

ALGUNOS CASOS CLÍNICOS DE URGENCIAS

Dr. JAVIER OCHOA
SERVICIO DE URGENCIAS
HOSP. UNIVERSITARIO S. PEDRO DE LOGROÑO

- **Mujer 56 años, con diabetes e HTA**
 - **Glucemia >500, nauseas, debilidad, "muchísima ansiedad" y presión en el estómago**
 - **Llegada-triaje: 4 min**
 - **DESCOMPENSACIÓN DIABÉTICA: II**
-
- **constantes 87/60, glucemia capilar HI, vía.**
 - **PASA A BOXES:**
 - **Triage-boxes: 20 min**
 - **Visita médica: 70 min más**

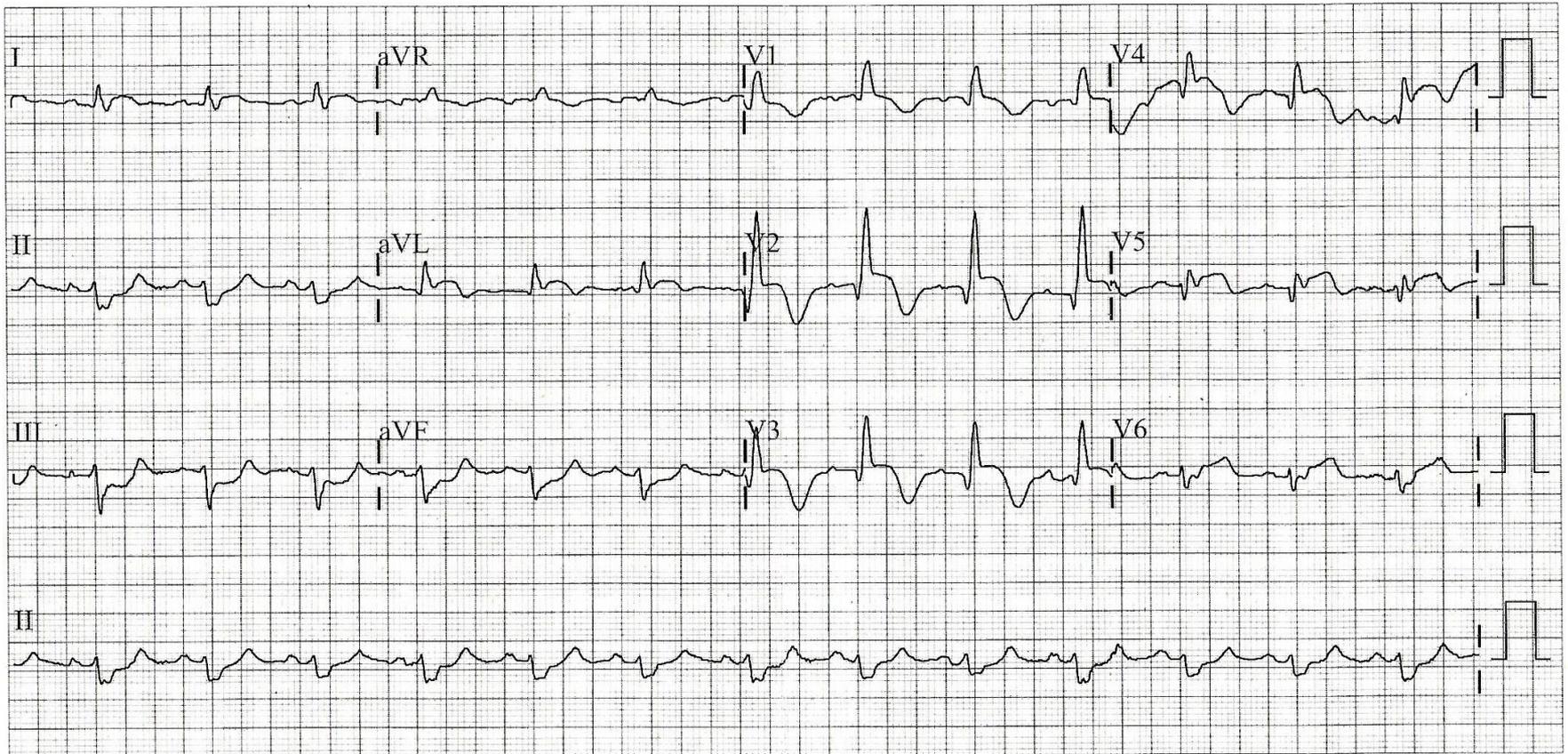
Frec. 81
PR 184
QRSd 152
QT 444
QTc 516

Ejes

P 49
QRS -57
T 41

área: URGEN

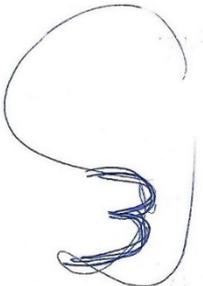
Gananc.dervs.no estándar



- **TA 87/60**
- **Glucemia 681**
- **Crepitantes bilaterales: proBNP 35.000**
- **SCAEST IAM ANTERIOR** (troponina T 1.200)
**KILLIP II con descompensación
cetoacidótica.**
- **Se avisa a Hemodinamista y UMI**
- **Se intuba, administran insulina IV,
seguril, doble antiagregación y pasa a
SALA DE HEMODINÁMICA**
- **Puerta-balón: 180 min**

- **Varón 52 años, diabético, con MP por sincopes**
- **Acude nervioso y "hasta mareado y con sudores" tras una discusión de tráfico.**

Número de episodio urgencia: 21051575	
Número de historia clínica: 388393	
Causa de la urgencia: Sin especificar	
Motivo de la urgencia: Sin especificar	
Clasificación final: NIVEL II	
Criterios de Complejidad: SI	
Criterios de Derivabilidad: No	
CGUC: Grupo 1	
Categorías contestadas	
Inestabilidad, hipotimia / síncope y malestar general: NIVEL II	
Preguntas contestadas	
Inestabilidad o malestar general de inicio súbito: SI	
Motivo de consulta	
780.79 - MALESTAR GENERAL SIN ESPECIFICAR	
Categoría sintomática	Adulto con malestar general
Duración	0.0 m:19.0 s
Especialidad	MEDICINA



