,4 vs. 83,2%; $p=0,021$) i més mortalitat hospitalària (37,3 vs. 10,6%; $p<0,001$).

CONCLUSIONS: La VNI s'utilitza sovint en pacients amb limitació d'esforç terapèutic, sobretot en l'EAP i l'AMPOC. Aquest perfil de malalts presenten més fracàs de la VNI i major mortalitat hospitalària.

ANÀLISI DE QUALITAT DE LES MANIOBRES DE RCP: ÚS D'UN ASSISTENT INTERACTIU EN SIMULACIONS AVANÇADES.

Sergi Mayol Barrera; Javier Berbel Castro. Hospital Universitari Mútua Terrassa.

INTRODUCCIÓ: En moltes ocasions les maniobres de Ressuscitació Cardiopulmonar (RCP) es realitzen de manera sub-òptima degut a la infinitat de factors que intervenen durant aquest procés. En els últims anys han aparegut nous dispositius i aplicacions que optimitzen aquest procés.

OBJECTIU: Analitzar la qualitat de les maniobres de RCP en relació a la utilització o no d'un assistent interactiu (AI) a la RCP instal·lat en un dispositiu mòbil.

MÈTODE: Estudi experimental, aleatoritzat. Varen participar-hi 228 professionals sanitaris de diferents centres sanitaris i formatius. Es varen realitzar un total de 76 simulacions de RCP avançada, de 8 minuts de durada, creant-se grups de 3 professionals per simulació on s'utilitzà o no l'AI de manera aleatòria. Per a les simulacions s'utilitzà l'assistent interactiu iRCP® i un maniqui Laerdal® SVA.

RESULTATS: S'utilitzà l'AI en el 47% de les simulacions obtenint de l'anàlisi d'aquest grup amb el de no-AI que la freqüència cardíaca (FC) mitja fou de 100,2 x min (DE=0,3) vs 123,8 x min (DE=21,2) $p=0,000$, FC entre 100-120 x min 88,9% vs 47,5% $p=0,000$, compressions toràciques (CT) mínimament interrompudes 83,3% vs 60% $p=0,025$, valoració de causes reversibles 91,7% vs 45% $p=0,0001$, canvi de reanimador cada 2 minuts 88,9% vs 50% $p=0,0001$, profunditat de CT >5cm 77,8% vs 45% $p=0,004$, descompressions toràciques correctes 86,1% vs 42,5% $p=0,0001$, valoració de ritme cada 2 minuts 94,4% vs 67,5% $p=0,003$, lideratge únic 72,2% vs 60% $p=0,262$.

CONCLUSIONS: L'ús de l'assistent interactiu no produeix diferències significatives en el cas del lideratge únic, però si es podria associar el seu ús amb una millora de la qualitat de les maniobres de RCP en simulacions avançades. Seria necessari estendre aquesta metodologia en processos formatius i analitzar la seva repercussió en l'aprenentatge del professional sanitari.

CULTURA DE SEGURETAT DEL PACIENT ALS SERVEIS D'URGÈNCIES DELS HOSPITALS DE CATALUNYA.

Fermí Roqueta, Santiago Tomás, Manel Chanovas, Fernando Alava, Josep Davins. Fundació Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Badalona Serveis Assistencials, Hospital Verge de la Cinta IISPV Tortosa.

INTRODUCCIÓ. La avaluació de la cultura de seguretat (CS) es una eina fonamental a la hora de conèixer la situació basal del servei i prioritzar accions de millora en seguretat del pacient.

OBJECTIUS: Conèixer el nivell de CS del pacient en els serveis d'urgències dels hospitals (SUH) de Catalunya, així com els punts de millora i diferències amb els resultats d'altres estudis publicats en l'àmbit de les urgències.

METODOLOGIA: Estudi transversal en els SUH de Catalunya utilitzant com instrument de mesura l'enquesta Hospital Survey on Patient Safety Culture. Els resultats s'han analitzat estadísticament, descrivint els resultats globals i les diferències significatives entre diferents variables.

RESULTATS: S'analitzen un total de 1034 respostes vàlides obtingudes de 29 SUH. La nota mitja del nivell de seguretat va ser de 6,8. El global de respostes positives va ser del 54%, de negatives del 21% i de neutres del 25%. Les dimensions millor valorades van ser les de "Treball en equip en la unitat" i "Accions dels responsables del servei en seguretat del pacient". Les dimensions pitjor valorades van ser "Dotació de recursos humans" i "Recolzament de la Gerència de l'hospital". Les dimensions relacionades amb la notificació i la comunicació tenen les taxes més elevades de respostes neutres. Els serveis d'urgències d'hospitals amb menys de 50.000 urgències a l'any puntuen significativament millor 9 de les 12 dimensions que mesura l'enquesta així com la nota. Els resultats d'aquest estudi son significativament millors que els d'altres treballs publicats.

CONCLUSIONS: Els resultats estan en línia amb altres treballs publicats a nivell estatal amb una major taxa de respostes positives, millor nota mitjana i menor taxa de respostes negatives. Destaca de manera significativa les millors puntuacions obtingudes en hospitals amb menor

nombre urgències ateses. En funció dels resultats es realitzen recomanacions de millora de la CS en els SUH.

LA GERIATRITZACIÓ DE L'EMERGÈNCIA EXTRAHOSPITALÀRIA A CATALUNYA.

Joan Casadevall, Fermí Roqueta, Angel OLucha, Susana Simó, Montserrat Soler, Jaume Gost. Fundació Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa - Base SEM.

INTRODUCCIÓ: L'envelliment de la població i la seva repercussió en la assistència sanitària es un fenomen prou conegut en els diferents àmbits assistencials. Malgrat això, la geriatriització de la assistència extrahospitalària no està prou ben analitzada i caracteritzada el que repercuteix en la atenció que es presta.

OBJECTIU: Determinar l'impacte i les característiques de la atenció a la gent gran per part dels sistemes d'emergències (SEM) com a base per establir necessitats dels professionals i del sistema per adaptar-se a aquesta realitat.

MÈTODE: Estudi retrospectiu en base a les dades registrades per una base del SEM de Catalunya.

RESULTATS. Des de l'any 2000, el percentatge de població atesa de més de 80 anys s'ha incrementat essent actualment del 26% de tots els pacients atesos. Es constata que un 28% presenta alguna de les 3 D (demència, discapacitat o dependència) i un 2% estat terminal que originen reptes en la presa de decisions. Aquesta pot variar en funció del professional i de les possibilitats assistencials del sistema però precisa d'un major nivell d'informació. La patologia mèdica es d'un 92% del total (cardiovascular 39%) i solament un 8% d'assistències son per traumatismes (caiguda casual 60%). El lloc d'assistència ha estat el domicili en un 69% i la residència de gent gran en un 15%. Un 58% va rebre mesures terapèutiques específiques d'emergències i un 42% no. Un 14% no va ser traslladat a cap hospital per alta o limitació terapèutica i un 74% va ser traslladat a l'hospital. El 18 % va ser èxitus in situ o en les primeres 24 hores d'ingrés.

CONCLUSIONS: La geriatriització de les emergències extrahospitalàries és una realitat que

comporta millorar el coneixement de les particularitats de la seva assistència i també la cerca de nous sistemes organitzatius, de suport i de presa de decisions.

FACTORS DETERMINANTS EN EL NIVELL COMPETENCIAL DELS INFERMERS/ES DE TRIATGE.

Martínez-Segura, E; March-Pallarés G; Lleixà-Fortuño M; Salvadó-Usach M.T; Castellà-Castellà J.M; Chànovas-Borrás M.R. Servei Urgències Hospital Verge de la Cinta i Universitat Rovira i Virgili, Campus Terres de l'Ebre.

OBJECTIU: Descriure el nivell competencial dels infermers/es que treballen als Serveis d'Urgències(SU) i identificar si existeix relació entre variables sociodemogràfiques i competència.

METODOLOGIA: Estudi descriptiu transversal multicèntric realitzat als infermers/es d'Urgències; administrem un qüestionari de dades sociodemogràfiques i un d'avaluació de competències COM_VA®. Utilitzem el SPSS v22.0 per l'anàlisi estadística. Treballem amb un NC del 95%.

RESULTATS: Responen el 80% (58). La mitjana d'edat és 39,14+/-8,3 anys, tenint el professional més jove 24 anys i el més gran 58. El 84,5% són dones. L'experiència infermera és de 14,5+/-8,6 anys i l'experiència en el SU de 9,3+/-6,6 anys. La mitjana del COM_VA® és 7,8+/-0,7. Coincideix l'autoavaluació i l'avaluació del superior en un 91,6%. Hi ha diferència estadística entre centres en la puntuació competencial. Un 72,4% té formació en triatge, un 69% és formació acreditada. Un 66% creuen que no s'han format suficient. Hi ha diferència significativa entre el tipus de formació per centres. Un 28,1% no tenen cap tipus de formació. Si relacionem tenir o no formació en pacient crític amb la mitjana del COM_VA®, veiem que sí hi ha diferència significativa, no així per al tipus de formació. Hi ha diferència entre l'edat i el tipus de formació. El 84,2% creu que Infermeria és qui ha de realitzar el triatge i se senten respectats per la resta de l'equip el 72%. La mitjana de la percepció de seguretat

quan realitzen triatge/RAC és de $7,2 \pm 1,3$, hi ha diferència entre percepció en seguretat, la mitjana del COM_VA®, l'experiència en Urgències i tenir formació en triatge i pacient crític.

CONCLUSIONS: Amb el desenvolupament dels perfils i, sent el triatge/RAC, una tasca específica, és necessari l'abordatge de l'expertesa i l'avaluació competencial dels infermers que treballen als SU per garantir la qualitat i seguretat de les urgències utilitzant la formació com eina per millorar.

LES ATURADES CARDIORESPIRATÒRIES DEL NOSTRE ENTORN.

Mireia Cramp Vinaixa, Laura Torrente Nieto, Domingo Ribas Seguí, Albert Moreno Destruels, Jesus Gálvez Mora, Pablo Espin Aguade. CAP Torreforta-La Granja.

INTRODUCCIÓ: La PCR (parada cardiorespiratòria) és la brusca i generalment inesperada interrupció de les funcions respiratòries i/o cardiocirculatories espontànies. És potencialment reversible i si no s'efectuen mesures de reanimació cardiopulmonar acabarà en èxitus.

OBJECTIU: analitzar varies variables dels malalts de zona i determinar la supervivència.

MÈTODES: Estudi descriptiu transversal fent recerca sistemàtica dels pacients admesos al Servei d'Urgències del centre el 2013-2014 que hagin patit PCR. Variables recopilades: epidemiologia, història clínica, estat neurològic (Glasgow/CPC), ritme d'aturada i d'arribada a urgències, temps fins l'inici RCP, maniobres RCP bàsica i/o avançada, extra i/o intrahospitalàries, ecocardiograma, diagnòstic inicial, diagnòstic ecogràfic, cateterisme, supervivència.

RESULTATS: De 65 PCR, 12(27%) dones i 32(72%) homes. Edat mitjana 66 anys. Antecedents personals: 38(58%) HTA, 20(30%) diabetis, 27(41%) dislipèmia, 19(29%) cardiopatia isquèmica, 5(7%) fibril·lació auricular, 12 (18%) insuficiència cardíaca. Ritmes inicials: 52% no desfibril·lable (41% asistòlia, 11% AESP) i 35% desfibril·lable (22%FV, 12% TVSP). A 45(71%) l'aturada va ser presenciada. Al 54%(35) se'ls va

fer RCP bàsica extrahospitalària i al 53%(34) RCP avançada (15(23%) van rebre desfibril·lació amb DEA i 71%(45) IOT). Ritmes arribada urgències: 32(51%) ritme sinusal, 14(22%) asistòlia, 7(11%) fibril·lació ventricular, 4(6%) AESP, 2(3%) TVSP. Van necessitar RCP avançada al centre 37(58%), amb cardioversió elèctrica 9(14%) i administrant fàrmacs al 69% (adrenalina sola a 28(44%). El 53%(34) van recuperar la circulació espontània, 19(30%) es van traslladar a UCO i 11(17%) a UCI. Al 10%(7) se'ls va aplicar hipotèrmia terapèutica. A 16(25%) se'ls va fer cateterisme: 17(26%) sense lesions, 5(8%) lesió d'un vas, 4(6%) lesió dos vasos i 3(5%) lesió 3 vasos. A 25(39%) se'ls va fer ecocardiograma visualitzant alteracions segmentàries a 10(15%) i cap anomalia a 17(26%). Diagnòstics definitius: 36(56%) ACR, 14(21%) IAM, 2(3%) sepsis, 1(1,6%) taponament cardíac, 1(1,6%) TEP, 1(1,6%) alteracions hidroelectrolítiques i 9(14%) altres. Supervivència global: 18(28%) als 7 dies, 17(26%) als 30 dies i 50(78%) èxitus. Segons Cerebral Performance Categories: 49(76%) morts, 12(18%) bon funcionament cerebral i 3(5%) coma. Supervivència segons els ritmes: asistòlia 9%, AESP 28%, TVSP 50% i FV 35%.

CONCLUSIONS: Els homes amb factors de risc cardiovascular presenten més PCR al nostre entorn. L'asistòlia, ritme inicial predominant. Hi ha alta recuperació de la circulació espontània però elevada mortalitat. La supervivència i CPC millor si ritme inicial desfibril·lable.

ANÀLISI DELS PACIENTS MAJORS DE 65 ANYS ATEsos A UN HOSPITAL METROPOLITÀ PER UNA URGÈNCIA MEDICOQUIRÚRGICA POTENCIALMENT GREU. DESCRIPCIÓ ESPECÍFICA DELS PCCI MACA.

Ana García-Martínez, Laura Millet, Mar Ortega, Carme Hernández, Albert Antolin, Ernest Bragulat. Servei d'Urgències. Hospital Clínic.

INTRODUCCIÓ: Els pacients d'edat avançada tenen una elevada prevalença de malalties cròniques. Conèixer les característiques i necessitats d'aquesta població és fonamental per millorar la seva atenció a urgències.

MÈTODE: Estudi retrospectiu de pacients que consulten al servei d'urgències en dies seleccionats aleatòriament. Criteris d'inclusió: edat ≥ 65 anys, pacient de zona, nivell de triatge I-III (MAT) i urgència mèdico-quirúrgica (s'exclouen urgències de traumatologia, otorinolaringologia, oftalmologia, psiquiatria, ginecologia). S'analitzen variables demogràfiques, antecedents, diagnòstics, necessitat de tractament intensiu, destí i mortalitat al final de l'episodi. S'analitza específicament el subgrup de PCC i MACA i es revisa la informació del PIIC.

RESULTATS: Durant els dies de l'estudi es van atendre 4143 visites i 641 (15,5%) complien els criteris d'inclusió. Els pacients tenien 80 anys (65-107), el 96,3% alguna malaltia crònica i un 88,6% estava polimedicat (≥ 3 fàrmacs). Els diagnòstics més freqüents foren: insuficiència cardíaca (8,4%), infecció urinària (5,9%) i dolor abdominal inespecífic (4%). El 44% va ingressar i el servei final més freqüent va ser medicina interna (28,6%). Un 7,5% de pacients va ingressar a una UCI i/o unitat d'intermedis, un 3,3% va rebre tractament intensiu (ventilació mecànica, tractament vasoactiu i/o tractament substitutiu renal), un 3,9% va ser sotmès a cirurgia i un 3,9% va morir durant l'episodi. Els PCC i MACA van representar el 23,5% i el 2,5% de la mostra respectivament. Tenien més edat, més comorbiditat, prenien més fàrmacs, ingressaven amb més freqüència i tenien més mortalitat. La informació aportada pel PIIC inclou: llista de diagnòstics (97%), tractament (96%), escales valoració geriàtrica (90%), mesures en cas de crisi (30%).

CONCLUSIONS: La mostra analitzada representa un grup de pacients amb necessitats assistencials importants i això és més evident en els PCC i MACA. La informació aportada pel PIIC encara és insuficient en alguns aspectes, com les directrius en cas de descompensació.

ATAQUES CON ESPRAÍS DE DEFENSA PERSONAL ATENDIDOS EN UN ÁREA DE DESCONTAMINACIÓN QUÍMICA DE URGENCIAS.

Montserrat Amigó Tadí; Elisabet Uría Álvarez, Fuensanta Fernández Morales; Carlos López Fernández; Verónica Velasco Amigó; Santiago Nogué Xarau. Urgències. Hospital Clínic Barcelona.

INTRODUCCIÓN: En España, la población puede disponer de espráis de defensa personal de forma legal y aunque vendidos con objetivo defensivo son, en ocasiones, utilizados de forma ofensiva.

OBJETIVO: Evaluar las características de las urgencias relacionadas con espráis de defensa personal.

MÉTODO: Revisión de las asistencias realizadas por enfermería en el Área de Descontaminación Química (ADQ) de urgencias debidas a dichos espráis durante un periodo de 5 años (2010-2014). Valoración de variables epidemiológicas, clínicas, terapéuticas y evolutivas.

RESULTADOS: Se han atendido 15 pacientes, el 87 % fueron hombres con una edad media de 25 años. En todos los casos se produjo una agresión en el curso de una pelea o robo y de madrugada (66,7% de los casos entre las 4:30 y las 6:30. El ataque se produjo en la vía pública en el 73% de las ocasiones y tardaron una mediana de 30 min en llegar a urgencias. Cara y ojos fueron las zonas más afectadas y con síntomas predominantes de picor, irritación, quemazón o dolor. El tratamiento aplicado en urgencias fue inmediato (media de demora: 3 min) y se empleó suero fisiológico (7%), agua corriente (13%) o solución de diphotérine (80%), con notable mejoría sintomática en la mayoría casos, pasando en la escala EVA del dolor de una puntuación media de 7,5 al ingreso a 3,5 a la salida ($p=0,006$). El tiempo medio de permanencia en la ADQ fue de 40 min. Once de los casos recibieron además asistencia oftalmológica y tratamiento tópico sintomático, con buena evolución en todos ellos.

CONCLUSIÓN: El uso de espráis de defensa personal con ánimo de robo o agresión es una realidad en nuestro medio. Las medidas de descontaminación son prioritarias y contribuyen a aliviar los síntomas y evitar secuelas.

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

Xavier Oncins Casanova, Lluís Martínez Sañudo, Jorge Luis Ruiz Socarras, Jaume Camara, Enric Campderrich i Alex Berenguer. Servei d'Urgències de Traumatologia Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell.

OBJECTIU: demostrar que els pacients que han patit fractura estable de pelvis (tipus TILE A), no requereixen observació de 24h en el servei d'urgències (SUH).

MÈTODE: estudi retrospectiu dels pacients que han acudit a urgències per fractura estable de pelvis en els últims 5 anys, valorant la necessitat o no de transfusió sanguina per pèrdua hemàtica secundària a la fractura. L'estudi ha estat retrospectiu, revisant les històries clíniques dels pacients atesos, des de el 1 de gener del 2011 fins el 31 del 12 del 2015 en el SUH. Tots els pacients estudiats han estat en observació durant 24h i se'ls hi ha realitzat anàlisi bàsica a l'entrada i a les 24h.

RESULTATS: S'han revisat 345 històries mèdiques i 10 pacients han requerit transfusió de concentrats d'hematies, dels quals 6 pacients ja presentaven d'entrada una anèmia severa per malaltia de base. Únicament 4 pacients han requerit transfusió de 2 concentrats d'hemes, dels quals ningun presentava factors de risc. 55 pacients prenen teràpia anticoagulant i 79 antiagregant. En les altes mèdiques 227 pacients han tornat a domicili sense incidències i 118 han estat ingressats, dels quals 95 a unitat de convalsència per rehabilitació funcional, 21 ingressos per altres causes no relacionades amb la fractura de pelvis i 2 èxits.

CONCLUSIONS: Donat els resultats de l'estudi la majoria de pacients podrien ser donats d'alta del SUH sent controlats pel seu equip de primària i una tercera part requereixen ser valorats d'entrada per l'equip de geriatría.

CARACTERÍSTIQUES CLÍNIQUES DE PRESENTACIÓ I IMPLICACIONS DE LA SOSPITA DE TUBERCULOSI EN EL SERVEI D'URGÈNCIES.

Ester Paula Fernández-Fernández; Eva Martínez-Suárez; Laura Pacho Millán; Goretti Sauca Subías; Josep Antón Capdevila Morell. Consorci Sanitari del Maresme.

INTRODUCCIÓ: la tuberculosi és una malaltia molt prevalent a la nostra àrea amb incidència entre 15- 18 casos/105 habitants- any. Això representa un repte diagnòstic i tractament que sovint es realitza a urgències.

OBJECTIU: observar característiques sociodemogràfiques dels pacients TBC al 2015 al nostre hospital que ingressen a través d'urgències i valorar la idoneïtat dels aïllaments per sospita TBC. Material i mètodes Estudi descriptiu-retrospectiu pacients diagnosticats TBC durant 2015 que ingressen a través d'urgències. La recollida de dades s'ha fet amb la història clínica informatitzada, ordres d'aïllament i bacil·loscòpies d'esput. Criteris d'inclusió: ésser diagnosticat TBC durant 2015 i ser ≥ 18 anys.

RESULTATS: s'han diagnosticat 34 casos. El 72,72% acut via Urgències ($n=24$), 18 homes i 6 dones. L'edat mitjana és 28.9 anys. Motiu consulta més freqüent tos (29%) i febre (25%). Síntoma principal tos (75%), febre (46%) i dispnea (25%). Durada clínica molt variable, de 3 fins a 365 dies. Troballa radiològica més freqüent vessament pleural (31,43%), infiltrat (22,86%). Se sol·liciten 74 BK en urgències 18 dels quals eren tuberculosos. Es sospita tuberculosi en 15 pacients (62,5%). El 54,16% dels pacients tuberculosos eren bacil·lífers. Dels bacil·lífers es va demanar BK en esput en 33,3% dels casos. S'aïllen 11 pacients (45,83%), no s'aïllen 13 pacients.

CONCLUSIONS: aproximadament $\frac{3}{4}$ (72,72%) pacients amb TBC són diagnosticats en àmbit hospitalari. Es sospiten a urgències el 62,5% i es demana BK en 75% Motiu més freqüent consulta és tos i febre de llarga durada. S'aïllen 45,84% i d'aquests, el 54,54% té indicació correcta; per altra banda el 53,84% dels pacients no aïllats haurien d'haver estat aïllats.

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

Jaime Barreiro-López; María Jimenez-Herrera; Esther León Castela; Miguel Ángel García Garrido; Eduard Argudo Serra; Iago Enjo Pérez. Sistema d'Emergències Mèdiques.

INTRODUCCIÓN: El personal de las ambulancias es variable, según su capacidad de resolución existen Unidades de Soporte Vital Básico y de Soporte Vital Avanzado USVA. Estas se dividen en SVA enfermero SVAe, SVA medicalizado SVAm y VIR Vehículo de Intervención Rápida. El modelo USVAe existe en muchos países europeos como Portugal, Francia, Holanda o Suecia. En España está viviendo una expansión.

OBJETIVO: Comparar la evolución de unidades SVAe y las SVAm/VIR de 2010 a 2015 y describir la evolución histórica.

MÉTODO: Estudio observacional descriptivo retrospectivo (2010-2015). USVA de los 5 SEM que disponían en 2015 de SVAe. 164 en 2010 y 183 en 2015. Se recogieron las variables de las memorias institucionales y se contacto con los diferentes SEM.

RESULTADOS: El Ratio SVAe: SVAm 2015 tiene un rango desde 1:1 Osakidetza hasta 1:6,5 SESCAM con una media de 1 SVAe por cada 3,2 SVAm. El crecimiento de 2010 a 2015 respecto al total de USVA: SVAe 5%, SVAm -13,5%, VIR +9%. Crecimiento es ese periodo respecto a total de cada tipo de unidad: SVAe 33%, SVAm -9%, VIR 533%. Evolución histórica de las SVAe desde la inicio del modelo han crecido desde un 140% Osakidetza hasta un 1250% en el SEM, con una media del 360%. 3 de los 5 SEM han incorporado estas USVAe entre el 1998 y el 2008.

CONCLUSIONES: La incorporación de SVAe dentro de las USVA de los SEM en España ha experimentado un crecimiento en número de unidades, en proporción respecto a las USVAm y en comunidades con este modelo. Esto supone un reto para la profesión enfermera que deberá adaptar la legislación y la formación para dar respuesta a esta demanda de especialización en enfermería prehospitalaria.

PACIENTES QUE CONSULTEN A URGENCIAS PER UNA CAIGUDA: MAGNITUD DEL PROBLEMA I POSSIBILITATS DE MILLORA.

Sira Aguiló Mir, Veronica Rico Caballero, Gemma Martínez Nadal, Xavier Alemany. Hospital Clínic de Barcelona, Servei d'Urgències.

INTRODUCCIO: Les caigudes en gent gran són un problema de salut per prevalença i conseqüències que se'n deriven.

OBJECTIU: Analitzar la prevalença de consultes per caigudes en pacients de més de 65 anys que consulten un Servei d'Urgències hospitalari, les característiques i actuació que es fa. S'avalua el procés diagnòstic i terapèutic i si es podria fer algun tipus d'actuació per modificar-ne el risc i la incidència.

MÈTODE: Estudi prospectiu, sense intervenció, d'inclusió consecutiva. Un dia per setmana, durant 6 mesos, s'inclouren els pacients >65 anys que consultaren per caiguda a Urgències d'un hospital de Barcelona, i que atorgaren consentiment. Es recolliren característiques de la caiguda, del pacient, procediments diagnòstics i terapèutics, diagnòstic i destí a l'alta, a partir de la historia informatitzada i de trucada telefònica.

RESULTATS: Consultaren a urgències 5513 pacients, 2039 de >65 anys, i 159 d'ells per caigudes (2,88 % del total i 7,79% dels >65 anys). 132 donaren consentiment informat. L'edat mitja és 82,5 (DE: 7,8) anys, i el 73% dones. Un 66,6% són caigudes a domicili, el 72,2%, arriben a urgències en ambulància, i el 92,4% són atesos inicialment a traumatologia. Existí fractura en un 25% i requerí cirurgia un 18,3%. Un 29% constava caiguda l'any anterior. Un 70% pren fàrmacs antihipertensius, un 44,8% benzodiazepines, un 33,6% antidepressius i un 18,4% anticoagulants. En l'entrevista posterior, el 39% expressa por a caure de nou, que genera limitació funcional i empitjorament de la qualitat de vida. Un 91,1% respon que no se'ls ha donat informació sobre caigudes i només un 13,4% (n=16) es modificà algun tractament associat al risc de caigudes.

CONCLUSIONS: Les caigudes suposen un problema de salut pública en gent gran.

Actualment, no existeix protocol validat en els serveis d'urgències per avaluar al pacient i no es fa cap tipus d'actuació específica.

ESTUDI COMPARATIU DE LES INTOXICACIONS EN PACIENTS DE MÉS I MENYS DE 65 ANYS.

August Supervía, María Dolores Aranda, Iván Gómez, Isabel Puente, María Pi-Figueras, Carlos Clemente. Servei d'Urgències. Hospital del Mar. Barcelona.

INTRODUCCIÓ: Les intoxicacions son un motiu freqüent de consulta als serveis d'urgències. La majoria son en joves però cada cop es veuen mes intoxicacions en pacients ancians.

OBJECTIU: Determinar les diferències en les característiques de les intoxicacions entre malats de mes i menys de 65 anys. Metodologia: Estudi retrospectiu de totes les intoxicacions ateses al servei d'Urgències del nostre centra durant els anys 2009-13. Es van recollir dades de filiació, intencionalitat, lloc i tipus de la intoxicació, forma d'arribada, destinació final i dades clíniques. Es van comparar les característiques de les intoxicacions entre malats de mes i menys de 65 anys.

RESULTATS: Es van recollir 2673 visites per intoxicacions agudes, de les que 2453 es van produir en pacients de menys de 65 anys i 220 en pacients d'edat igual o superior als 65 anys (8,2%). La edat mitjana del malats ancians fou de 78,9 (7,8) anys. Amb comparació amb els malats de menys de 65 anys, en el grup de pacients ancians hi havien mes dones (59,5% vs 36,3%; $p < 0,001$), menys percentatge de nascuts fora d'Espanya (2,7% vs 40%; $p < 0,001$) i son remesos més freqüentment en ambulància (88,2% vs 72,8%; $p < 0,001$). La majoria d'intoxicacions son accidentals (73,4% vs 23,7%; $p < 0,001$), majoritàriament per fàrmacs (63,9% vs 9%; $p < 0,001$), i solen produir-se a domicili (80,5% vs 35,2%; $p < 0,001$). Els malats ancians precisen tractament actiu amb mes freqüència (72,7% vs 51,9%; $p < 0,001$) i hi ha més percentatge d'utilització d'anexate (82,1% vs 47,5%; $p < 0,05$) i menys de naloxona (10,7% vs 44,3%; $p < 0,05$). Tanmateix, precisen ingrés hospitalari en més ocasions (19,8% vs 8,7%; $p < 0,001$).

CONCLUSIONS: Existeixen diferències importants en les característiques de les intoxicacions en pacients ancians respecta als malats joves. La majoria es produeixen a domicili, son sobre tot per fàrmacs i precisen tractament i ingrés amb mes freqüència.

CANVIS EN LES CARACTERÍSTIQUES DE LES INTOXICACIONS EN PACIENTS NASCUTS FORA D'ESPANYA.

August Supervía, Oriol Pallàs, Mònica Marín¹, Francisco del Baño, Isabel Puente, Carlos Clemente. Servei d'Urgències. Hospital del Mar. Barcelona.

INTRODUCCIÓ: Les intoxicacions em malats nascuts fora d'Espanya son freqüents. Es probable que les característiques canviïn en el temps.

OBJECTIU: Determinar les diferències en les característiques de les intoxicacions en pacients nascuts fora d'Espanya en dos períodes de temps. Metodologia: Estudi retrospectiu de les intoxicacions ateses a un servei d'Urgències hospitalari en pacients nascuts fora d'Espanya des de Gener de 2009 fins Juny de 2014. Dades recollides: filiació, intencionalitat, lloc i tipus d'intoxicació, forma d'arribada, destinació final i dades clíniques. Es van comparar les característiques de les intoxicacions entre els períodes 2009-11 i 2012-14.

RESULTATS: Es van recollir 3693 visites per intoxicacions agudes, 1389 (37,6%) en pacients nascuts fora d'Espanya (37,1% en el primer període i 38,2% en el segon). La comparació entre períodes va mostrar una disminució en el percentatge d'homes (66,8%vs60,7%; $p = 0.018$). La iniciativa per mitjans propis (21,8%vs26,1%) i derivats des d'un CAP (0vs3,8%) va augmentar, disminuint els traslladats pel SEM (72,7%vs64,1%) ($p < 0,001$). La intencionalitat suïcida va disminuir (15%vs11%) i la recreativa va augmentar (74,7%vs78,2%) ($p = 0,035$). Hi havia més pacients amb antecedents psiquiàtrics (23,7%vs36,4%; $p < 0,001$), i van augmentar les intoxicacions enòliques (70,9%vs75,7%; $p = 0,047$) i per drogues d'abús (28%vs34,8%; $p = 0,006$), entre les que destaquen les intoxicacions per MDMA ($p = 0,001$) i

amfetamines ($p < 0,001$). El percentatge d'intoxicacions per fàrmacs roman estable, si bé s'observa un augment en les intoxicacions per antidepressius ($p = 0,001$). Hi ha més malats que precisen tractament (41,4%vs49,2%; $p = 0,05$) i contenció mecànica (9,3%vs15%; $p = 0,003$), sense existir canvis significatius en l'ús d'antídots i de carbó actiu. L'emissió de comunicats judicials és baixa en els dos períodes (28%vs29,9%).

CONCLUSIONS: En el segon període s'observa una disminució d'homes, havent augmentat les intoxicacions recreatives, sobre tot per MDMA i amfetamines. Han augmentat els pacients amb agitació que requereixen contenció mecànica. L'emissió de comunicats judicials és baixa.

PACIENTS FUGATS D'URGÈNCIES, CARACTERÍSTIQUES.

A. Antolín Santaliestra, S. Jiménez Hernández, E. García, M. Asenjo, E. Bragulat i Baur, M. Sánchez Sánchez. Hospital Clínic Barcelona.

INTRODUCCIÓ: L'índex de pacients fugats d'urgències, percentatge dels pacients que marxen sense valoració mèdica respecte al total que consulten, s'ha utilitzat com a indicador indirecte de qualitat objectiva. No existeix un estàndard globalment acceptat. **OBJECTIU:** Monitoritzar l'índex de pacients fugats i avaluar les seves característiques, conèixer si tornaven abans de 72 hores i la seva destinació.