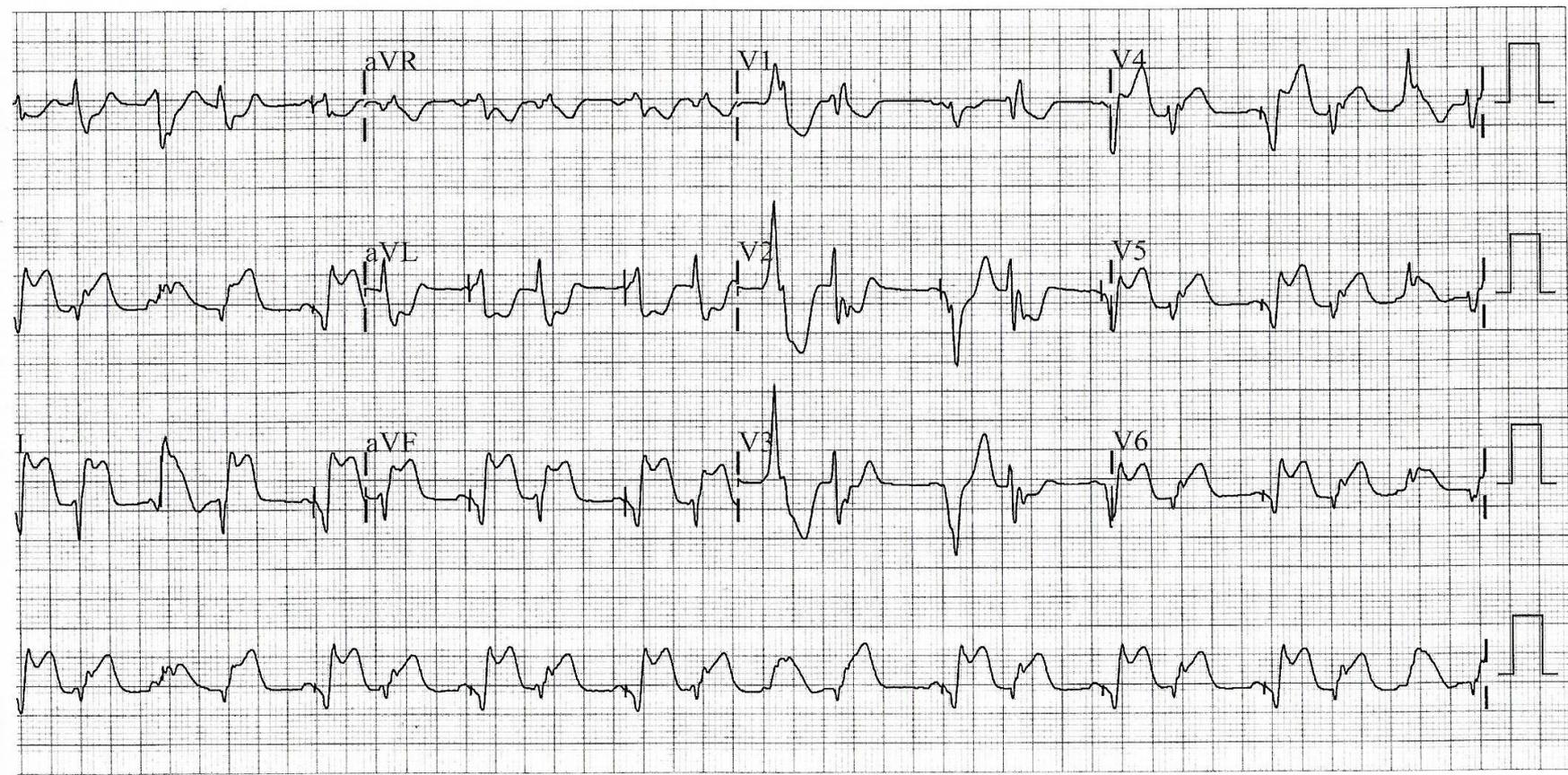
- **Una hora después, tiene un presíncope en la sala de espera, pasa a Triage y le realizan ECG**

rec. 125
R 96
)RSd 148
)T 376
)Tc 543

Ejes
0
)RS 113
-21

área: URGEN

Gananc.dervs.no estándar



- **Al preguntarle expresamente refiere opresión en el pecho**
- **SCAEST IAM POSTEROINFERIOR y LATERAL**
- **Se avisa a Hemodinamista y UMI y pasa a SALA DE HEMODINÁMICA**
- **Puerta-balón: >120 min**

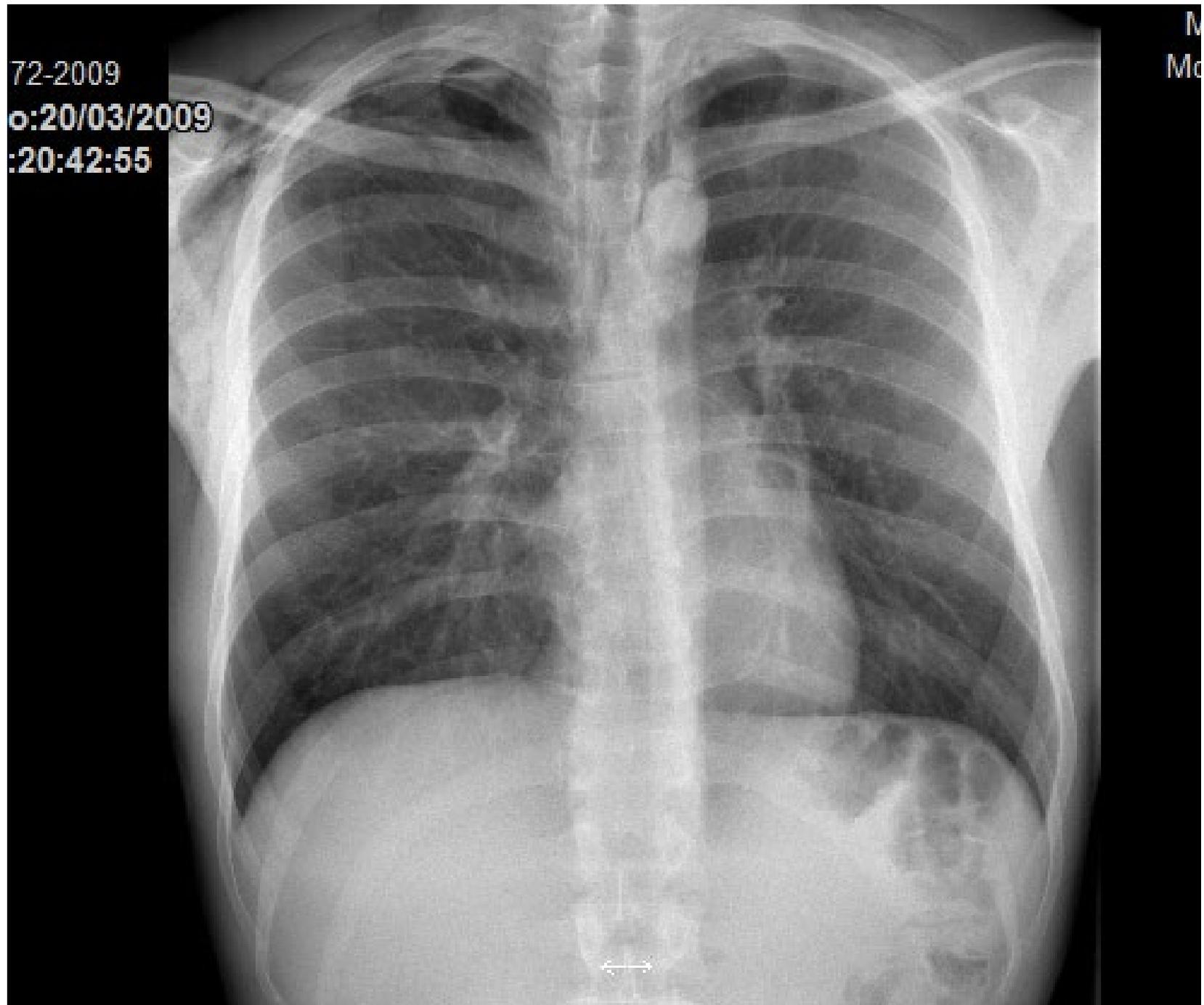
- **Chico de 25 años**
- **Tras “una mala noticia” comienza con presión centrotorácica que no le deja respirar.**
- **ECG normal.**
- **AUSCULTACIÓN “murmullo conservado, no ruidos sobreañadidos”.**
- **Analítica NORMAL**
- **Rx de tórax sin hallazgos**
- **Diazepam 1/2 amp**
- **Si empeora volver a Urgencias**