METODOLOGIA: Estudi observacional, descriptiu, retrospectiu, sobre activitat assistencial en un servei d'urgències hospitalari. Es va revisar l'activitat període gener-agost 2015 i es van incloure tots els pacients que després del triatge van marxar sense visita. Es va analitzar edat, sexe, dia, hora i forma d'arribada, nivell triatge, temps estada i hora alta. Es va revisar si van tornar abans de 72 hores.

RESULTATS: L'activitat global va augmentar el 6%, amb 2.923 pacients fugats, un 4,7% v/s 3,8% del 2014. Els fugats eren majoritàriament homes (índex 5,0% v/s 4,5%), tenien entre 15-44 anys (64%, índex 7,1%), havien acudit pels seus propis mitjans (87%), preferentment en dilluns (21%) i a la franja horària de 13-21 hores, en triatge es van

assignar al nivell 3 (48%, índex fugats 4%), tot i que els nivells amb taxa de fugats més elevada van ser els nivells 4 (7,1%) i 5 (8,5%). Van romandre en urgències una mitjana de 102 minuts, l'hora de l'alta es va concentrar entre 16-21 hores. Finalment, es van detectar 337 pacients (11,5%) que van tornar abans de 72 hores, 29 van requerir ingrés.

CONCLUSIÓ: El pacient que marxa d'urgències abans de ser visitat sol ser home, relativament jove, acudeix preferentment en horari de tarda, els dilluns, pels seus propis mitjans i roman prop de 2 hores esperant ser atès. Malgrat que habitualment la seva patologia és menor, un de cada deu va tornar abans de 72 hores i fins i tot alguns van requerir ingrés.

CAL QUE LA SoCMUE RECOMANI LA IMPLEMENTACIÓ D'UNITATS DE CURTA ESTADA D'URGÈNCIES PER A PAL·LIAR LA SATURACIÓ DELS SERVEIS D'URGÈNCIES HOSPITALARIS?

Carles Ferré; Ferran Llopis; Javier Jacob; Javier Martín; Antoni Juan. Servei d'Urgències i Unitat de Curta Estada, Hospital Universitari de Bellvitge.

INTRODUCCIÓ: la saturació dels Serveis d'Urgències Hospitalaris (SUH) és un problema generalitzat, multidimensional i d'abordatge complex. Recentment, la societat americana d'Urgències (American College of Emergency Physicians) ha recomanat la implementació d'Unitats de Curta Estada per a pal·liar aquesta situació.

OBJECTIU: descriure l'activitat de les Unitats de Curta Estada d'Urgències (UCEU) i valorar la seva utilitat per millorar la saturació dels SUH.

MÈTODE: estudi transversal basat en una enquesta sobre estructura, activitat i gestió clínica del subgrup d'UCE dependents del SUH de l'estudi REGICE (Registro de Unidades de Corta Estancia).

RESULTATS: del total d'UCE del REGICE s'han inclòs en l'estudi 23 UCEU amb 14 llits de mitjana (rang 5-30) i una ratio metge/llits d'1:6 (rang 1:2-1:10). D'acord amb l'activitat registrada el 2011 s'han fet 25.568 ingressos que representaven del 6 al

16,3% del conjunt d'ingressos procedents dels SUH. L'edat mitjana dels malalts era de $67,2 \pm 9,8$ anys i els diagnòstics més freqüents la insuficiència cardíaca aguda, l'exacerbació de la malaltia pulmonar obstructiva crònica i les infeccions del tracte urinari i respiratòries (GRD 127, 088, 321 i 541 respectivament). L'estada mitjana ha estat de $2,6 \pm 1,1$ dies (rang 1,2-5,3), la mortalitat no esperada del 0,59% (rang 0-2,68) i la taxa de reingrés als 30 dies del 6,7% (rang 0-14,6).

CONCLUSIONS: 1. En termes relatius la implantació de les UCEU és baixa. 2. Les UCEU són eficaces i segures d'acord amb l'estada mitjana global i per diagnòstics, la taxa de reingrés i la mortalitat. 3. D'acord amb el seu volum d'activitat, absolut i relatiu, les UCEU es mostren com una eina útil per millorar els problemes de saturació dels SUH. 4. Caldria fer estudis per valorar de forma precisa l'impacte de les UCEU. 5. Si des de la SoCMUE s'aborda el tema de la saturació dels SUH caldria recomanar l'establiment d'UCEU.

INCIDÈNCIA I MANIFESTACIONS CLÍNIQUES DE LA INFECCIÓ PER CITOMEGALOVIRUS EN EL PACIENT VIH.

Escoda O, Camón S, Sánchez C, Romero M, Saubí N, Perelló R. Servei Urgències. Hospital Clínic.

INTRODUCCIÓ: la infecció per citomegalovirus (CMV) en els pacients VIH s'ha reduït després de la introducció del TAR. El maneig d'aquests pacients, i les tècniques per detecció del CMV han millorat progressivament. Es desconeix si la incidència i les manifestacions clíniques de la infecció per CMV han canviat al llarg del temps.

MÈTODE: estudi retrospectiu entre 2005 i 2015 de pacients amb VIH simptomàtics, que acudiren al nostre Servei d'Urgències, i se'ls diagnosticà infecció per CMV. Es van recollir variables epidemiològiques, clíniques i de laboratori. Es van avaluar la incidència i les manifestacions clíniques.

RESULTATS: es van identificar 56 casos d'infecció per CMV entre 7155 adults infectats per VIH que

van contribuir amb 32184 pacients-any de seguiment durant el període d'estudi (incidència global 1.74 casos per 1000 pacients-anys). La incidència va augmentar significativament entre el període 2005-2010 (0,6 casos per 1000 pacients-anys) i el període 2011-2015 (1,7 casos per 1000 pacients-any) ($P < 0.001$). Quaranta quatre (79%) eren homes, amb una mitjana d'edat de 43 anys i 109 CD4 cel/ μ l. Al diagnòstic d'infecció per CMV, 20 desconeixien que estaven infectats per VIH i 22 ho sabien però no rebien TAR. Entre els pacients amb TAR (14), 9 pacients van presentar infecció per CMV en els primers 6 mesos del tractament. Les manifestacions clíniques més freqüents van ser les sistèmiques 24 (43%), seguides de les respiratòries ($n=17$, 30%), digestives ($n=8$, 14%), i neurològiques ($n=4$, 7%); cap pacient va ser diagnosticat de corioretinitis. El CMV va ser l'únic agent patògen en 7 (13%) pacients, mentre que es va detectar conjuntament *P. jirovecii* en 21 pacients. La mortalitat fou del 18%.

CONCLUSIONS: la incidència d'infecció per CMV es superior a la descrita en la literatura prèvia. Les manifestacions clíniques es diferencien en part de les descrites clàssicament, però segueixen essent potencialment mortals.

CARACTERÍSTIQUES CLÍNIQUES DELS PACIENTS AMB SOSPITA D'EMBOLISME PULMONAR EN EL SERVEI D'URGÈNCIES D'UN HOSPITAL TERCIARI. AVALUACIÓ DE LES DIFERÈNCIES EN ELS PACIENTS ANCIANS.

Laura Lozano; Mireia Puig; Montse Serés; Iván Agra; Héctor Hernández; Salvador Benito. Hospital de Sant Pau.

INTRODUCCIÓ: l'embolisme pulmonar (EP) té una presentació clínica variable i inespecífica i de difícil diagnòstic. El nostre Servei d'Urgències (SU) ha desenvolupat estratègies d'abordatge per l'atenció als ancians.

OBJECTIU: analitzar les característiques de la població de pacients amb sospita d'EP i del subgrup d'ancians.

MÈTODE: estudi retrospectiu, tots els pacients > 18 anys, estables, amb sospita d'EP durant 2012

del SU d'un Hospital Terciari. Seguiment a 6 mesos.

RESULTATS: inclosos 779 pacients, edat mitjana = 69,2 anys $\pm$ 17,6 (rang 18-97), 51.7% dones. El 65,5% eren >65 anys, el 49,9% >75 anys, el 19,9% >85 anys i el 5,8% >90 anys. El símptoma més freqüent fou la dispnea sobtada (58,2%), especialment en el grup de més edat (65 anys, 63,7%; >85 anys, 68,4%; >90 anys, 71,1%). El dolor pleurític (17,5%), era freqüent en el grup 65 anys), disminuïa amb l'increment d'edat (6,5% >90 anys). La síndrome confusional fou símptoma inicial en 4-5% de >65 anys. L'auscultació respiratòria normal fou molt freqüent en 65 anys). La taquipnea (27,3%) apareixia en 13,7% de 65 anys. En les exploracions complementàries, la radiografia de tòrax mostrava signes d'IC en 3,1% de 65 anys i fins a 41,2% en >90 anys. Un 15,1% rebien sintrom/heparina (3,1%, 65 anys). Es van diagnosticar 65 EP (8,3%; >65 anys). El diagnòstic alternatiu més freqüent fou dolor toràcic atípic/mecànic en el grup 65 anys. La mortalitat fou 5,9% (alta hospital), 9,2% (30 dies) i 15,8% (6 mesos) però es van observar diferències en subgrups d'edat (65 anys: 6,9%, 11%, 19,4% respectivament), augmentant la mortalitat en els grups de més edat.

CONCLUSIONS: els pacients ancians suposen un 65.5% de sospites d'EP avaluades al SU. Sovint presenten patologies associades que dificulten diagnòstic/tractament. Els símptomes més freqüents, les troballes radiològiques, el tipus de diagnòstics alternatius a l'EP i la mortalitat a (alta, 30 dies i 6 mesos) mostren diferències importants respecte del grup d'edat més jove.

RENDIMENT DIAGNÒSTIC D'UNA TÈCNICA AUTOMÀTICA PER DESCARTAR INFECCIÓ D'ORINA EN PACIENTS AMB AQUESTA SOSPITA A URGÈNCIES.

Gemma Lladós; Neus Robert; Gema Fernández-Rivas; Isidre Casacuberta; Pere Tudela; Josep Mòdol. Servei d'Urgències. H. Germans Trias i Pujol.

INTRODUCCIÓ: els mètodes diagnòstics d'infecció del tracte urinari (ITU) dels pacients que consulten

a urgències tenen importants limitacions. La detecció de nitrits, l'esterasa leucocitària o la tinció de Gram tenen una baixa sensibilitat. El sediment d'orina es una tècnica poc específica, no estandarditzada i sotmesa a important variabilitat en el processament i en l'observador.

OBJECTIU: avaluar el rendiment diagnòstic d'una tècnica automàtica de citometria de flux en la sospita de ITU a Urgències.

MÈTODE: estudi prospectiu de pacients adults amb sospita d'ITU que consulten a Urgències d'un Hospital Terciari durant el novembre de 2015. Les mostres d'orina es van processar mitjançant el UF1000i que utilitza citometria de flux i quantifica leucocitúria i bacteriúria en 5'. Es recullen dades demogràfiques, recompte leucocitari i bacteriològic, tinció de Gram, urocultiu i diagnòstic definitiu. Es calculen sensibilitat (S), especificitat (E), valor predictiu positiu (VPP) i valor predictiu negatiu (VPN).

RESULTATS: s'inclouen 605 pacients, 53,2% dones, mediana d'edat 69 anys (18-100). Obtenció de mostres: micció espontània (88,6%) i sondatge vesical (11,1%). Diagnòstic definitiu d'ITU en 28,3%. -Leucocitúria >40/ μ L (n=236): S 90,1%, E 81,1%, VPP 65,3%, VPN 95,4%. -Bacteriúria >1000/ μ L (n=171): S 83,0%, E 93,3%, VPP 83%, VPN 93,3%. -Leucocitúria >40/ μ L ó Bacteriúria >1000/ μ L (n=261): S 95,9%, E 77,1%, VPP 62,8%, VPN 98%. -Tinció de gram amb bacils gram negatius (n=116): S 64,9%, E 92,4%, VPP 95,7%, VPN 50,4%

CONCLUSIONS: la determinació combinada de leucocitària <40 i bacteriúria <1000 mitjançant citometria de flux permet descartar de forma raonable la ITU al 57% dels pacients amb aquesta sospita a urgències en 5'. -En l'altra meitat de pacients cal seguir practicant la tinció de Gram, que a més permet un tractament antibiòtic dirigit.

ADHESIÓ AL NOU CODI A URGÈNCIES: PLA PILOT DEL CODI SÈPSIA.

Gemma Rocamora; Neus Robert; Carolina El Duque; Jaime J. Orozco; Anna Carreras; Josep M^a Mòdol. Servei d'Urgències, Hospital Germans Trias i Pujol.

INTRODUCCIÓ: la Sèpsia Greu (SG) té una prevalença estimada al nostre medi de 212,7/100.000habitants/any i una mortalitat del 21%. Al 2015 es va iniciar la prova pilot "Codi Sèpsia Greu" (CSG) amb l'objectiu de millorar la supervivència mitjançant la identificació precoç dels pacients i un maneig acurat i acotat en el temps similar als d'altres codis.

OBJECTIU: valorar l'adhesió a urgències d'un CSG durant la prova pilot.

MÈTODE: estudi prospectiu incloent els pacients que acudeixen a Urgències amb activació del Codi Sèpsia durant el període de maig-octubre del 2015 en un hospital terciari amb una àrea d'influència de 800.000habitants.

RESULTATS: es van preactivar 79 pacients dels quals 9 es van desactivar. Dels 70 pacients restants l'edat mitja fou de 68anys ($DE \pm 17$) amb un 57% d'homes. Un 79% de les activacions es van realitzar en dies laborables i un 21% al torn de nit. El temps mig des d'arribada fins l'activació va ser de 36minuts. En 61,5% dels pacients es va produir hipotensió amb TAs $< 90\text{mmHg}$. El lactat basal fou $3,44\text{mg/dL}$ de mitjana ($DE \pm 2,32$). Durant la primera hora es van realitzar hemocultius en 95% dels pacients i administrar l'antibiòtic en 76,9%. Pel que fa als objectius del codi la reposició hídrica va ser adequada en 54,5% dels pacients amb diüresis a les 6h correctes en el 73,8% i TAM recuperada en 49,2%. Van requerir noradrenalina un 23,2%, amb ingrés a UCI 13% i mortalitat als 30 dies del 4,3%.

CONCLUSIONS: s'activen menys CSG que la incidència estimada, especialment en festius i torn de nit. Els primers passos del CSG (presa de mostres microbiològiques i administració d'antibiòtic) es compleixen de forma adequada però el seguiment (lactat de control, comprovació de la TAM i la diüresis) perd adhesió.

HEMOCULTIUS POSITIUS EN PACIENTS DONATS D'ALTA AL SERVEI D'URGÈNCIES.

Judit López Escuin; Sandra Bacca Camacho; Marta Molina Moya; Francisco Casaramona Lobera; Manuel Daza López. Hospital de Mataró.

INTRODUCCIÓ: Hi ha pacients donats d'alta als serveis d'urgències en que, es detecten hemocultius positius. No es coneix massa bé quina és l'evolució d'aquests pacients. Segons els pocs estudis que hi ha, mostren la importància en la realització dels hemocultius i en la baixa rentabilitat per la sobreestimació en al sospita de bacterièmia.

OBJECTIU: descriure les principals característiques clíniques, etiològiques i evolutives de dits pacients. Metodologia: estudi observacional i prospectiu durant dos anys (2014 i 2015) dels pacients donats d'alta del servei d'urgències amb hemocultius positius.

RESULTATS: es realitzen 542 hemocultius positius, 71 van ser donats d'alta a domicili. Destaquem: 66,2% eren dones i el 76% dels pacients tenien comorbiditats (HTA en 45,1%, DM 22,5% i neoplàsia activa 14,1%); motiu de consulta més freqüent és la febre amb focus 48%; focus més freqüent urinari 53% i respiratori 21%; un 54% amb una temperatura major de 38°C i una freqüència cardíaca entre 100-120bpm; analíticament destaca neutrofilia 69%, una PCR elevada 83% i leucocitosi 43%; el 61% presentaven hiperglicèmia. El 80% van ser donats d'alta a domicili amb antibiòtic (cefuroxima 50% i amoxicil·lina-à. clavulànic 35.5%). Microorganisme aïllat més freqüent 75% E. coli. Localització via telefònica 65%, dels quals 62% van reconsultar a UCIES i van ingressar el 38% amb una mitjana de 7,4 dies d'ingrés; el 37% dels hemocultius van positivitzar a les 24 hores; el 66% no van rebre canvi terapèutic; cap ingrés a la UCI; el 91% no va presentar complicacions i cap va ser èxitus.