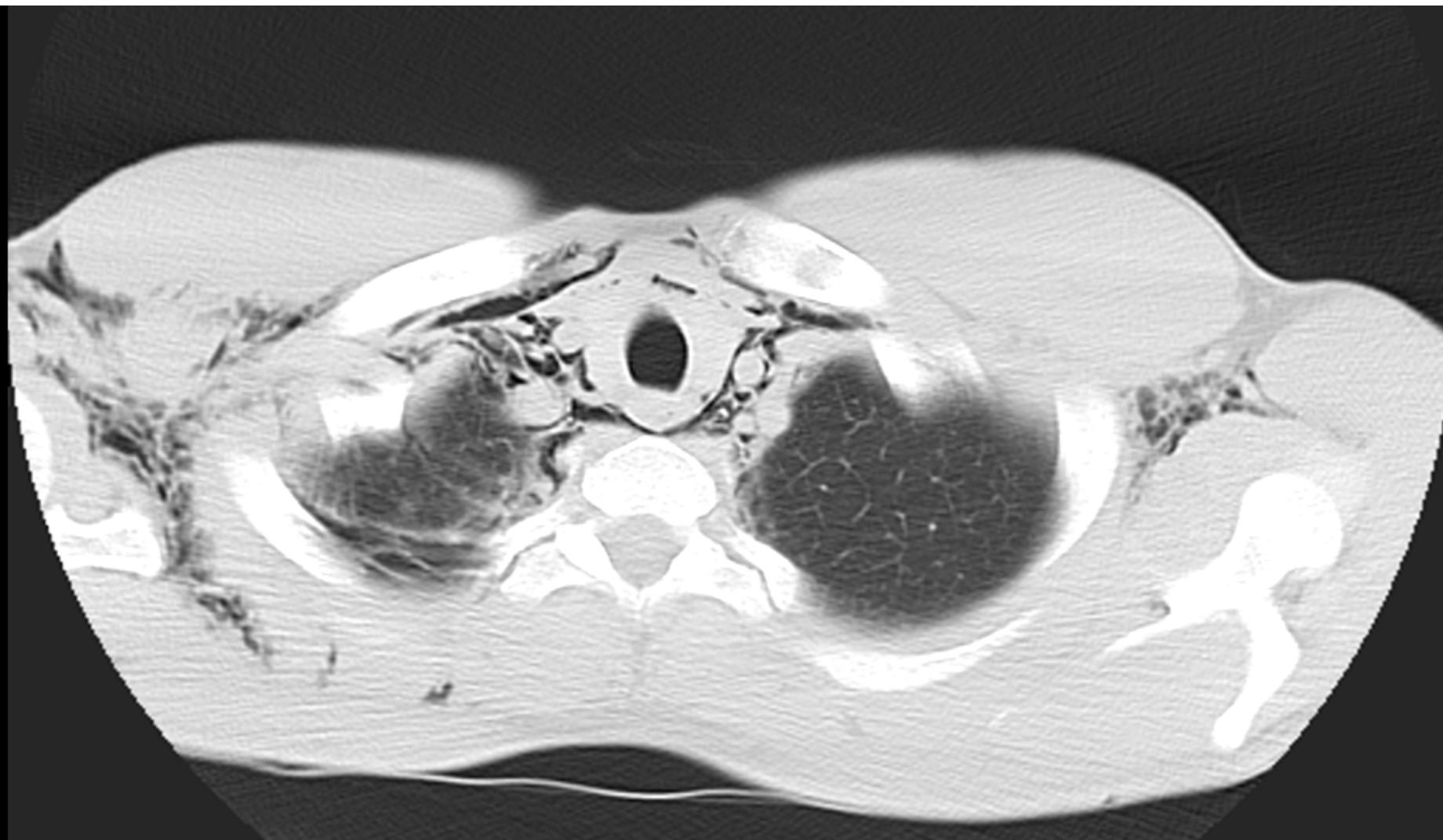
72-2009

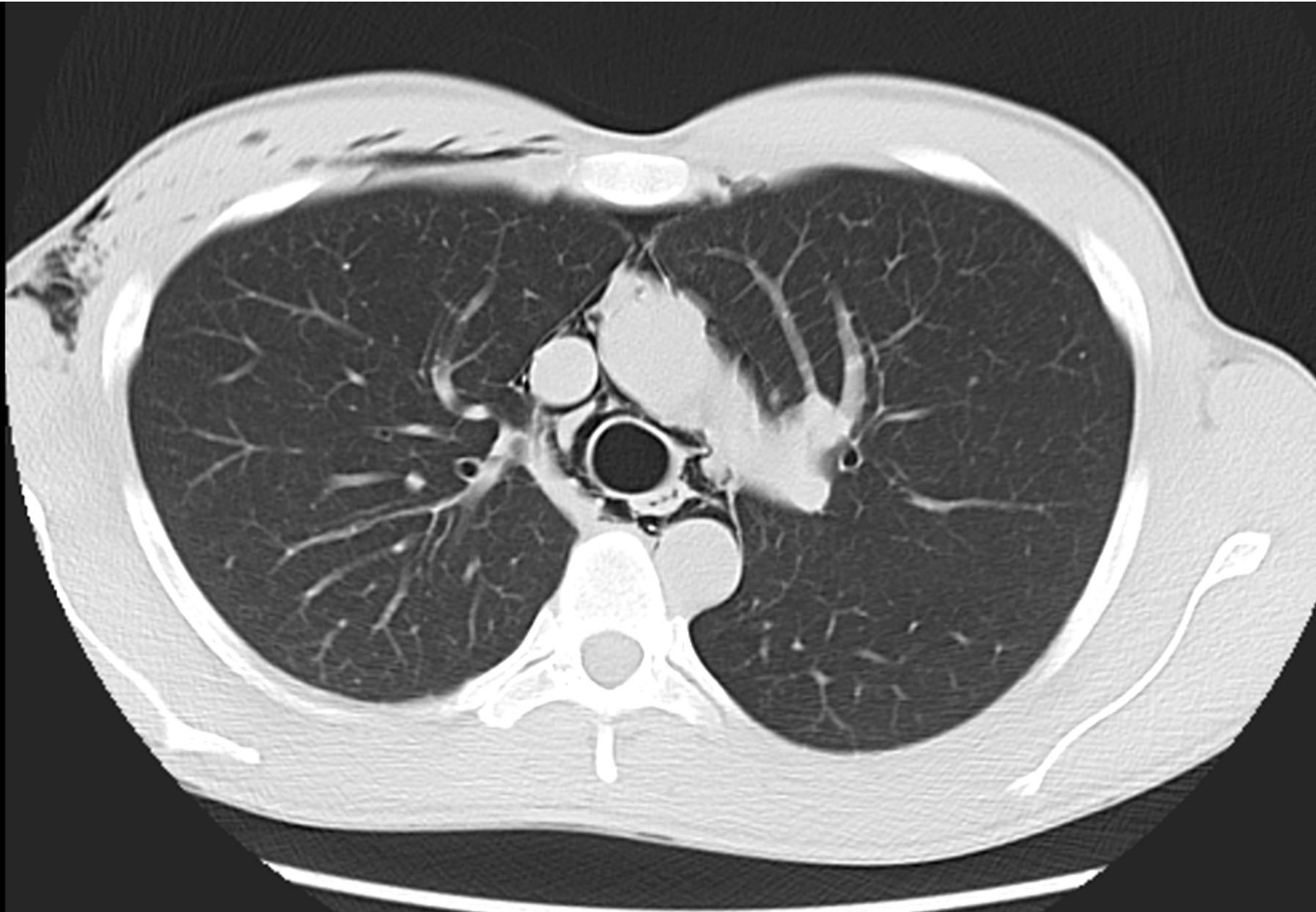
o:20/03/2009

:20:42:55

M
Mc







**Un paciente que acude por sensación de disnea
EN EL FORMULARIO CONSTAN:**

“Normvoentilación generalizada sin crpeitantes ni sibilantes”

**Rx tórax: “No se aprecian alteraciones
pleuroparenquimatosas de evolución aguda”**

AL REVISARLO PARA “DECIDIR” AL SIGUIENTE TURNO...

05/30/10/1944
77049-2017

ViewPos:PA
RefPhys:desconocido , desconocido
SpatRes:0.00

04/2017
:18

1 Distancia: 0.21 cm
1 Distancia: 0.21 cm
1 Min./máx. : 1903/2213

03/30/10/1944
5370-2017

ViewPos:PA
RefPhys:Benito Mayoral, Noemi
SpatRes:0.00

03/2017
3:13

1 Distancia: 1.64 cm
1 Distancia: 1.64 cm
1 Min./máx. : 2756/3072

RX de un mes antes

- **Varón 43 años**
- **TRASTORNO OBSESIVO Y DEPRESIÓN**
- **LE ENVIAN POR VÓMITOS CONTINUOS, CEFALEA y TENDENCIA AL AISLAMIENTO, APENAS SE LEVANTA DE LA CAMA**
- **INGRESÓ EN JUNIO y AGOSTO – UNOS DIAS ANTES - EN MED. INTERNA POR ESTOS VÓMITOS PERSISTENTES**