CONCLUSIONS: les bacterièmies més freqüents són d'origen urinari per E. coli, què amb l'antibiòtic ambulatori es resolen i amb bona evolució clínica. També destaca una elevació de la PCR i una neutrofilia. La majoria dels pacients van ser donats d'alta amb el tractament antibiòtic adequat segons antibiograma i pocs d'ells van fer ingrés hospitalari.

FACTORS PREDICTORS DE MAL PRONÒSTIC EN PACIENTS ATEsos AL SERVEI D'URGÈNCIES HOSPITALARIS PER FIBRIL·LACIÓ AURICULAR. VALOR PRONÒSTIC DE LA TROPONINA

I. Ferran Seguí Fernández; Ana García Martínez; Blanca Coll-Vinent; Carolina Fuenzalida. Estudiant de medicina de la Universitat de Barcelona- Campus Clínic.

INTRODUCCIÓ: la fibril·lació auricular (FA) representa el 3-4% de les consultes als serveis d'urgències hospitalaris (SUH). Les troponines podrien tenir significat pronòstic en aquests pacients.

OBJECTIU: determinar si els pacients que consulten al SUH per FA i tenen troponines elevades pateixen més esdeveniments adversos (EA) (diagnòstic de cardiopatia isquèmica, re-consultes a urgències, re-ingressos o mort) als 30 dies de la visita.

MÈTODE: estudi prospectiu de pacients atesos al SUH per FA. Es recullen variables sociodemogràfiques, antecedents, dades clíniques relacionades amb l'episodi actual, i seguiment telefònic als 30 dies junt amb revisió de la història clínica.

RESULTATS: 54 pacients (68 ± 15 anys), dels quals 11% tenien CI i 25 (46.3%) FA prèvia, la meitat d'ells paroxística. Acudien per palpitations 20 (37%), dolor toràcic 10 (18,5%), dispnea 9 (16,7%) i/o altres 15 (27,8%). Van sol·licitar-se troponines a 27 pacients (50%) i van ser positives ($TnI \geq 0,05 \text{ ng/mL}$) en 10 (37%) amb pic màxim $0,305 \text{ ng/mL}$ de mediana ($Q1 = 0,0798$, $Q3 = 1,212$). Nou pacients (16,7%) van ingressar i la resta van ser donats d'alta rere 10,2h ($Q1 = 5$; $Q3 = 25,1$). Els pacients amb troponines positives van estar més temps a urgències però no van ingressar més. Es va fer el diagnòstic de FA paroxística en 27 pacients, persistent en 6 i permanent en 20. En aquests grups, van re-consultar el 29,6%, 16,6% i 20% respectivament. El 69% de les re-consultes van ser degudes a recaiguda en FA o mal control de la freqüència cardíaca. Els valors de troponines no van tenir relació amb cap EA.

CONCLUSIONS: un de cada quatre pacients visitats per FA al SUH re-consulten al primer mes, essent el motiu més freqüent la recaiguda en FA. Les troponines no s'han relacionat amb l'aparició d'EA a curt termini però no podem descartar la seva utilitat a més llarg termini i amb més pacients.

Headlines del Congrés SoCMUE Mataró 2016

Síndrome Serotoninèrgica: Diagnòstics diferencials amb d'altres síndromes amb elevació de la temperatura

Dra. Lidia Garcia. Servei d'Urgències. Parc Taulí Sabadell. Hospital Universitari. SoCMUE-Tox

- 1) La Síndrome Serotoninèrgica (SS) es defineix com un conjunt de símptomes i signes, potencialment letals, associats a un increment de l'activitat serotoninèrgica a nivell del sistema nerviós central.
- 2) Es tracta d'una síndrome infradiagnosticada; tot i que l'augment de les prescripcions de fàrmacs associats a la SS objectivat en els darrers anys, fa pensar que la seva incidència està en augment.
- 3) Els criteris diagnòstics de Hunter són més sensibles (84% vs 75%) i més específics (97% vs 96%) que els criteris de Sternbach; i tenen el clonus com a signe clau per establir el diagnòstic.
- 4) La tríada de presentació de la SS és l'alteració de l'estat mental, la hiperactivitat autonòmica i les alteracions neuromusculars.
- 5) Clàssicament, el diagnòstic diferencial de la SS s'ha fet amb la Síndrome Neurolèptica Maligne (SNM), la Síndrome Anticolinèrgica (SAC) i la Hipertèrmia Maligne; totes elles caracteritzades per un augment de la temperatura corporal que no respon a antitèrmics convencionals.
- 6) Una anamnesis detallada i una exploració física minuciosa són essencials per arribar al diagnòstic, ja que no es disposa de cap exploració complementària que el confirmi.
- 7) La SS s'acompanya d'una hiperactivitat muscular (tremolor, mioclònies, hiperreflexia, clonus...) no present a la SNM (rigidesa amb hiporreflexia).
- 8) La midriasi es característica tant de la SS com de la SAC, però la primera s'acompanya de diaforesis i la segona de sequedat i envermelliment de la pell.
- 9) La Hipertèrmia Maligne s'associa a anestèsics halogenats i relaxants musculars, i l'aparició dels símptomes post-exposició és molt més ràpida que en la SS, la SNM y la SAC.

Síndrome simpaticomimètica: una manifestació molt prevalent en les urgències associades al consum de drogues d'abús.

Dra. M Luisa Iglesias. Servei d'Urgències. Parc Taulí Sabadell. Hospital Universitari

- 1) **Produït:** per estimulants i drogues del carrer [alcaloides d'efedrina, amfetamines, cocaïna, MDMA, sals de bany (mefedrona, MDPV, metilona,...)]
- 2) **Fisiopatologia i toxicocinètica:**
 - * Estimulació directa alfa/beta dels receptors adrenèrgics i alliberació de noradrenalina i dopamina.
 - * Símptomes: a les 2 hores postexposició i complicacions a les 6 hores.
 - * Administració: totes les vies (oral, inhalada, fumada, sublingual, rectal, vapeada, intramuscular, endovenosa, ...)
- 3) **Proves complementàries:** anàlítica bàsica, CK i troponines (cocaïna), equilibri àcid-base, Rx de tòrax (si sospita de broncoaspiració), TAC de crani (si focalitat neurològica) i ECG (isquèmia/arritmies). La determinació a sang/orina és de poca utilitat.
- 4) **Símptomes/signes adrenèrgics típics:**
 - * Letals: broncoespasme, hipertèrmia, convulsions, HTA extrema, arítmies/isquèmia miocàrdica, AVC/HC, dissecció aneurisma, isquèmia mesentèrica.
 - * No letals: midriasi, taquicàrdia, diaforesi, agitació/combativitat, psicosi/paranoia, deliri/alucinacions, bruxisme (amfetamines/sals de bany)
- 5) **Tractament:** gestió de la via aèria, monitorització continua, control de la hipoglicèmia, frenar la hiperactivitat simpaticomimètica i el control de l'agitació amb benzodiazepines (evitar les contencions), control de la hipertèrmia, tractar els símptomes i signes.
 - * **RECORDAR:** els pacients físicament continguts amb agitació simpaticomimètica associada a hipertèrmia, tenen un risc significatiu més alt de mort sobtada.

Implicació d'infermeria en l'èxit del Codi Sèpsia.

Sra. Mònica Alapont. Servei d'Urgències. Hospital de Mataró

1. La sèpsia greu i el xoc sèptic tenen un gran impacte en un servei d'urgències, amb un alt índex de mortalitat. Detectar-la i tractar-la a temps i de manera eficaç, pot millorar substancialment el pronòstic del malalt sèptic.
2. Majoritàriament infermeria és qui te el primer contacte amb el malalt sèptic, des de triatge, i per tant és un dels actors principals implicats en l'activació del codi sèpsia.
3. S'adapta el full d'infermeria d'urgències seguint les línies marcades per les guies especialistes en sèpsia.
4. Es recullen de manera senzilla i metòdica les línies a seguir pel tractament i maneig de la sèpsia:
 - detecció precoç: mitjançant l'algoritme
 - la ressuscitació hemodinàmica guiada per objectius: reposició de la volèmia, oxigenoteràpia i monitorització del lactat com a biomarcador de perfusió tissular
 - control del focus: administració d'antibiòtic durant de la primera hora de la detecció.
 - S'estableix com a valor pronòstic l'escala SOFA.

La sèpsia greu com a procés assistencial transversal. Implantació del Codi Sèpsia.

Dr. Juan Carlos Yébenes. Servei de Medicina Intensiva. Hospital de Mataró

La sèpsia és una síndrome induïda per un procés infecció que provoca disfunció orgànica aguda o aguditzada a partir d'una disregulació en la resposta immunitària. Les sèpsies que cursen amb hipotensió, lactacidèmia o que requereixen drogues vasoactives per mantenir la perfusió tissular s'anomenen xoc sèptic (Singer 2016). Estudis observacionals mostren que la precocitat i l'adequació en el maneig de la sèpsia pot implicar una reducció relativa d'un 30% a un 20% en la mortalitat (Rhodes 2015). Però, per altre banda, els recursos (humans o tecnològics) necessaris pel diagnòstic, maneig del focus sèptic i suport al fracàs d'òrgans poden no estar disponibles a tots els centres que atenen malalts aguts, el que requereix d'estratègies per la "cooperació interhospitalària".

Amb el fi de consensuar els criteris clínics i

funcionals pel maneig dels malalts amb sèpsia a Catalunya es va constituir la Comissió Assessora per l'Atenció al Pacient Amb Sèpsia (CAAPAS), conformada per 7 societats científiques catalanes representatives dels àmbits de Intensius (Societat Catalana de Medicina Intensiva i Crítica, SOCMIC), Urgències (Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències, SoCMUE), Medicina Interna (Societat Catalanoblear de Medicina Interna, SCMI), Cirurgia (Societat Catalana de Cirurgia), Infeccioses (Societat Catalana de Malalties Infeccioses i Microbiologia Clínica, SCMLiMC), Medicina Familiar i Comunitària (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, CAMFIC) i Pediatria (Societat Catalana de Pediatria), avalades per les seves juntes de govern, amb la col·laboració del SEM (Servei d'Emergències Mèdiques, encarregats de l'atenció extrahospitalària emergent i del trasllat interhospitalari dels pacients crítics) i amb representació del CatSalut. Les recomanacions de la CAAPAS per l'atenció al pacient amb sèpsia greu s'han assumit pel CatSalut per estructurar el CODI SEPSIA, publicat com instrucció operativa per tots els hospitals del sistema públic català.

L'objectiu general del Codi sèpsia és facilitar la detecció precoç i atenció inicial als pacients amb sèpsia en format codi de risc vital, entès com maneig seqüencial temps depenent amb coordinació interhospitalària.

Els Objectius específics són:

- Sensibilitzar i formar al personal assistencial en la detecció i el maneig de la sèpsia.
- Validar els elements per la detecció precoç dels pacients amb sèpsia.
- Estandarditzar el maneig inicial (ressuscitació), identificant criteris de severitat i mala evolució.
- Validar els criteris i circuits que estructurin la coordinació interhospitalària a fi d'ubicar el pacient al nivell assistencial adient.
- Fer seguiment i avaluació de l'activitat realitzada per millorar el procés i el resultat.

Realitat assistencial d'Urgències. Evolució del tractament per objectius del Codi Sèpsia.

Dra. Dolors Garcia. Servei d'Urgències. Fundació Althaia. Manresa.

- L'augment del coneixement científic de la fisiopatologia de la sèpsia, dona més rellevància a la **biopatologia de la resposta de l'hoste i a la disfunció de l'òrgan relacionat.**

Per tant, la classificació i definició de la sèpsia que es manté des del 1992 basada en la documentació o sospita d'infecció i el compliment mínim de 2 criteris dels 4 de la SIRS, malgrat ser força sensible, pot induir a una mala utilització clínica i epidemiològica (SEPSIES -3).

- En referència a aquest canvi de paradigma, es posa èmfasi en l'avaluació de la fallida d'òrgan amb l'escala SOFA igual o superior a 2.

- Tres estudis claus; The Process, Arise i ProMISE, que comparen l'efecte de la reanimació protocol·litzada a les 6 hores basada en l'estudi de Rivers i comparada en la pràctica clínica sense protocol establert, no evidencien diferències estadísticament significatives en quant a la mortalitat als 60 dies.

- Intervenció terapèutica individualitzada.

1. Administració d'antibiòteràpia adequada abans d'una hora valorant el tipus de pacient que atenem, el possible patògen i les seves resistències així com l'òrgan afecte.

2. Serumteràpia adequada i no sempre intensiva, valorant l'inici precoç de l'administració de noradrenalina. Les solucions balancejades es posicionen com la millor opció per ser les més fisiològiques i interfereixen menys en la reanimació guiada per marcadors.

- Monitoratge de paràmetres hemodinàmics actualitzats:

1. TAM > de 65 mmHg necessitem més estudis per valorar TAM òptima en pacients hipertensos crònics.

2. Aclariment de lactat < 3 mmol/L (minut 0 i a les 6 Hores). Es posiciona com a biomarcador de mal pronòstic i de mortalitat, així com de disfunció orgànica. Quan més alt és el lactat, més òrgans afectes.

3. L'aclariment del lactat i l'ecografia de vena cava inferior són les eines bàsiques per la valoració de necessitat/resposta a líquids. Substitueix la medicació de PVC en els Serveis d'Urgències.

4. Diuresi ≥ 0.5 ml/Kg/h

5. Sat O₂ $\geq 93\%$

Aprenen els nostres alumnes? Com?

Sra. Lorena Molina. Escola Superior de Ciències de la Salut. Tecnocampus, Mataró

Les polítiques universitàries tenen en compte cada vegada més els conceptes de qualitat, innovació, emprenedoria, de l'ensenyament basat en

l'aprenentatge,... però sobre tot, la clau és que els docents incorporin noves formes d'ensenyament orientades al desenvolupament d'habilitats i competències del seu alumnat.

La docència està en un procés de transformació i la transmissió de continguts és una estratègia més que la finalitat. L'objectiu és que l'alumne aprengui, per tant, les metodologies que s'han d'utilitzar no poden ser de pura transmissió de coneixements sinó que han de ser metodologies participatives utilitzades tant dintre com fora de l'aula.

Per portar a terme aquest aprenentatge hem de tenir present:

1) Els docents han d'incorporar noves formes d'ensenyament orientades al desenvolupament d'habilitats i competències del seu alumnat.

2) Els alumnes que tenim a l'aula són del Segle XXI, ells són els protagonistes del seu aprenentatge, construeixen el seu propi coneixement.

3) La docència està en un procés de transformació i la transmissió de continguts és una estratègia més que la finalitat.

4) L'objectiu és que l'alumne aprengui, per tant, han de ser metodologies participatives, interactives, motivadores, basades en problemes, simulació, investigació,... utilitzades tant dintre com fora de l'aula.

5) L'aprenentatge basat en problemes és una metodologia en la que el docent planteja un problema obert sense continguts previs i els alumnes busquen la informació treballant en equip. Es fomenta l'aprenentatge col·laboratiu.

6) Ús del debat competitiu a l'aula, l'art de persuadir, on conflueix la raó, la credibilitat i l'emoció en la defensa argumentada d'un posicionament de l'equip davant un fet.

7) La "gamificació", aprendre jugant, una realitat a les aules.

8) Ús de noves tecnologies i aplicacions per dinamitzar a l'aula amb feedback immediat.

9) La simulació, una metodologia imprescindible en l'aprenentatge per situar a l'alumne en una situació molt pròxima a la realitat, recreant entorns similars a les situacions que es trobaran a la vida real. Ajuda a assolir competències no tècniques dintre d'una cultura de seguretat del pacient afavorint al treball en equip, el lideratge i la comunicació eficaç.

10) Punts clau: mantenir l'interès dels alumnes, compartir experiències, sorprendre, divertir i gaudir.

De quins nous fàrmacs disposem pel tractament de la diabetis mellitus?

Dr. Artur Juan. Servei d'Urgències. Hospital de Calella. Grip de Treball SoCMUE-Diabetis.