- **LE REALIZARON ANALITICA, GASTROSCOPIA, TAC ABDOMINAL, ITC A PSIQUIATRIA Y ECO**
- **Le diagnosticaron de VÓMITOS DE REPETICIÓN + TRASTORNO PSIQUIATRICO.**



EVOLUCIÓN EN URGENCIAS :

Se trata de ACXFA de inicio incierto, con buena respuesta ventricular, asintomático y con puntuación CHADS2 (edad, HTA) de 2 por lo que no cumple criterios ahora mismo de anticoagulación.

IMPRESIÓN CLÍNICA:

ACXFA DE INICIO INCIERTO

TRATAMIENTO AL ALTA:

- CONTROL POR MEDICO DE CABECERA
- CONTROL DE FRECUENCIAS (SI PRESENTA FC> 100-110 valorar inicio de emconcor a dosis bajas, 2.5 mg por ejemplo)
- Continuar con hibor 3.500 como venía haciendo.

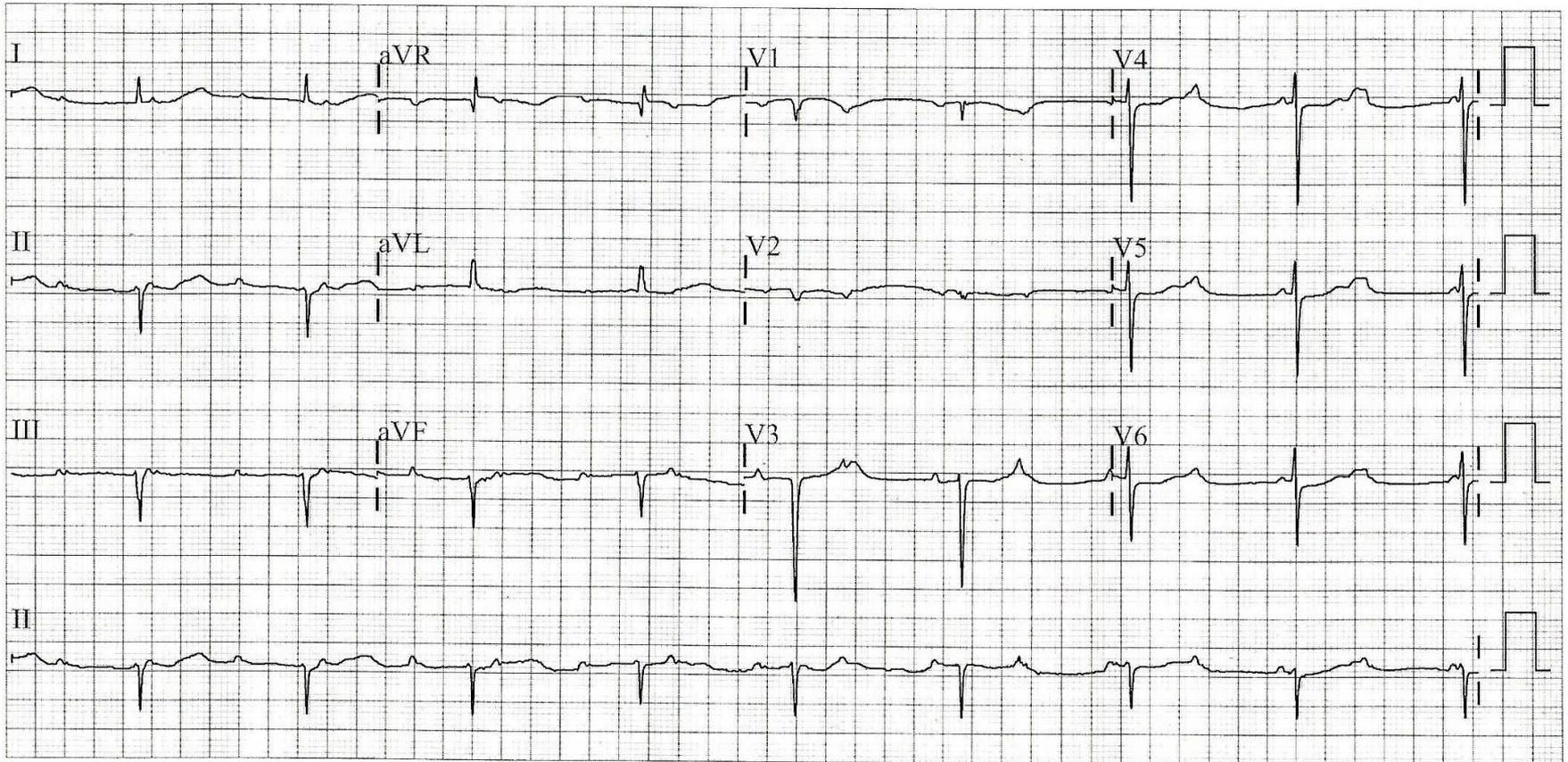
- **Paciente de 90 años que traen por 2 episodios sincopales.**
- **Se realiza ECG en Triage y la DUE pone: "realizo ECG. Visto por el Dr.... pueden verla en consultas".**
- **Le ven en consultas y se va de alta con INSUFICIENCIA CARDIACA. ITU y CEFALEA ESTABLES**
- **Vuelve por la tarde por OTRO SINCOPE**