Els nous fàrmacs de que disposem són:

Hipoglucemiants no insulínics:

- Fàrmacs amb efecte Incretina.
- Inhibidors de la DPP4.
- Agonistes del GLP1.
- Glucosúrics: inhibidors de l'enzim co-transportador de Sodi-Glucosa tipus 2 renal (iGLT2).

Noves Insulines basals:

- Glargina E300.
- Degludec.
- Lispro-Pegilada.
- Biosimilar de Glargina.

El que ens aporten els nous fàrmacs és:

Hipoglucemiants no insulínics:

- Seguretat (per menor incidència d'hipoglucèmies) i milloria cardiovascular (cada vegada mes demostrada en alguns fàrmacs)

Noves Insulines basals:

- Efecte hipoglucemiant més estable i perllongat
- Seguretat (per menor incidència d'hipoglucèmies)
- Flexibilitat

1. Professional Practice Committee for the Standards of Medical Care in Diabetes 2016. Diabetes Care 2016; 39 (Suppl.1): S107–S108.
2. Ascaso JF. Diabetes mellitus tipo 2, nuevos tratamientos. Med Clin (Barc). 2014; 143 (3): 117-123.
2. Dailey G, Lavernia F. A review of the safety and efficacy data for insulin glargine 300 units/ml, a new formulation of insulin glargine. Diabetes Obes Metab. 2015; 17 (12): 1107-1114.
3. Las nuevas insulinas. Bioequivalentes. Gimeno JA. Diabetes Practica. 2015; 6 (1): 1-48.

Quina és la utilitat de la creació d'una xarxa d'antídots?

Dra. Edurne Fernández de Gamarra. Servei de Farmàcia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

- 1) Adequar i homogeneïtzar la dotació d'antídots.
- 2) Millorar la comunicació entre centres.
- 3) Agilitzar els préstecs en cas necessari.
- 4) Treballar en "xarxa" per millorar l'atenció dels pacients intoxicats.

1. Thanacoody RH, Aldridge G, Laing W, Dargan PI, Nash S, Thompson JP et al. National audit of antidote stocking in acute hospitals in the UK. Emerg Med J 2012.

doi:10.1136/emermed-2012-201224.

2. Fountain JS, Sly B, Holt A, MacDonell S. Availability of antidotes, antivenoms, and antitoxins in New Zealand hospital pharmacies. <http://www.nzma.org.nz/journal/read-the-journal/all-issues/2010-2019/2015/vol-128-no-1411/6477>

És adequat suturar amb pegaments a urgències?

Dr. Gabriel Buendía. Servei d'Urgències. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

És adequat suturar amb pegaments pels següents motius:

- 1) Menor temps quirúrgic: anestesia, temps de cirurgia.
- 2) Menor cost en medicació: analgèsics, relaxants, anestèsics.
- 3) Menor cost en fungibles: gases i sutures, material de sutura, esterilització.
- 4) Menor morbiditat pel pacient
- 5) Menor risc d'infecció
- 6) Menor temps d'hospitalització.

1. Dumville JC, Coulthard P, Worthington HV, Riley P, Patel N, Darcey J, et al. Tissue adhesives for closure of surgical incisions. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Nov 28;11:CD004287. doi: 10.1002/14651858.CD004287.pub4. Review. PMID: 25431843

2. Edlich RF, Gubler K, Stevens HS, Wallis AG, Clark JJ, Dahlstrom JJ, et al. Scientific basis for the selection of surgical staples and tissue adhesives for closure of skin wounds. J Environ Pathol Toxicol Oncol. 2010; 29 (4): 327-37.

Quines novetats aporten les noves guies de RCP?

Dr. Xavier Escalada. Sistema d'Emergències Mèdiques



1. Monsieurs KG, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 1. Executive Summary. Resuscitation (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.038>
2. Nichol G, Leroux B, Wang H, Callaway CW, Sopko G, Weisfeldt M et al. Trial of Continuous or Interrupted Chest Compressions during CPR. N Engl J Med. 2015; 373 (23): 2203-14.
3. Hopkins CL, Burk C, Moser S, Meersman J, Baldwin C, Youngquist ST et al. Implementation of pit crew approach and cardiopulmonary resuscitation metrics for out-of-hospital cardiac arrest improves patient survival and neurological outcome. J Am Heart Assoc. 2016; 5:e002892 doi: 10.1161/JAHA.115.002892

Què hem de saber de la disúria a Urgències?

Dra. Gema Fernández. Servei de Microbiologia Clínica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

1. Desmitificar el “ $>10^5$ ufc/mL” com infecció de tracte urinari (ITU).
2. No sempre es relaciona amb ITU.
3. És important realitzar una història clínica completa per descartar infecció de transmissió sexual (ITS).
4. Existeixen signes i símptomes que poden donar-nos la pista.
5. En homes l'orina és una molt bona mostra per diagnosticar una ITS.
6. En dones l'orina és una bona mostra, encara que es recomana un exudat endocervical.
7. Posar en l'esquema diagnòstic, les ITS com causa de disúria.

1. Wilbanks MD, Galbraith JW, Geisler WM. Dysuria in the Emergency Department: Missed Diagnosis of Chlamydia trachomatis. West J Emerg Med. 2014; 15 (2): 227-230.
2. Michels TC, Sands JE. Dysuria: Evaluation and Differential Diagnosis in Adults. Am Fam Physician. 2015; 92 (9): 778-86.

Embarassos no controlats.

Dra. Montserrat Serra. Servei de Ginecologia i Obstetrícia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

- 1) Pitjors resultats perinatals : majors taxes de prematuritat i de mortalitat.
- 2) No queda clar l'impacte en la morbiditat materna en els països industrialitzats: manquen estudis que ho avaluin.
- 3) Impacte en la mortalitat materna en situacions de risc.
- 4) Dones amb perfil social característic tenen més

risc de no controlar la gestació (podem intentar educació sanitària).

Malalties re-emergents. Immigració i grups antivacunació.

Dr. Carlos Rodrigo. Servei de Pediatria. Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona. Unitat Docent Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. Universitat Autònoma de Barcelona

1) La inmigración ha supuesto importantes cambios en las características de las Urgencias pediátricas:

- enfermedades nuevas o con presentación diferente (cisticercosis, dengue, zika, chagas, tuberculosis extrapulmonar, etc)
- dificultades de entendimiento idiomáticas y culturales
- condiciones socio-sanitarias deficientes

2) Las vacunas constituyen uno de los pilares básicos de la medicina occidental, pero su propio éxito ha condicionado un olvido de las enfermedades que evitan.

3) La relación beneficio/riesgo de las vacunas actualmente comercializadas es extraordinariamente favorable.

4) Los padres que rechazan vacunar a sus hijos suelen ser personas desinformadas: habitualmente son personas preocupadas por el bienestar de sus hijos que han sido engañadas por mentiras de falsos expertos.

Consideracions del pacient oncològic amb febre a Urgències.

Dra. Laia Llobera. Unitat d'Hospitalització d'Oncologia. ICO Badalona

1) La febre és la causa més freqüent de consulta a Urgències del pacient amb càncer. Les infeccions són la principal causa de morbiditat i mortalitat en pacients amb neoplàsia.

2) La febre neutropènica és una complicació freqüent i greu dels pacients amb tractament amb quimioteràpia. Té una mortalitat del 10% i a més empitjora el pronòstic de la neoplàsia (retard cicles i disminució de dosis citostàtics).

3) Es tracta d'una entitat molt heterogènia, pel que cal estratificar els pacients segons el risc de patir complicacions. Entenem com pacient de **baix risc** aquell que presenta una febre neutropènica d'aparició ambulatoria, hemodinàmicament estable i sense evidència de fracàs multiorgànic ni comorbiditat susceptible de descompensar-se i MASCC > 21.

4) Els biomarcadors (com per exemple la procalcitonina) poden ser una eina complementària en l'estratificació dels pacients.

5) La mussitis és un factor de risc important, que a més ens condiciona la possibilitat de fer tractament oral en aquells pacients amb febre neutropènica de baix risc.

6) El tractament de la febre neutropènica s'ha d'ajustar a focus clínic i la història microbiològica del pacient i de les resistències a antibiòtics del centre.

7) En el tractament empíric de la febre neutropènica d'alt risc, no sempre cal utilitzar biteràpia (no ha demostrat augment de la supervivència). Cal afegir biteràpia (aminoglicòsid o glucopèptid) en cas de xoc sèptic, fracàs multiorgànic o infecció greu.

Noves estratègies d'accés venós: PICC.

Sra. Rosa Comabella. UCEU, ICO. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

1) El catèter central d'inserció perifèrica (PICC) permet l'administració de tractaments ambulatoris, vesicans, irritants amb risc de flebitis o extravasació i tractaments prolongats.

2) EL PICC és una alternativa a la col·locació del Port-a-Cath i que a més, permet calcular la Pressió Venosa Central.

3) La col·locació del PICC guiada per ecografia incideix en la disminució de les flebitis mecàniques i la conseqüent retirada dels catèters.

4) La col·locació del PICC mitjançant la tècnica de Seldinger modificada, per part del personal d'infermeria, permet disposar d'una via central de forma ràpida sense la necessitat de recurs quirúrgic.

5) La nova tècnica Seldinger modificada guiada

per ecografia, amb registre electrocardiogràfic, permet la comprovació immediata de la col·locació del PICC en la vena cava superior/aurícula dreta), i s'evita el control radiogràfic.

6) S'han creat diferents Equips de Teràpia Intravenosa (ETI) multidisciplinaris experts en la col·locació d'aquests dispositius. Diferents mitjans de comunicació se'n fan ressò.

TERÀPIA ANTITROMBÒTICA I ANTIAGREGANT: DEIXEM LES COSES CLARES.

Antiagregants, ens hem d'adaptar a totes les possibilitats

Xavier López-Altimiras. Servei d'Urgències. Hospital de Mollet.

Data recepció: 29.12.2016 Data acceptació: 12.1.2017

Mail: x.lopez@hospitalmollet.cat

Forma de citació: López-Altimiras X. *Teràpia antitrombòtica i antiagregant: deixem les coses clares. Antiagregants, ens hem d'adaptar a totes les possibilitats.* ReMUE.c@t 2017;4(1):74-79

Un dels pilars fonamentals del tractament de la síndrome coronària aguda (SCA) és el tractament antitrombòtic, i més específicament el tractament antiagregant. En els darreres anys s'han produït novetats importants en relació a aquest tractament antiagregant, amb aparició de nous fàrmacs. Les indicacions d'aquets, ja no tant nous, antiagregants han estat sovint envoltades de polèmica i confusió, al coincidir les recomanacions de ús basades en les dades dels estudis pivotals que els han validat, amb recomanacions que també contempen la problemàtica econòmica que suposadament pot implicar la generalització del seu ús. També s'ha de tenir en consideració que la major potència d'aquests fàrmacs implica un major risc hemorràgic en pacients que acostumen a rebre tractament doble antiagregant i descoagulant en la fase aguda.

Es pretén en el present article fer un repàs a les actuals indicacions basades en l'evidència disponible i les recomanacions de les guies internacionals, en especial de la Societat Europea de Cardiologia (ERC) que ha fet seves la "Sociedad Española de Cardiología". També es pretén donar indicacions clares del ús dels antiagregants en les diferents situacions clíniques de la SCA i considerant el risc isquèmic i de sagnat dels pacients.

Fent un breu repàs històric, ja fa 30 anys que es va evidenciar que afegir àcid acetil salicílic (AAS) al tractament dels pacients amb angina inestable^{1,2} reduïa de manera significativa la incidència de infart de miocardi (IAM) recurrent o de mort. Cal però, tenir present que l'AAS, malgrat que produeix un bloqueig irreversible de la agregació plaquetar, sols actua sobre una de les dues vies de

l'activació d'aquesta agregació, la del Tromboxano A₂, queda sense bloquejar la via del ADP (Fig 1).

L'any 2001 es van publicar els resultats de l'estudi CURE³, que va demostrar que si s'afegia un nou antiagregant de la família de les tienopiridines, clopidogrel, que inhibeix l'activació de l'agregació per la via del ADP, als pacients amb diagnòstic d'angina inestable, es reduïen de manera significativa els nous episodis de mort d'origen cardiovascular, nous IAM o nous accidents vasculars cerebrals (AVC). L'estudi va incloure pacients amb SCASEST de risc: depressió del ST o elevació de marcadors de dany miocàrdic, mes de 60 anys i amb AP de cardiopatia isquèmica. La reducció de la incidència de l'objectiu principal de l'estudi va ser del 11,4% al 9,3%.

De tota manera aquesta reducció dels nous esdeveniments cardiovasculars també es va acompanyar d'un augment del risc hemorràgic dels pacients, del 9,3% al 11,4% d'hemorràgies majors. Per cada 1000 pacients tractats es van evitar 21 morts cardiovasculars, IAM o AVC, amb un cost de 7 pacients que van requerir transfusió i tendència a patir hemorràgia amb risc vital en 4 pacients.

De tota manera, a mesura que s'ha anat adquirint experiència en l'ús de clopidogrel, i tenint en compte que precisa de un doble pas metabòlic per generar el component actiu del fàrmac, s'han posat en evidència dos problemes en relació amb la seva acció en la SCA. Donat el seu metabolisme és un fàrmac lent en aconseguir l'efecte antiagregant, de manera que estudis recents evidencien que després de la càrrega de 600 mgr. de clopidogrel en IAMST fins un 80% de pacients no estan antiagregats als 90-120 minuts. També s'estima que hi ha entre un 20 a 30% de pacients

no responedors a clopidogrel.

Vistes les limitacions de clopidogrel en el maneig de la SCA, tan en la fase aguda com en el tractament de manteniment, es van desenvolupar nous fàrmacs. L'estudi TRITON-TIMI⁴ va valorar l'eficàcia de prasugrel, nou fàrmac també de la família de les tienopiridines, amb una activitat antigregant i més ràpida i constant que clopidogrel.

L'estudi va comparar pacients tractats amb AAS més clopidogrel amb pacients tractats amb AAS més prasugrel, sotmesos a angioplàstia primària (ICP) o post cateterisme en pacients amb SCASEST de risc alt o moderat, aproximadament una quarta part dels pacients tenien una síndrome coronària aguda amb elevació del ST (SCAEST). El grup de prasugrel va rebre el fàrmac des del moment en què, un cop fet el cateterisme, s'identificava lesió tributària de ICP, fins 1 hora després de sortir del laboratori d'hemodinàmica. L'objectiu primari del estudi va ser al mateix dels altres estudis, mort cardiovascular, IAM no fatal o AVC. Es va constatar una reducció de 11.2 % amb Clopidogrel vs 9.3 % amb Prasugrel ($p=0,002$), degut bàsicament a la reducció del risc de nou IAM (9,2 vs 7,1% $p<0,001$). També hi va haver una reducció significativa de la taxa de trombosi del stent, del 2.4% a 1.1%.

Es va constatar un augment significatiu d'hemorràgies majors, 1,8% vs 2,4%, i també un augment d'hemorràgies amb risc vital del 0,9 al 1,4% ($p=0,01$) i augment de les hemorràgies fatals (0,1 a 0,4%, $p=0,002$).

Es pacients de més de 75 anys i menys de 60 kg de pes no van obtenir benefici, i els pacients diabètics sembla que van obtenir un major benefici amb prasugrel.

El problema que es planteja és que el disseny del estudi no validava l'ús de prasugrel en SCASEST abans de realitzar cateterisme i ICP.

El següent fàrmac que es va validar va ser ticagrelor, de la família de les ciclopentiltriaazolopirimidines. L'estudi que el comparà amb clopidogrel va ser l'estudi PLATO⁵. L'estudi va comparar pacients amb SCASEST (tan per maneig agressiu o conservador) com pacients amb SCAEST tractats amb angioplàstia primària. Clopidogrel 300 mg inicials seguits de 75 mg/dia o ticagrelor 180 mg inicials seguits de 90 mg/12 h. L'objectiu primari va ser el mateix que els previs, i

en quan als resultats es va constatar una reducció del 11.7% en els pacients tractats amb Clopidogrel vs el 9,8 % en el grup de Ticagrelor ($p<0,001$).

Es va evidenciar una reducció de mort de causa cardiovascular del 5,1% al 4% ($p=0,001$). Reducció de nous IAM del 6,9% al 5,8% ($p=0,005$). Reducció del 30% de la mortalitat en els pacients amb maneig no invasiu. No hi va haver reducció significativa de nous AVC.