Ejes

P 53
QRS -66
T 58

área: URGEN

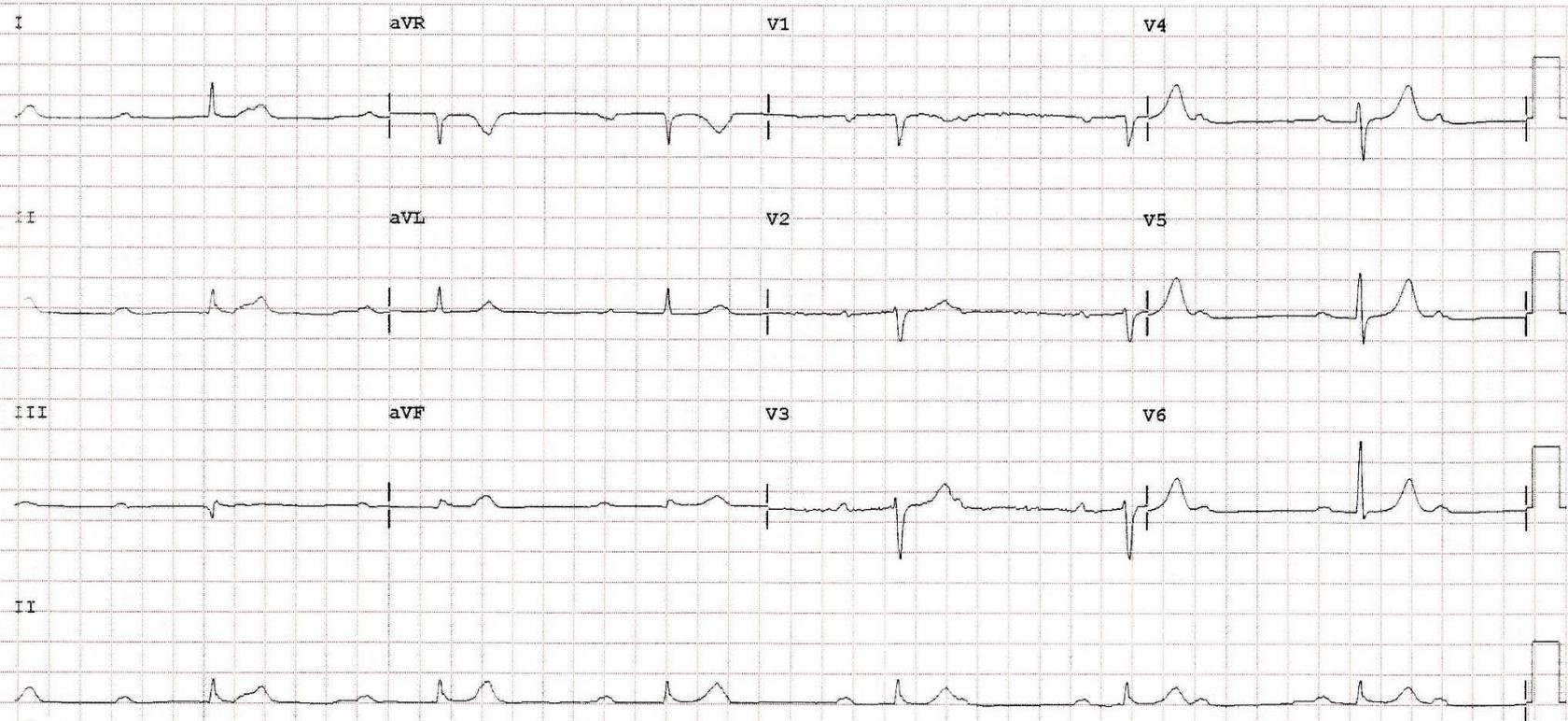
Gananc.derivs.no estándar



Dev Velocidad: 25 mm/s Miemb.: 10.00 mm/mV Precordiales: 10.00 mm/mV 50~0.05 - 150 Hz STD-12 PH090A P?

- **Varón de 81 años, sin antecedentes, con vida muy activa**
- **Visto una semana antes en Urgencias por MAREO**
- **Estuvo en observación y fue valorado por Cardiología. Se le diagnosticó BAV de primer grado y se le avisará para Holter.**
- **Acude porque sigue muy mareado**

QRS 23
T 36



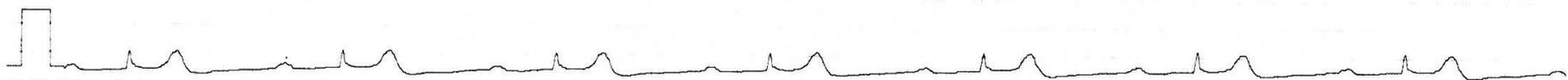
Equipo: Veloc.: 25 mm/s Miemb: 10 mm/mV Prec.: 10 mm/mV F 50~ 0,5-150 Hz W PH08 P?

El de hacia una semana

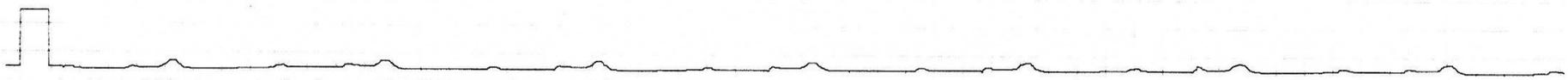
25 mm/seg.

10 mm/mV

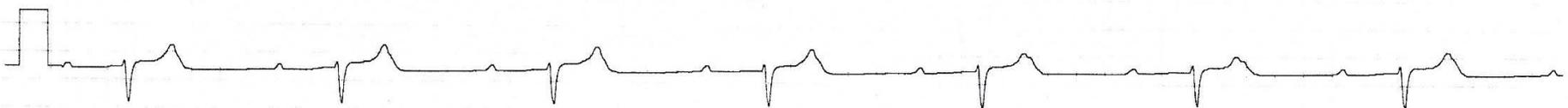
II F \sim 0,5 Hz - 40 Hz W



aVF



V2



PACIENTE DE 80 AÑOS QUE SE QUEDA EN OBSERVACIÓN PARA ITC A CARDIOLOGIA POR "DOLOR TORÁCICO Y ASTENIA. TOMA BISOPROLOL POR ANTECEDENTE DE ACxFA. EN ECG BRADICARDIA SINUSAL A 32. RUEGO VALORACIÓN"

Cama	13		
Alergias			
Proceso	PULSO ANORMAL, PALPITACIONES	Ámbito	URGENCIAS
Fecha Inicio Proceso	12-mar-2015	Fecha modificación	

ITC cardiología	Fecha de creación: 12-mar-2015 13:36
<p>Paciente de 80 años con antecedentes de posibles crisis de FA no registradas. Acude por cansancio y sensación de opresión torácica. En ECG ritmo sinusal a 60 que alterna con bradicardia sinusal a 30 lpm. Pendientes de analítica y de valorar evolución al retirar el betabloqueante</p>	

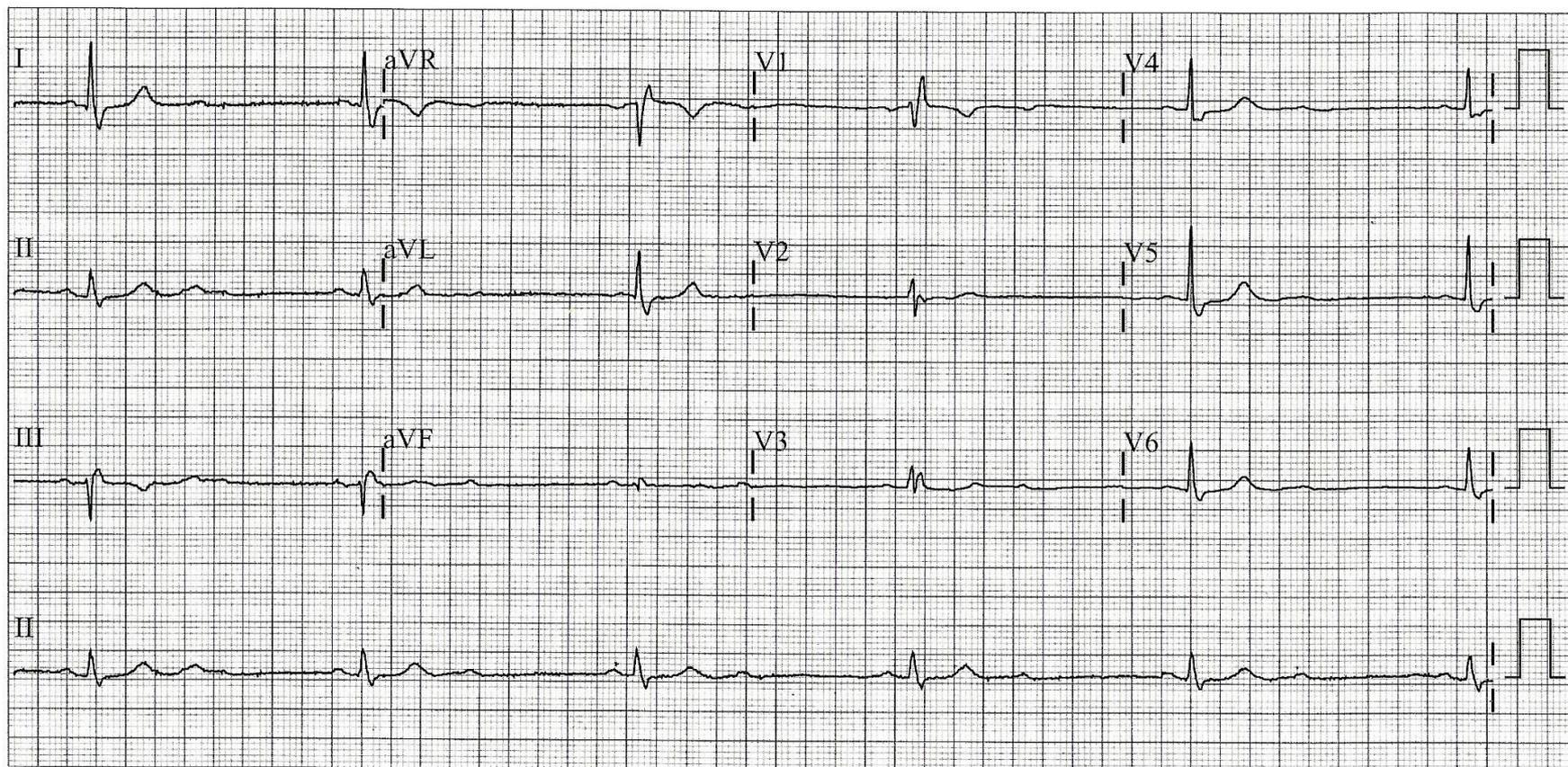
Frec. 32
PR 164
QRSd 134
QT 504
QTc 368

Ejes

P 60
QRS 23
T 11

área: URGEN

Gananc.derivs.no estánd



- **Mujer de 61 años operada de adenocarcinoma de sigma, tras oclusión intestinal.**
- **Acude por dolor cólico abdominal, con nauseas y vómitos. No ha hecho deposición ni ventosea.**