També es constata reducció significativa de la taxa de trombosi de stent, del 1,9 al 1,3% ($p<0,01$)

La reducció global de la mortalitat va ser del 5,9% al 4,5%.

Donades les peculiaritats de l'estudi TRITON-TIMI, que no validava al prasugrel per al seu ús inicial (abans del cateterisme) en la SCASEST, es va plantejar un nou estudi, l'estudi ACCOAST⁶, que va reclutar 4033 pacients amb SCASEST i troponina positiva, als que es practicà cateterisme entre les 2 i 48 h inicials, aleatoritzats a rebre dosi de prasugrel de 30 mg previ a l'angioplàstia o placebo en el grup control. Si estava indicat l'intervencionisme es donaven 30 mg addicionals de prasugrel als pre-tractats i 60 mg al grup control.

L'objectiu primari d'eficàcia va ser la mort de causa cardio vascular, infart de miocardi o accident vascular cerebral, revascularització urgent o teràpia de rescat amb inhibidors IIb IIIa en els 7 dies següents.

En quan als resultats no hi va haver diferències en l'objectiu primari entre els dos grups de pacients, però els Índex de seguretat, mesurats en risc de sagnats segons escala TIMI, augmentaren un 1.90 %, IC 95% (1.19 a 3.02, $p=0.006$) en pacients sotmesos a cirurgia de revascularització en els següents 7 dies. Els Índex d'hemorràgia greu en pacients no sotmesos a cirurgia augmentaren per 3 i per 6 en els següents 7 dies. Els resultats es confirmaren als 30 dies

Per tant el pretractament amb prasugrel en els pacients amb SCASEST, en els que es planifica cateterisme preferent, no millora l'índex d'esdeveniments isquèmics fins a 30 dies i, pel contrari, augmenta el risc de complicacions hemorràgiques greus.

Vistos els resultats dels diferents estudis, i seguin les recomanacions de les darreres guies de la

SEC^{7,8}, les recomanacions actuals pel maneig de la SCA en referència al tractament antiagregant serien les següents:

SCAEST

AAS SEMPRES. Dosi de càrrega 250 mg.

- Seguir amb 100 mg / dia

Prasugrel: Contraindicat abans del cateterisme

- Després del cateterisme dosi de càrrega de 60 mg i seguir 10 mg / dia
- Contraindicat en antecedents d'ictus isquèmic i AVC hemorràgic
- No recomanat en majors de 75 anys i en pacients de menys de 60 kg
- No validat en pacients que hagin rebut clopidogrel prèviament
- 1 ANY DE DOBLE TRACTAMENT AMB AAS

Ticagrelor:

- Validat com tractament inicial
- Dosi de càrrega de 180 mg. Seguir amb 90 mg / 12h
- Es pot donar en pacients que hagin rebut clopidogrel prèviament. Es recomana donar igualment dosi de càrrega
- Contraindicat en antecedents d'AVC hemorràgic. Es pot donar en pacients amb antecedents d'ictus isquèmic
- Atenció pacients amb disfunció node sinusal
- Atenció pacients MPOC o Asma
- Bons resultats en pacients majors de 75 anys
- Bons resultats en insuficiència renal. No validat en pacients en diàlisi
- 1 ANY DE DOBLE TRACTAMENT AMB AAS

SCAEST-Codi IAM

AAS SEMPRES. Dosi de càrrega 250 mg.

- Seguir amb 100 mg / dia

Prasugrel: Es pot donar previ a cateterisme en Codi IAM

- Dosi de càrrega de 60 mg i seguir 10 mg / dia
- Contraindicat en antecedents de ictus isquèmic i AVC hemorràgic
- No recomanat en majors de 75 anys i en pacients de menys de 60 kg
- No validat en pacients que hagin rebut clopidogrel prèviament
- 1 ANY DE DOBLE TRACTAMENT AMB AAS

Ticagrelor:

- Validat com tractament inicial
- Dosi de càrrega de 180 mg. Seguir amb 90 mg / 12h
- Es pot donar en pacients que hagin rebut clopidogrel prèviament
- Contraindicat en antecedents AVC hemorràgic. Es pot donar en pacients amb antecedents d'ictus isquèmic
- Atenció pacients amb disfunció node sinusal
- Atenció pacients MPOC o Asma
- Bons resultats en pacients majors de 75 anys
- Bons resultats en insuficiència renal. No validat en pacients en diàlisi
- 1 ANY DE DOBLE TRACTAMENT AMB AAS

Quin paper l'hi queda a clopidogrel?. Doncs molt important, a més dels casos de contraindicació específica a prasugrel i ticagrelor.

En primer lloc, en els pacients amb SCAEST en els que no es procedeix a intervencionisme directe, i es decideixi realitzar fibrinòlisi, cal fer doble antiagregació amb AAS i clopidogrel, i estan contraindicats prasugrel i ticagrelor.

A més, En els darrers anys les guies recomanen el càlcul del risc hemorràgic dels pacients amb SCA, i si el risc és elevat o molt elevat es recomana utilitzar clopidogrel i no prasugrel o ticagrelor. De les diferents taules per càlcul del risc hemorràgic probablement la més validada, i recomanada en SCA, és l'escala CRUSADE (Fig 2), que avalua el risc en cinc nivells, de molt baix a molt alt.

En aquells pacients que han patit una SCA, i que per tant han de continuar amb antiagregació, però que també segueixen tractament anticoagulant amb inhibidors de la vitamina K (warfarina, acenocumarol), o amb anticoagulants d'acció directa (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban), l'ús de prasugrel o ticagrelor està contraindicat conjuntament amb al tractament anticoagulant, i per tant el doble tractament s'ha de fer amb clopidogrel. Hi ha en les Guies recomanacions específiques respecte a la combinació i durada de l'antiagregació en pacients descoagulats i que han patit una SCA, tan si s'ha realitzat ICP com si no⁷.

Es recomana el càlcul del risc hemorràgic amb una escala específica per a pacients que precisin tractament anticoagulant, la més utilitzada és

l'escala HAS-BLED (Fig.3). Si s'ha realitzat ICP durant l'epidiosi de SCA, i el risc de sagnat del pacient és baix o moderat, es recomana mantenir el tractament anticoagulant i doble antiagregació amb AAS i clopidogrel 6 mesos, i continuar els següents 6 mesos, fins completar 1 any, amb el tractament anticoagulant i un antiagregant, AAS o clopidogrel. En pacients en que el risc hemorràgic sigui alt, es recomana valorar fer un mes amb doble tractament antiagregant amb AAS i clopidogrel, més el tractament anticoagulant, i continuar fins completar un any amb el tractament anticoagulant i un antiagregant, AAS o clopidogrel.

En cas de que no s'hagi realitzat ICP es recomana un any amb un antiagregant, AAS o clopidogrel, juntament amb el tractament anticoagulant habitual del pacient. Aquestes recomanacions estan resumides en la Fig.4, extreta de les guies de la ESC.

Hi ha diferents criteris en la utilització de ticagrelor o prasugrel en els pacients amb SCA de baix risc. En les darreres Guies europees i americanes^{7,9} per maneig de la SCA es recomana la utilització de escales per definir el nivell de risc de mort i/o nous esdeveniments. L'escala més reconeguda i recomanada és l'escala GRACE (Fig. 5), que estima el risc de mort o nous esdeveniments cardiovasculars en els següents 6 mesos, en raó de la puntuació obtinguda s'estima un risc baix (menys de 109 punys), mig (de 109 a 140 punts) i alt (més de 140 punts).

També l'escala TIMI (Fig. 6) està validada, és de càlcul més senzill, i hi ha autors que la consideren més adequada per a la valoració inicial, ja que avalua el risc de nous esdeveniments i/o mortalitat en els següents 15 dies després de patir una SCA. Hi ha autors que defensen que en els pacients de baix risc isquèmic, segons les escales, es prioritzaria l'ús de clopidogrel en lloc de ticagrelor o prasugrel. De tota manera cal tenir present que hi ha els considerats criteris de alt risc primari, que inclouen els canvis evolutius en el ECG i l'alteració significativa de marcadors de d'any miocàrdic, que sovint es donen en els pacients que tractem com a SCASEST en els serveis de urgències. D'altra banda un Codi IAM sembla clar que, per definició, és un pacient de alt risc en el seu maneig inicial.

Actualment les recomanacions per us dels antiagregants en els pacients amb SCA cada cop

més es basen en el càlcul conjunt del risc de l'esdeveniment agut i en el càlcul del risc hemorràgic dels pacients.

Sembla clar que els pacients amb alt risc hemorràgic i baix risc isquèmic serien tributaris de us de clopidogrel, i els pacients amb alt risc isquèmic i baix risc hemorràgic es beneficiarien de l'ús de ticagrelor o prasugrel. En la resta de situacions cal fer un balanç individualitzat de cada pacient, valorant els nivells de risc hemorràgic, i ser prudents en els casos amb risc elevat o molt elevat, en especial si els risc isquèmic no és molt alt. Vistos els resultats dels estudis pivotals de validació dels nous antiagregants és clar que la major eficàcia antiagregant s'acompanya de un major risc d'hemorràgia greu.

En tot cas, un cop passada la fase aguda, en els controls i seguiment dels pacients per part dels seus cardiólegs, es pot revalorar el tractament antiagregant i escalar o desescalar segons es cregui oportú. No s'ha d'oblidar que tot SCA implica doble tractament antiagregant durant un any, independentment de si s'ha realitzat ICP.

Bibliografia

1. Theroux P et al. Aspirin, heparin, or both to treat acute unstable angina. *N Engl J Med.* 1988;319:1105-11.
2. Cairns JA et al. Aspirin, sulfapyrazone, or both in unstable angina. Results of a Canadian multicenter trial. *N Engl J Med.* 1985;313:1369-75.
3. Wiviott SD, Eugene Braunwald E, McCabe CH, Montalescot G, Ruzyllo W, Gottlieb S, et al. Prasugrel versus Clopidogrel in Patients with Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med* 2007; 357:2001-2015.
4. Wiviott SD, Braunwald E, McCabe CH, Montalescot G, Ruzyllo W, Gottlieb S et al. Prasugrel versus Clopidogrel in Patients with Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med* 2007; 357:2001-2015.
5. Wallentin L, Becker RC, Budaj A, Christopher P. Cannon CP, Emanuelsson H, et al. Ticagrelor versus Clopidogrel in Patients with Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med* 2009; 361:1045-1057.

6. Montalescot G, Bolognese L, Dudek D, Goldstein P, Hamm Ch, Tanguay JF et al. Pretreatment with Prasugrel in Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes. N Engl J Med 2013; 369:999-1010.

7. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2015;68(12):1125.e1-e64.

DOL:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.11.001>.

8. Grupo de Trabajo para el manejo del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2013;66(1):53.e1-e46

DOL:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.10.014>

9. Ezra A, Nanette K, Brindis RG, Casey DE, Ganitas TG, Colmes DR et al. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2014 Dec 23;64(24):e139-228

Fig. 1. Nivells actuació antitrombòtics

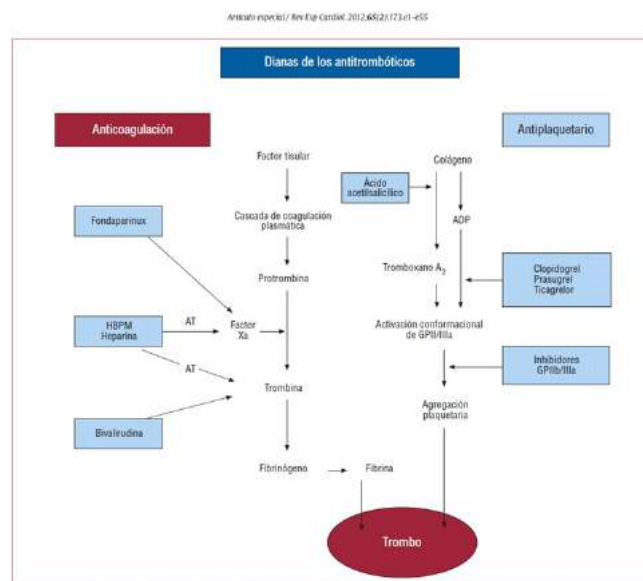


Fig. 2. Escala CRUSADE

Paràmetre	Punts		
Hematòcrit (%)		Aclarament creatinina (ml/min)	
< 31	9	< 15	39
31-33.9	7	15-30	35
34-36.9	3	30-60	28
37-39.9	2	60-90	17
> 40	0	90-120	7
		> 120	0
Freq. Cardíaca		Pressió arterial sistòlica	
< 70	0	< 90	10
71-80	1	91-100	8
81-90	3	101-120	5
91-100	6	121-180	1
101-110	8	181-200	3
111-120	10	> 201	5
> 121	11		
Sexe		Insuficiència cardíaca al ingrés	
Home	0	No	0
Dona	8	Si	7
		Malaltia arterial perifèrica	
		No	0
		Si	7

Risc molt baix ≤ 20
Risc baix 21-30
Risc moderat 31-40
Risc alt 41-50
Risc molt alt > 50

Fig. 3. Escala HAS-BLED per càlcul risc de sagnat pacients en FA

Factors	Puntuació
Hipertensió	1
Alteració funció renal o hepàtica	1 o 2
Ictus (Stroke)	1
Sagnat (Bleeding)	1
Controls de INR inestables (Labil)	1
Edat avançada (Elderly)	1
Fàrmacs o alcohol (Drugs)	1 o 2
Puntuació = 3 risc elevat	

Fig. 4. Recomanacions tractament antiagregant post SCA en pacients en tractament anticoagulant

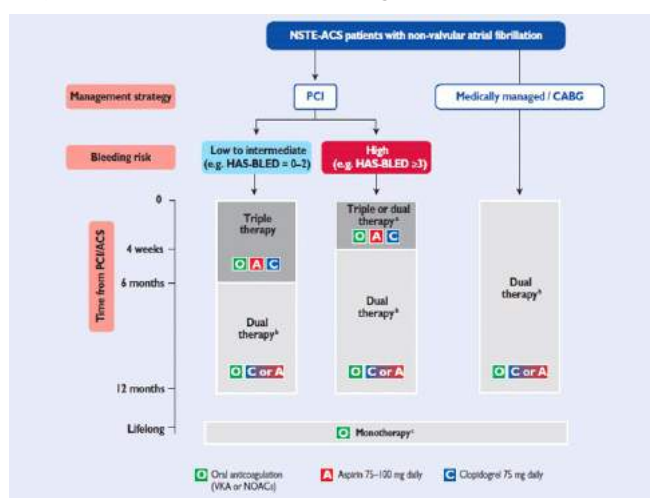


Fig. 5. ESCALA GRACE

Antecedentes		Hallazgos al ingreso		Hallazgos durante el ingreso	
① Edad (años)	Puntos	④ FC al ingreso (lat/min)	Puntos	⑦ Creatinina sérica al ingreso (mg/dl)	Puntos
≤ 29	0	≤ 49,9	0	0-0,39	1
30-39	0	50-59,9	3	0,4-0,79	3
40-49	18	60-69,9	9	0,8-1,19	5
50-59	36	70-79,9	14	1,2-1,59	7
60-69	55	80-89,9	23	1,6-1,99	9
70-79	73	90-99,9	35	2-3,99	15
80-89	91	100-109,9	43	≥ 4	20
≥ 90	100	110-119,9			
② Antecedentes de fallo cardíaco	24	120-129,9	14	⑧ Elevación de enzimas o marcadores	15
③ Antecedentes de IAM	12	140-159,9	10	⑨ Sin revascularización percutánea	14
		160-199,9	4		
		≥ 200	0		
		⑥ Descenso del ST	11		

①	0,5
②	0,45
③	0,4
④	0,35
⑤	0,3
⑥	0,25
⑦	0,2
⑧	0,15
⑨	0,1
⑩	0,05
⑪	0

Score (suma de puntos) _____

Riesgo de muerte (según el gráfico) _____

Score de riesgo _____

Risc baix < 109

Risc moderat 109-140

Risc alt > 140

Fig. 6. ESCALA TIMI

VARIABLES (1 punt per cada variable)
1. Edat > 65 anys
2. Presència de, al menys, 3 factors de risc cardiovascular
3. Evidència de malaltia coronària prèvia
4. Ingesta de AAS els 7 dies previs
5. Presentar, al menys, 2 episodis anginosos els dies previs
6. Alteracions del segment ST
7. Elevació de marcadors de dany miocardiàc (CK MB o troponina)

Risc de complicacions (mortalitat total, IAM o isquèmia recurrent que precisa revascularització les següents dues setmanes).