estudio:17:51:19

4



cm o.p

7:00

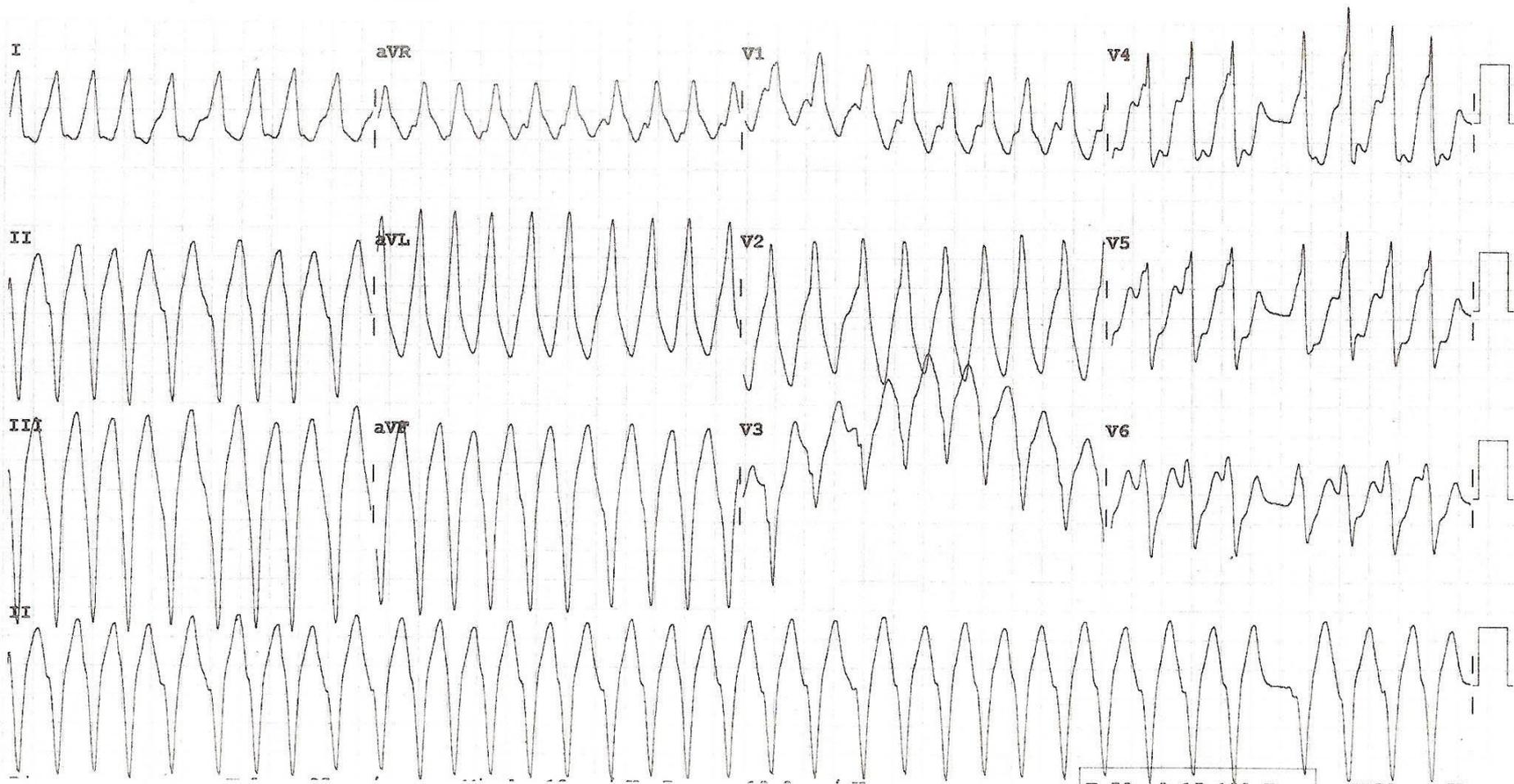
- **Analítica con troponina 136, por lo que se deja en observación monitorizada con ITC cardiología.**
- **Al pasar a observación tiene un vómito que la DUE califica en su NOTA como cuantioso y de aspecto fecaloideo.**
- **Pasa toda la noche quejándose del dolor abdominal**
- **En el parte de la mañana consta “pendiente de ITC Cardiología por SCASEST”**

Por la mañana se solicita valoración por Cirugía que ingresa a la paciente por cuadro oclusivo.

- **60 años**
- **Fumador e hipertenso**
- **Le visitaron hace años en Cardiólogo pero no sabe lo que le dijeron que tenía**
- **Le envían de madrugada por opresión precordial y en el brazo izqdo.**
- **TIENE MAL ASPECTO....PASA A REA**

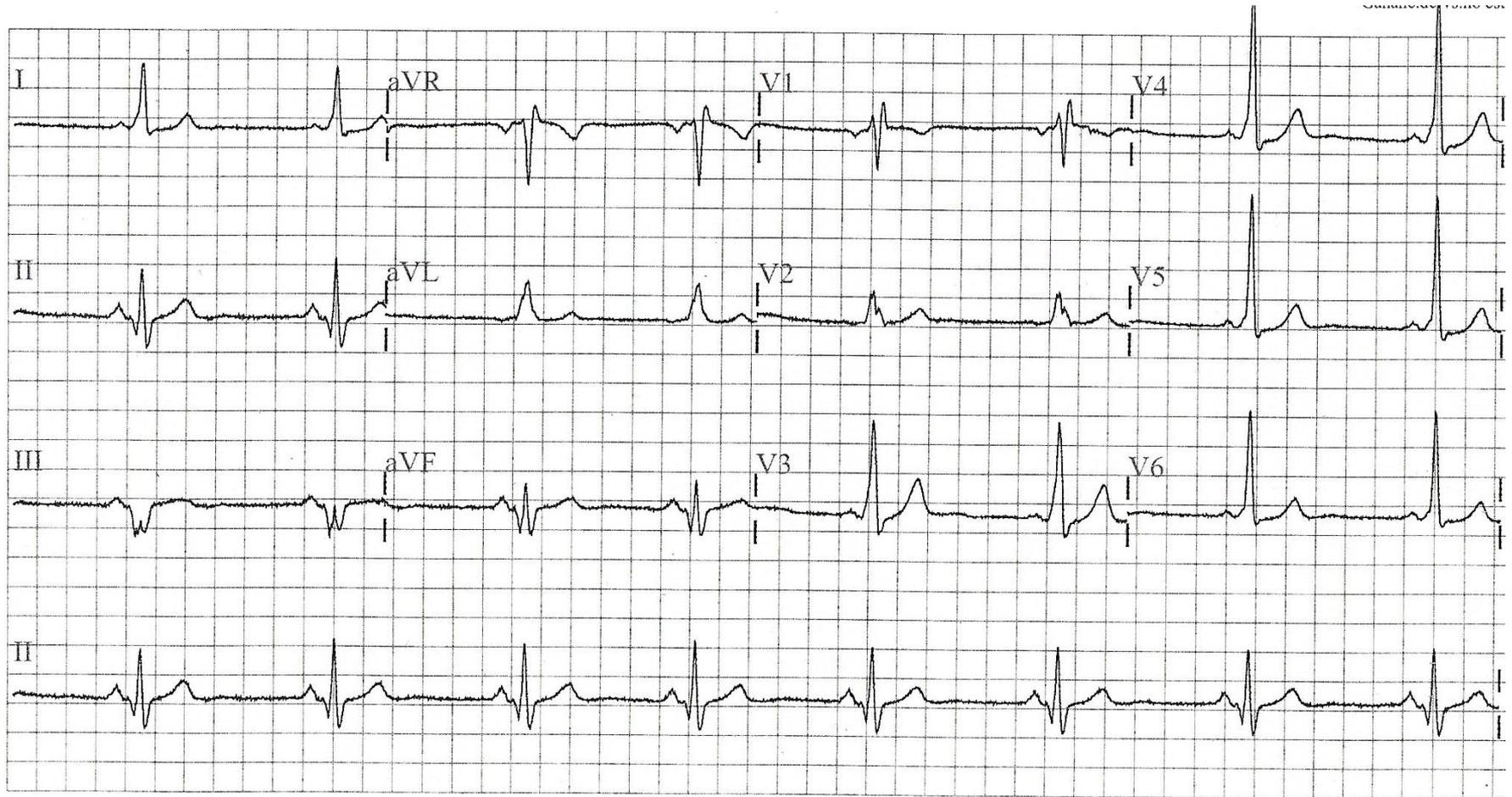
QRS -72
T 107
12 derivaciones; colocación estándar