1. **Risc baix** (3% de risc de mort o IAM i 5-8% de risc de mort, IAM o necessitat de revascularització urgent). Pacients **de 0 a 2 punts**.

2. **Risc moderat** (5-7% de risc de mort o IAM i 13-20% de risc de mort, IAM o necessitat de revascularització urgent). Pacients **de 3 a 4 punts**.

3. **Risc alt** (12-19% de risc de mort o IAM i 26-41% de risc de mort, IAM o necessitat de revascularització urgent). Pacients **de 5 a 7 punts**.

Actualització en el maneig de la infecció del sistema nerviós central a Urgències

Josep M^a Mòdol, Neus Robert, Adrià Steinherr

Unitat de Curta Estada, Servei d'Urgències, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Data recepció: 16.2.2017 Data acceptació: 16.3.2017

Mail: jmmodol@gmail.com

Forma de citació: Mòdol JM, Robert N, Steinherr A. *Actualització en el maneig de la infecció del sistema nerviós central a Urgències*. ReMUE.c@t 2017;4(1):80-83

Escapa a l'abast d'aquest modest escrit fer una actualització global del maneig de la infecció del sistema nerviós central (SNC) i tan sols pretén abordar els temes més controvertits o aquells en els que la pràctica clínica habitual a urgències no segueix les recomanacions de les guies.

Ens centrarem sobretot en la meningitis aguda encara que algunes recomanacions també poden ser vàlides per les meningitis cròniques, les encefalitis, les infeccions de derivacions del SNC o l'abscess cerebral, tots ells processos d'indubtable interès però menys prevalents a urgències. A més farem referència en tot moment als pacients adults.

Respecte a la força de les recomanacions i la qualitat de l'evidència en la que es recolzen, utilitzarem els nivells d'evidència habituals. En aquest punt val la pena esmentar que en el camp de les infeccions del SNC les recomanacions sovint no es solen basar en estudis prospectius, aleatoritzats i doble cec, i que sovint es recolzen en treballs en models animals.

En la present revisió en concret intentarem respondre a tres preguntes: Quan s'ha de fer una TC cranial abans de la punció lumbar davant la sospita d'una infecció del SNC?, Quan s'han d'administrar esteroides en les infeccions del SNC de l'adult? i Quines novetats tenim pel diagnòstic i tractament de la meningitis aguda bacteriana?.

Quan s'ha de fer una TC cranial abans de la punció lumbar davant la sospita d'una infecció del SNC?

La pràctica de la TC abans d'una punció lumbar té com objectiu fonamental evitar una complicació dramàtica però molt infreqüent, l'herniació cerebral. En un pacient amb una massa cerebral pot haver un gradient de pressió que desplaci de forma caudal el cervell i el tronc cerebral. Després

d'una punció lumbar es produeix un discret descens de la pressió secundari al volum de líquid cefaloraquídi (LCR) extret i al que s'escapa a través de la aracnoides, que pot augmentar aquest gradient i portar a l'herniació cerebral.

A diferència de la cefalea, bastant freqüent després d'una punció lumbar, o l'hematoma i la infecció, menys freqüents, el risc d'herniació és extremadament baix. S'estima que aquest risc és inferior al 1% en pacients amb evidència de papil·ledema i del 0,2-2% en pacients amb efecte massa a la TC cranial (1,2). A més, la TC cranial no és una bona eina per predir el risc d'herniació en els pacients amb meningitis doncs es descriuen pacients amb efecte massa que no presenten herniació després de la punció lumbar i en canvi poden presentar aquesta complicació d'altres sense cap alteració a la TC (3).

A més d'aquesta capacitat disminuïda de la TC per predir l'herniació, la meningitis aguda bacteriana és una patologia temps depenent on s'ha d'administrar l'antibiòtic durant la primera hora des de l'arribada del pacient a urgències, i en la que s'incrementa la mortalitat un 30% per cada hora de retard en l'inici d'aquest. De fet, la seqüència clàssica de practicar la TC, a continuació la punció lumbar i més tard iniciar el tractament antibiòtic incrementa el risc de mortalitat més de 5 vegades (4-6).

Cal doncs establir en quins pacients s'ha de practicar una TC abans de la punció lumbar. L'article més rellevant per donar llum en aquest punt és el publicat per Hasbun et al al 2001 (7). Es tracta d'un estudi prospectiu que va incloure 301 pacients amb sospita de meningitis per determinar quines característiques clíniques dels pacients podien ser utilitzades per identificar aquells amb una TC alterada.

El més remarcable és que estableix una sèrie

d'ítems en absència dels quals la probabilitat que un pacient presenti alteracions a la TC és molt baixa.

En base en aquest treball entre d'altres, les guies europea (8) i americana (4) estableixen els criteris per practicar una TC prèvia a la punció lumbar davant la sospita d'una meningitis aguda bacteriana (B-II) (Taula 1). En cas de no trobar-se cap d'ells present cal practicar la punció lumbar sense més demora i sense la pràctica de la TC prèviament. També és interessant remarcar que la sortida d'un líquid tòrbol obliga a l'inici immediat del tractament sense esperar als resultats de l'anàlisi del LCR, per en tot cas redefinir-lo un cop es disposi d'aquestes dades (Figura 1). En presència d'almenys un dels ítems cal fer la TC abans de la punció lumbar però en aquest cas haurem obtingut uns hemocultius i administrat la dexametasona i l'antibiòtic de forma immediata i previ a tot el procés diagnòstic.

Quan s'han d'administrar esteroides en les infeccions del SNC de l'adult?

Per respondre a aquesta pregunta s'han dissenyat múltiples estudis en els darrers anys, molts d'ells tenen els mateixos autors i no sempre els resultats han estat concordants. El que va donar el tret de sortida va ser un estudi holandès publicat l'any 2002 (9). Es tracta d'un estudi prospectiu, aleatoritzat, doble cec, que va comparar dexametasona i placebo en 301 pacients amb meningitis aguda bacteriana. La dexametasona s'administrava a dosis de 10mg/6h durant 4 dies i la primera dosi calia que es donés 15 minuts abans de l'inici de l'antibiòtic. Els resultats varen ser molt cridaners observant-se una disminució significativa de la mortalitat en el grup de pacients amb dexametasona (7% vs 15%, $p < 0,05$).

Per no allargar-nos de forma excessiva farem un salt en el temps fins la revisió sistemàtica que es fa l'any 2015 (10). Els estudis que inclou agrupen més de 4000 pacients i les conclusions fonamentals són que els esteroides disminueixen la mortalitat de la meningitis pneumocòccica, així com les seqüeles neurològiques i la hipoacúsia en el global de les meningitis.

Recentment s'ha publicat la guia de tractament de la meningitis de la Societat Europea de Malalties Infeccioses (8). En ella es recomana administrar 10mg cada 6h de dexametasona en tota sospita o confirmació de meningitis aguda bacteriana (A-I) i

continuar amb ella durant 4 dies només si es confirma l'etiologia pneumocòccica o per *Haemophilus* spp. Si bé és evident el benefici que els esteroides s'iniciïn abans de la primera dosi d'antibiòtic, com a novetat aquesta darrera versió de la guia permet l'inici de la dexametasona fins a 4h després de començar l'antibiòtic si no ha estat possible abans (A-I).

L'evidència respecte al benefici dels esteroides en la resta d'infeccions del SNC és força menor.

Recentment s'ha publicat un estudi que no mostra benefici pel que fa a la mortalitat quan aquests s'administren en la meningitis criptocòccica i a més s'associa a un increment dels efectes adversos en forma d'infeccions, insuficiència renal i complicacions cardiològiques (11).

Tan sols s'ha publicat un estudi retrospectiu que mostra una disminució de la mortalitat amb l'administració d'esteroides en l'encefalitis herpètica (12), el que no sembla suficient per a la seva recomanació.

L'altra entitat en la que hi ha consens en utilitzar la dexametasona és en la meningitis tuberculosa. Aquesta causa la mort o deixa seqüeles greus a més de la meitat de pacients que la pateixen. El treball més remarcable en aquest àmbit va mostrar una disminució de la mortalitat significativa en la branca dels esteroides, encara que el benefici semblava explicar-se més per la disminució de la toxicitat hepàtica del tractament tuberculostàtic, que permet seguir amb fàrmacs de primera línia, que no pas el seu paper a nivell del SNC (13).

En resum, i en resposta a la pregunta formulada, s'administrarà dexametasona en la confirmació de meningitis pneumocòccica o per *Haemophilus* o en cas de sospita d'aquestes i fins descartar-les, i en la meningitis tuberculosa.

Quines novetats tenim pel diagnòstic i tractament de la meningitis aguda bacteriana?

Pel que fa al diagnòstic, remarcar que la tríada clàssica de febre, rigidesa de clatell i alteració del nivell de consciència tan sols és present en el 44% dels pacients (8) i si ens centrem en la semiologia cal destacar la baixa sensibilitat de les maniobres clàssiques. El signes de Kernig i Brudzinski no arriben més enllà del 11% i 9% respectivament, i la rigidesa de clatell del 31% (14). En conseqüència, davant la sospita clínica, l'absència de semiologia no evita la pràctica de la punció lumbar per descartar aquesta entitat.

Respecte a les proves complementàries, s'haurà de practicar sempre un cultiu del LCR, que en absència d'antibiòtic previ té una sensibilitat del 85%, i uns hemocultius, que en l'etiologia pneumocòccica tenen fins el 75% de sensibilitat. Sempre que sigui possible s'haurà de fer una tinció de Gram urgent del LCR. Aquesta té una sensibilitat variable, des del 10-20% en el cas de *Listeria* fins el 90% en el cas del pneumococ, però una especificitat propera al 100% en mans expertes.

La detecció d'antígens bacterians ha perdut força en els darrers anys amb la proliferació de les tècniques de reacció en cadena de la polimerasa (PCR). Ambdues estarien indicades essencialment en pacients amb meningitis que han rebut antibiòtic previ i en els que no s'observen bacteris a la tinció de Gram, però a diferència de la detecció d'antígens, amb una sensibilitat variable del 7-100% (15), en les tècniques de PCR aquesta supera de forma uniforme el 90% (14).

La determinació de lactat a LCR s'ha mostrat superior a la xifra de leucòcits per distingir la meningitis bacteriana de l'assèptica en un metanàlisi que agrupa més de 1000 pacients (16). La proteïna C reactiva en sèrum mostra un alt valor predictiu negatiu en la meningitis aguda bacteriana (17). En el cas de la determinació de procalcitonina en sèrum, la sensibilitat per diferenciar la meningitis bacteriana de la viral és variable (60-100%). En una metanàlisi que inclou més de 2000 pacients publicat recentment es mostra una sensibilitat i una especificitat superiors al 95% i la superioritat de la seva determinació en plasma respecte al LCR (18).

Pel que fa al tractament no hi ha hagut grans novetats en els darrers anys i la pauta empírica preferida segueix sent l'associació d'una cefalosporina de tercera generació, preferiblement la cefotaxima pel seu més ampli rang terapèutic, associada o no a vancomicina en funció de les resistències locals a pneumococ. En els pacients majors de 50 anys i en els immunodeprimits caldrà associar ampicil·lina (8,19).

Així doncs, en resposta a la pregunta podem destacar que pel que fa al diagnòstic en els darrers anys hem constatat el baix rendiment de la semiologia clàssica, la gran utilitat de la tinció de Gram i en el cas de que aquesta no mostri bacteris i s'hagin administrat antibiòtics prèviament, la idoneïtat de les tècniques de PCR.

Referències bibliogràfiques

1. Zisfein J, Tuchman AJ. Risks of lumbar puncture in the presence of intracranial mass lesions. *Mt Sinai J Med*. 1988; 55 (4): 283-7.
2. Tattevin P, Bruneel F, Régnier B. Cranial CT before lumbar puncture in suspected meningitis. *N Engl J Med*. 2002; 346 (16): 1248-51.
3. Kastenbauer S, Winkler F, Pfister HW. Cranial CT before lumbar puncture in suspected meningitis. *N Engl J Med*. 2002; 346 (16): 1248-51.
4. Tunkel AR, Hartman BJ, Kaplan SL, Kaufman BA, Roos KL, Scheld WM, et al. Practice Guidelines for the Management of Bacterial Meningitis. *Clin Infect Dis*. 2004; 39 (9): 1267-1284.
5. Cohen J. Management of bacterial meningitis in adults. *BMJ*. 2003; 326 (7397): 996-7.
6. Proulx N, Fréchette D, Tøye B, Chan J, Kravcik S. Delays in the administration of antibiotics are associated with mortality from adult acute bacterial meningitis. *QJM*. 2005; 98 (4): 291-8.
7. Hasbun R, Abrahams J, Jekel J, Quagliarello VJ. Computed tomography of the head before lumbar puncture in adults with suspected meningitis. *N Engl J Med*. 2001; 345 (24): 1727-33.
8. van de Beek D, Cabellos C, Dzupova O, Esposito S, Klein M, Kloek AT et al. ESCMID guideline: diagnosis and treatment of acute bacterial meningitis. *Clin Microbiol Infect*. 2016; 22 (S3): S37-62.
9. de Gans J, van de Beek D. Dexamethasone in adults with bacterial meningitis. *New Engl J Med*. 2002; 347 (20): 1549-56.
10. Brouwer MC, McIntyre P, Prasad K, van de Beek D. Corticosteroids for acute bacterial meningitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; (9): CD004405. doi: 10.1002/14651858.CD004405.pub5.
11. Beardsley J, Wolbers M, Kibengo FM, Ggayi AB, Kamali A, Cuc NT, et al. Adjunctive Dexamethasone in HIV-Associated Cryptococcal Meningitis. *N Engl J Med*. 2016; 374 (6): 542-54.
12. Kamei S, Sekizawa T, Shiota H, Mizutani T, Itoyama Y, Takasu T, et al. Evaluation of combination therapy using aciclovir and corticosteroid in adult patients with herpes simplex virus encephalitis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005; 76 (11): 1544-9.
13. Thwaites GE, Nguyen DB, Nguyen HD, Hoang TQ, Do TT, Nguyen TC, et al. Dexamethasone for the treatment of tuberculous meningitis in

adolescents and adults. N Engl J Med. 2004; 351 (17): 1741-51.

14. Brouwer MC, Tunkel AR. Dilemmas in the diagnosis of acute community-acquired bacterial meningitis. Lancet. 2012; 380 (9854): 1684-92.

15. Brouwer MC, Tunkel AR, van de Beek D. Epidemiology, diagnosis, and antimicrobial treatment of acute bacterial meningitis. Clin Microbiol Rev. 2010; 23 (3): 467-92.

16. Huy NT, Thao NT, Diep DT, Kikuchi M, Zamora J, Hirayama K. Cerebrospinal fluid lactate concentration to distinguish bacterial from aseptic meningitis: a systemic review and meta-analysis. Crit Care. 2010; 14 (6): R240. doi: 10.1186/cc9395.

17. Dubos F, Korczowski B, Aygun DA, Martinot A, Prat C, Galetto-Lacour A, et al. Serum procalcitonin level and other biological markers to distinguish between bacterial and aseptic meningitis in children: a European multicenter case cohort study. Arch Pediatr Adolesc Med. 2008; 162 (12): 1157-63.

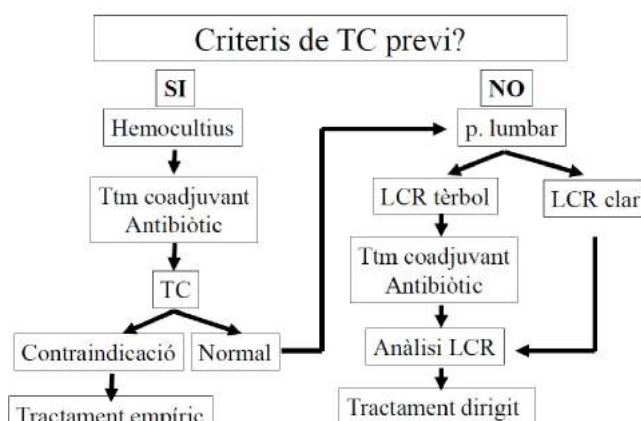
18. Wei TT, Hu ZD, Qin BD, Ma N, Tang QQ, Wang LL, et al. Diagnostic Accuracy of Procalcitonin in Bacterial Meningitis Versus Nonbacterial Meningitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Medicine (Baltimore). 2016 Mar;95(11):e3079. doi: 10.1097/MD.00000000000003079.