>>> FC muy alta <<<



- **¿Adenosina o Cardioversión?**

ECG tras CVE



- **Varón de 85 años**
- **Diabetes, HTA y FA anticoagulada.**
- **Le envía el médico por "disnea repentina, y dolor centrotorácico. Mejoría tras NTG y oxígeno"**

2h después de su llegada

	[PROTEÍNAS] Proteína C Reactiva 4.0 mg/L (0.0 -
Pruebas complementarias	Rx de torax :
Evolución en Urgencias	Oxígeno Gn a 3l. Seguril 1 amp IV.
Impresión clínica	ICC descompensada.
Urgencia relacionada con toxicos :	No
Se entregan pruebas complementarias	No

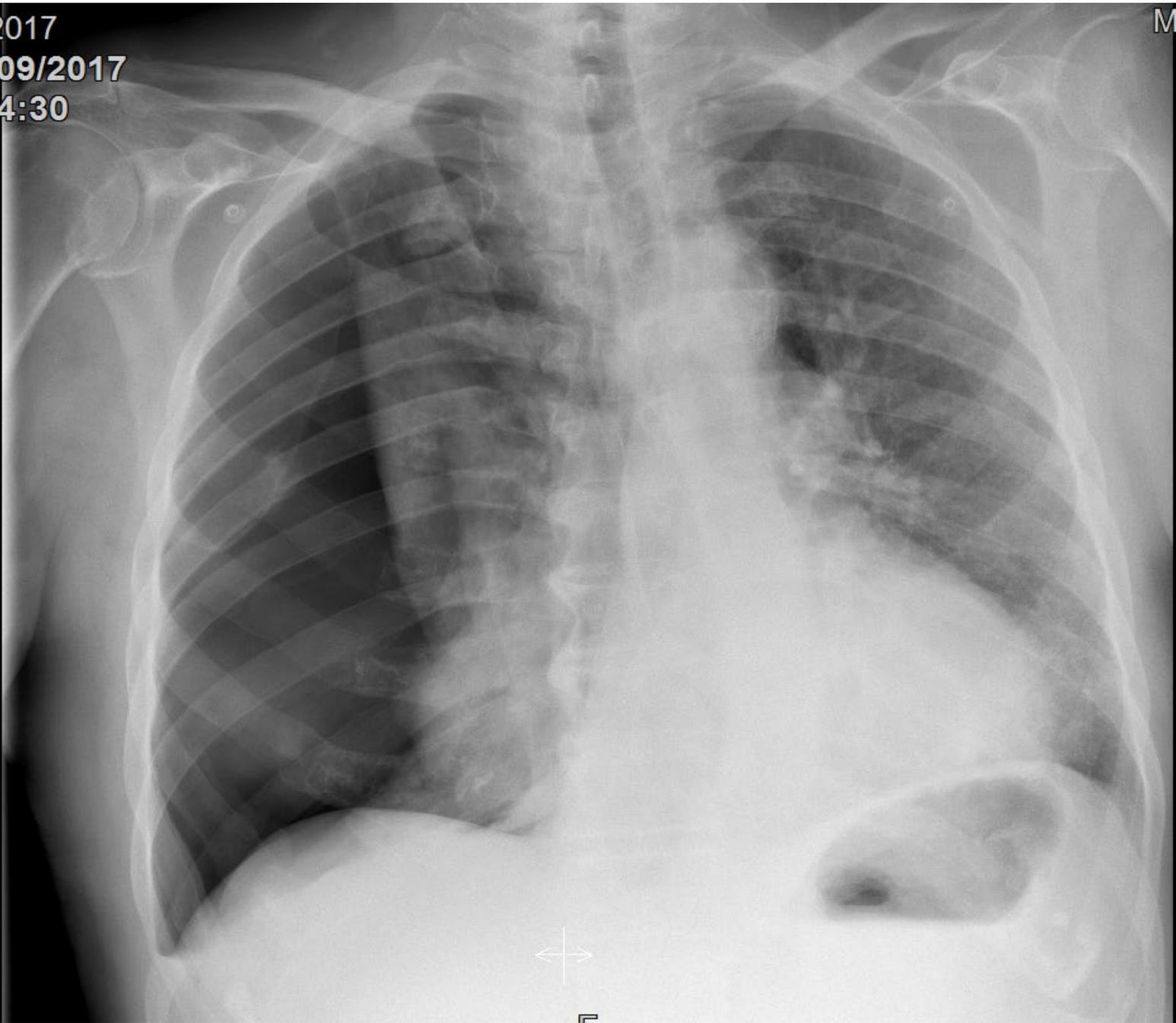
y 5 h y media después de su llegada

0188-2017

io:29/09/2017

o:21:24:30

Mod



¿es posible mejorar nuestra práctica clínica?

- ¿REVISIÓN DE REANIMACIONES?
- ¿REVISIÓN DE EXITUS?
- ¿REVISIÓN DE TRASLADOS?
- ¿POR EL JEFE DE SERVICIO o como SESIONES CLINICAS DE CASOS DE ADJUNTOS?
- ¿ANÓNIMAS?
- ¿VOLUNTARIAS?
- ¿RUTINARIAS o A DEMANDA?
- ¿SE NECESITA FORMACIÓN EN CARDIOLOGIA, ECG, TÉCNICAS RCP, SIMULACROS,.....?
- ¿SE PUEDE SEGUIR SIN CAMBIAR NADA?