19. González del Castillo J, Candel FJ, García-Lamberechts J, Julián A. Guía Clínica para la prescripción de antibioterapia empírica de infecciones prevalentes en urgencias. En: http://www.infurg-theses.org/es/guias-y-manuales/2015/06/guia_clinica_para_la_prescripcion_de_antibioterapia_empirica_de_infecciones_prevalentes_en_urgencias_.htm.

Taula 1: Criteris per practicar una TC abans de la punció lumbar en pacients amb sospita de meningitis aguda bacteriana (4)

- Immunodepressió
- Història de malaltia del SNC
- Epilèpsia de recent diagnòstic (darrera setmana)
- Papil·ledema
- Disminució del nivell de consciència (Escala de Glasgow <10)
- Dèficit neurològic focal

Figura 1. Algorisme d'actuació en la sospita de meningitis aguda bacteriana



Adaptat de Tunkel et al (4)

Catèter Central d' Inserció Perifèrica. PICC

Rosa Comabella¹, M^a Antonia Serra², Raquel Azor³

¹CAP d' Infermeria, ²Adjunta a la direcció de cures, ³Àrea de Suport a la Pràctica Infermera
Institut Català d'Oncologia

Data recepció: 18.1.2017 Data acceptació: 16.2.2017

Mail: rosacomabella5@gmail.com

Forma de citació: Comabella R, Serra MA, Azor R. *Catèter central d'inserció perifèrica. PICC.*

ReMUE.c@t 2017;4(1):84



<https://youtu.be/CHrWc9G12w8>

[Nota explicativa del vídeo]:

La canalització d'accessos vasculars és una tècnica fonamental en la pràctica clínica infermera.

Els catèters centrals d'inserció perifèrica (PICC) són catèters venosos inserits per infermeria mitjançant accés perifèric amb la tècnica Seldinger modificada amb micropunció ecoguiada.

La principal finalitat dels catèters PICC és preservar la integritat i capital vascular dels pacients quan s'administren tractaments que poden deteriorar el sistema vascular. Aquests catèters, comparativament amb altres tipus de catèters centrals, no requereixen intervenció quirúrgica per la seva implantació, disminuint el risc de complicacions, temps d'espera i costos.

El risc d'infecció és també menor així com el risc de complicacions (menor nombre de flebitis i trombosis venoses) donada la possibilitat d'escollir la vena de calibre més adequat. La tècnica aporta un valor afegit donat que a l'inserir el catèter per sobre de la fosa antecubital ofereix un major confort del pacient ja que és una zona de menor moviment i que permet la flexió del braç.

Descripció de la tècnica d'implantació:

En primer lloc, assegurar-se de la identificació correcta del pacient, complementar el consentiment informat i verificar les al·lèrgies i antecedents mèdics-quirúrgics. Informar al pacient i acomodar-lo.

Seguidament, es farà una valoració ecogràfica de les venes i es decidirà el punt de punció més adequat. A més, s'escollirà el tipus de catèter. A l'igual que altres procediments semblants, la higiene de les mans i aplicar les màximes mesures barrera és un punt clau.

Per iniciar el procediment, es netejarà i es realitzarà l'asèpsia de la zona de punció i es prepararà el camp amb el material estèril. Es localitzarà la vena a punccionar amb l'ecògraf i s'administrarà anestèsia a la zona on s'inserirà el catèter amb la tècnica Seldinger modificada.

Una vegada inserit, es comprovarà el reflux sanguini, es rentarà i s'heparinitzarà cada llum del catèter.

Finalment, es netejarà i es tornarà a fer asèpsia de la zona d'inserció. Es fixarà el catèter i es cobrirà el punt d'inserció amb un apòsit transparent semipermeable, i es comprovarà radiològicament la ubicació del catèter, o bé, segons la tècnica del electrocardiograma intracavitari (IC-EKG).

El darrer pas serà informar al pacient de les cures posteriors i dels signes d'alarma.

HERNIA DE HIATO GIGANTE E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Clara Martín¹, August Supervía², María Pi-Figueras³, Eva Balcells¹, Isabel Cirera²

Servicio de Neumología¹, Urgencias² y Geriátrica³. Hospital del Mar. Barcelona.

Autor: August Supervía Lloc de treball: Hospital del Mar

Data recepció: 2.12.2015 Data acceptació: 15.2.2016

Mail: asupervia@parcdesalutmar.cat

Forma de citació: Martín C, Supervía A, Pi-Figueras M, Balcells E, Cirera I. *Hernia de hiato gigante e insuficiencia respiratoria*. ReMUE.c@t 2017;4(1):85-87

Motivo de consulta

Mujer de 88 años que acude a Urgencias por dolor torácico y disnea.

Antecedentes personales

Paciente sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Vive sola en un 11º piso con ascensor, tiene buen soporte familiar y dispone de teleasistencia. A nivel funcional se trata de una paciente parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel 83/100), deambula con ayuda de una persona y un bastón, es dependiente para las actividades instrumentales (índice de Lawton 3/8) y no existe deterioro cognitivo. Como antecedentes patológicos presenta cardiopatía no filiada en fase de insuficiencia cardíaca crónica biventricular, fibrilación auricular (FA) crónica, poliartrosis, osteoporosis establecida con aplastamientos vertebrales múltiples, hernia de hiato y catarata bilateral. Seguía tratamiento con paracetamol, torasemida, bisoprolol, omeprazol, ácido acetilsalicílico, tramadol retard, calcio y dipirona.

Enfermedad actual

Acude al Servicio de Urgencias por aumento progresivo de su disnea habitual de dos meses de evolución, acompañado de aumento de la ortopnea habitual y edemas en EEII. Refiere asimismo dolor torácico de características no anginosas de 2 meses de evolución, junto con astenia y sialorrea.

Exploración física

Consciente, colaboradora y orientada. Normohidratada. Tensión arterial de 155/95 mm

de Hg, frecuencia cardíaca de 80 lpm, afebril, saturación basal de 86%. Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado con sibilancias espiratorias y roncus bilaterales. Auscultación cardiovascular: tonos cardíacos irregulares, con soplo sistólico rugoso panfocal II/VI que no borra el segundo ruido. No ingurgitación yugular ni reflujo hepato-yugular. Pulsos pedios presentes y simétricos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin palpase masas ni megalias. Peristaltismo presente. Miembros inferiores: mínimos edemas con fovea. Signos de insuficiencia venosa crónica. Exploración neurológica sin focalidades.

Pruebas complementarias realizadas en Urgencias

Análítica sanguínea: glucosa 127 mg/dL, urea 45 mg/dL, creatinina 0.95 mg/dL, FG 59 ml/min/1.73m², sodio 138 mmol/L, potasio 4.0 mmol/L, cloro 101 mmol/L, CK 70 UI/L, Troponina T ultrasensible < 14 ng/mL, calcio 9.5 mg/dL, Hb 11.5 g/dL, hematocrito 36.6%, VCM 88.8 fL, leucocitos 7.400/μL, plaquetas 218000/μL, Tiempo de Quick 82%, INR 1.15.

Gasometría arterial (FiO₂ 0.26): pH 7.47, PaCO₂ 39 mmHg, HCO₃⁻ 28.4 mmol/L, PaO₂ 61 mmHg

Radiografía de tórax (Figura 1): rotada, índice cardio-torácico aumentado, ensanchamiento del mediastino anterior, sin consolidaciones pulmonares aparentes, elevación de hemidiafragma derecho. Hernia de hiato.

Electrocardiograma: FA a 100 lpm, con bloqueo de rama izquierda, sin alteraciones agudas en la repolarización.

Diagnóstico diferencial en Urgencias

1- Disnea de dos meses de evolución

a. Insuficiencia cardíaca. Se orienta como descompensación cardíaca en una paciente afecta de cardiopatía no filiada.

b. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica descompensada

c. Asma bronquial: presencia de sibilancias espiratorias

d. TEP. Podría descartarse por clínica progresiva y ausencia de signos de sobrecarga derecha en la exploración física

2- Insuficiencia respiratoria normocápnica

3- Hernia de hiato

4- FA crónica

5- Insuficiencia renal aguda. Atribuida como de origen pre-renal.

Evolución clínica y pruebas complementarias realizadas fuera de Urgencias

Se inició tratamiento deplectivo y oxigenoterapia y tras mejoría clínica se ingresó en Sala de Geriatria donde se continuó tratamiento deplectivo. Debido a la lenta mejoría de la paciente se realizó tomografía computarizada torácica que mostró patrón en vidrio deslustrado de distribución irregular bilateral compatible con enfermedad respiratoria de vía de pequeño calibre, cambios crónicos con hiperclaridad pulmonar y atrapamiento aéreo sin adenopatías mediastínicas, hilios pulmonares de morfología vascular, ausencia de derrame pleural y voluminosa hernia de hiato (Figura 2). Un ecocardiograma mostró una valvulopatía aórtica degenerativa con estenosis leve, hipertensión pulmonar ligera (PAP estimada de 54 mm de Hg) y FE (Fracción de eyección) conservada. La radiografía de tórax de control previa al alta mostró una hernia de hiato gigante (Figura 3). Tras el alta y una vez en situación de estabilidad clínica se realizaron pruebas de funcionalismo respiratorio que objetivaron un patrón restrictivo de moderada intensidad con volúmenes pulmonares reducidos y capacidad de transferencia de CO gravemente disminuida, que no se corregía con el volumen alveolar (FEV1/FVC 81, FEV1 64% ref., 820 ml; FVC 50 %ref.; 1000 ml; TLC 68% ref.; FRC 89%; RV/TLC 65). La prueba broncodilatadora fue no significativa y el DLCO y KCO fueron del 40% y del 51% del valor de referencia, respectivamente.

Diagnóstico final

1- Hernia de hiato gigante

2- Enfermedad intersticial pulmonar

3- Hipertensión pulmonar ligera

4- Cardiopatía valvular aórtica

5- Insuficiencia cardíaca

Discusión

La hernia de hiato es una condición frecuente, presentando una incidencia del 60% en población mayor de 60 años. Suele ser asintomática o tener sintomatología inespecífica, pero cuando existe reflujo gastroesofágico (RGE) se presentan manifestaciones clínicas (1). Los síntomas asociados a RGE son en su mayoría digestivos: pirosis, epigastria y regurgitación, pero también pueden asociarse síntomas de vía aérea como ronquera, tos crónica, expectoración, sibilancias, estridor, disnea, sensación de cuerpo extraño, carraspeo o aclaramiento de garganta y disfonía (2). Si se trata de una hernia de hiato gigante, como en el caso de la paciente, además de la clínica de RGE, pueden producirse síntomas de enfermedad de caja torácica con alteración ventilatoria de tipo restrictivo, llegando incluso al desarrollo de fibrosis pulmonar idiopática (FPI) (3). La FPI es la neumopatía intersticial idiopática más frecuente. Los mecanismos que están implicados en su desarrollo y progresión son diversos (inmunológicos, microbianos, químicos, etc). La asociación entre hernia de hiato y/o RGE y FPI es un hecho conocido, habiéndose demostrado que el tratamiento del RGE mejora el pronóstico de la FPI (4). Para ello, además del tratamiento farmacológico con inhibidores de la bomba de protones deben recomendarse una serie de medidas higiénicas y dietéticas como evitar el sobrepeso, evitar las comidas copiosas y alimentos que produzcan pirosis, evitar el consumo de alcohol y tabaco y no acostarse hasta haber transcurrido dos horas desde la última comida. En casos severos y en los que el tratamiento anterior no sea efectivo puede indicarse cirugía antirreflujo con el objetivo de dificultar el paso de contenido gástrico al esófago. El mecanismo por el que el RGE tendría un papel en la patogenia y/o progresión de la fibrosis pulmonar se basa en los efectos ocasionados por la presencia de microaspiraciones de contenido gástrico hacia la

vía aérea. Existen ciertos componentes del contenido gástrico, independientemente de la acidez propia de los jugos gástricos, como restos de alimentos, bilis, pepsina, etc, que podrían dañar el parénquima pulmonar. No obstante, son necesarios más estudios para determinar con certeza que el RGE desencadenaría la cascada del proceso de inflamación-fibrosis pulmonar y confirmar la hipótesis de que existen microaspiraciones de RGE (5).

Ante pacientes mayores de 60 años con hernia de hiato y síntomas digestivos y/o respiratorios atribuibles a RGE, debe descartarse la presencia de una enfermedad pulmonar intersticial (6), ya que el tratamiento del RGE mejora la sintomatología clínica, se asocia con disminución de la fibrosis radiológica (7) y es un predictor de mayor supervivencia en pacientes con FPI.

Bibliografía

- 1- Pacheco-Galván A, Hart SP, Morice AH. La relación entre el reflujo gastroesofágico y las enfermedades de la vía aérea: el paradigma del reflujo a vía aérea. Arch Bronconeumol 2011;47:195-203.
- 2- Savarino E, Carbone R, Marabotto E, Furnari M, et al. Gastro-oesophageal reflux and gastric aspiration in idiopathic pulmonary fibrosis patients. Eur Respir J 2013;42:1322-1331.
- 3- Lee JS, Collard HR, Raghu G, Sweet MP, Hays SR, Campos GM, Golden JA, King TE Jr. Does chronic microaspiration cause idiopathic pulmonary fibrosis? Am J Med 2010;123:304-311.
- 4- Raghu G, Meyer KC. Silent gastro-oesophageal reflux and microaspiration in IPF: mounting evidence for anti-reflux therapy? Eur Respir J 2012;39:242-245.
- 5- Lee JS, Ryu JH, Elicker BM, et al. Gastroesophageal reflux therapy is associated with longer survival in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. Am J Respir Crit Care Med 2011;184:1390-1394.
- 6- Raghu G, Weycker D, Edelsberg J, Bradford WZ, Oster G. Incidence and prevalence of idiopathic pulmonary fibrosis. Am J Respir Crit Care Med 2006;174:810-816.
- 7- North I, Zangan S.M, Soares R.V, et al. Prevalence of hiatal hernia by blinded multidetector CT in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. Eur Respir J 2012;39:344-351.

Figura 1. Radiografía de tórax AP al ingreso de la paciente.

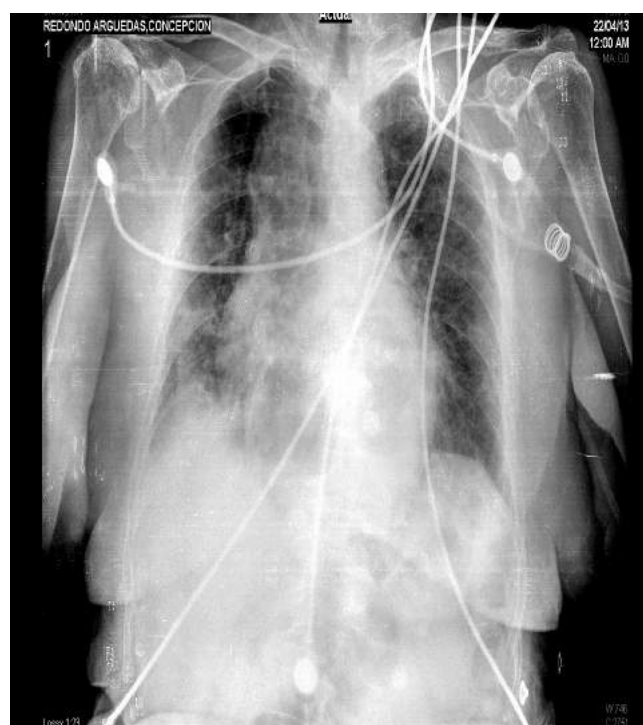


Figura 2. TAC de tórax.

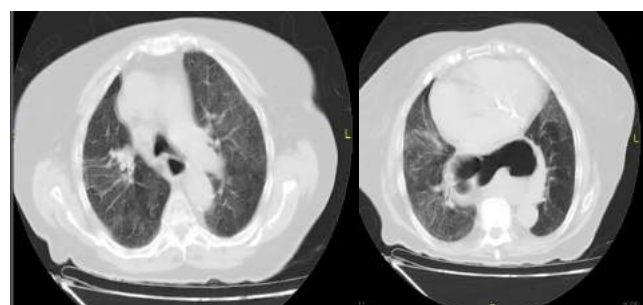


Figura 3. Radiografía de tórax P-A y perfil en bipedestación.

