

5º CONGRESO NACIONAL
DEL CONSEJO ESPAÑOL DE RCP

MÁLAGA

25 Y 26 NOVIEMBRE 2022

*"AUMENTAR LA SUPERVIVENCIA
DE LA PARADA CARDÍACA ES POSIBLE"*

LIBRO DE ABSTRACTS

COMITÉ DE HONOR

Presidenta:

Su Majestad la Reina Doña Leticia Ortiz Rocasolano

Miembros:

D^a Carolina Darias San Sebastián,
Ministra de Sanidad

D^a Catalina García Carrasco, Consejera
de Salud y Consumo. Junta de
Andalucía

D. Diego Vargas Ortega. Director
Gerente del Servicio Andaluz de
Salud. Junta de Andalucía

D. Francisco de la Torre Prados,
Alcalde de Málaga

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente:

Dr. Carlos Alonso Blas

Vicepresidente:

Dr. Fernando Ayuso Baptista

Miembros:

Dra. Magdalena Canals Aracil
Dr. Custodio Calvo Macías
Dr. Ervigio Corral Torres
Dr. Manuel de la Cal Ramírez
D^a M^a Dolores del Valle López
Dra. Marta Dorribo Masid
Dr. Alfredo Echarri Sucunza
Dr. Ignacio Fernández Lozano
Dr. Angel García Alcántara
Dra. M^a Carmen Gasco García
D. Francisco José Gómez Gómez
Dra. M^a José Luque Hernández
Dr. Gonzalo Zeballos Sarrato

Secretaría técnica:

Dr. Carlos Urkia Mieres
D^a Virginia Vara Mañanas

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente:

Dr. Ervigio Corral Torres

Miembros:

Dra. Inmaculada Alcalde Mayayo
Dr. Carlos Alonso Blas
Dr. José M.^a Alvarez Franco
Dr. Carlos de Benito Alvarez
Dr. Alfredo Echarri Sucunza
Dra. Carmen del Pino de la Fuente
Dr. José Manuel Garrido Molina
Dr. José Manuel Giraldo Sebastià
Dra. Celia Gómez Robles
Dr. José Carlos González Ranea
D^a Carmen Gutiérrez García
Dr. Juan Jesús Hernández González-Nicolás
Dr. José Antonio Iglesias Vázquez
D. Manuel Jaén Olmo
D. Juan Carlos Jiménez Almedina
Dr. Gabriel Jiménez Moral
Dr. Juan José Lara Sánchez
Dra. Ana Isabel Martínez García
Dr. José M.^a Navalpotro Pascual
Dr. Miguel Angel Paz Rodríguez
Dr. Fabio Rincón Jiménez
Dr. Juan Miguel Rodríguez
Dr. Eduardo Roquero Pérez
Dr. José Ignacio Ruiz Azpiazu
Dr. Enrique Salguero García
Dra. Coral Suero Méndez
Dr. José M.^a Villadiego Sánchez

ÍNDICE DE COMUNICACIONES ORALES



5 VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS COMPRESIONES TORÁCICAS USANDO MANIQUES CON FEEDBACK EN CURSOS DE RCP

María de la O Casamayor Lerena; Ana María Ezquerro García;

8 COMPETENCIAS EN SOPORTE VITAL BÁSICO TRAS UN CURSO CON O SIN IMPARTICIÓN DE VENTILACIONES PULMONARES: ESTUDIO DE COHORTES HISTÓRICO

Jordi Castillo García;

9 ABCDE: COMO SE ATIENDE EL POLITRAUMA EXTRAHOSPITALARIO

Mikel Fuertes de Luis; Eider Arbizu Fernández;

18 IMPACTO PANDEMIA COVID-19 EN LAS PCR EXTRAHOSPITALARIAS ATENDIDAS POR LAS UVI MÓVILES DE UN DISTRITO ATENCIÓN PRIMARIA

Manuela Mayo Iglesias; Francisco Bordés Bustamante; Cristina Alcaide Fernández; Juan Luis Moreno Goma;

19 ESTUDIO COMPARATIVO DE TRES MANIQUÍ DE RESUCITACIÓN PARA FORMACIÓN DE RESCATADORES, CON Y SIN DISPOSITIVO EXTERNO

María Ángeles López Martínez; Mario Rodríguez Arribas; Sandra Gómez Martín; Angélica García Jiménez; Luz María Mellado Narciso; Juan Antonio Cortés Higuero;

22 APLICABILIDAD DE LAS ESCALAS DE TRAUMA MPAG Y GAP, COMO PREDICTORAS DE MORTALIDAD, EN EL TRAUMA GRAVE, EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS URBANO

María Cristina Barneto Valero; Manuela López Castellanos;

27 FASE 1 DEL ESTUDIO SYMEVECA: DURANTE LA RCP ES MEJOR VENTILAR CON RESPIRADOR QUE CON BALÓN

Alberto Hernández-Tejedor; Vanesa González Puebla; María Dolores Galán Calategui; Alicia Benito Sánchez; Mercedes Elizondo Giménez; Carlos Rodríguez Blanco;

28 FACTORES ASOCIADOS A LA SUPERVIVENCIA EN LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA

Ana María Ezquerro García; María de la O Casamayor Lerena; Angel Enrique Fraile Jimenez; Elena Pardos Peiró; Teresa Sufrate Sorzano;

57 UTILIDAD DE LOS DESFIBRILADORES EXTERNOS DE USO PÚBLICO. ES NECESARIO SEGUIR AVANZANDO

María Luisa Gorjón Salvador; María Amparo González Blanco; Antia Durán González; Óscar Manuel González Abelleira; Gabina Pérez López; José Antonio Iglesias Vázquez;

62 PERFIL DE INGRESO EN NUESTRA UNIDAD PARA CUIDADOS POST-RESUCITACION.

Francisco Luis Pérez Caballero; Miguel Díaz-Távora Luque; Rosa Mancha Salcedo; Santiago Lardelli Picallos; Estefanía Luque Mármol; Uxia Rey Barreiro;

63 PROGRAMA DE DONACIÓN EN ASISTOLIA NO CONTROLADA (DANC) EN GRANADA "CÓDIGO ALFA": 12 AÑOS DE EXPERIENCIA

Elisabet Patricia Fuentes García; Jose Miguel Pérez Villares; Alberto Fernandez Carmona; Alberto Iglesias Santiago Iglesias Santiago;

68 PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS EN LA PRÁCTICA DE DEPORTE RECREATIVO

María Elva Redondo Martínez ; María del Carmen Sierra Queimadelos;



72 HIPERGLUCEMIA: FACTOR PRONÓSTICO EN EL PACIENTE TRAUMÁTICO GRAVE

Fernando Ferreras Nogales; M^º Isabel López Fernández; Mario Chico Fernández;

77 LA NORADRENALINA PUEDE MEJORAR LA PERFUSIÓN TISULAR DEL PACIENTE HEMORRÁGICO POR TRAUMA MAYOR EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO.

María Isabel Vázquez García; Jose Luis Pérez Sánchez; Celsa Graña del Rio; Sandra Sanz Sáez; Eduardo Barrero Barrero;

78 EN LAS PARADAS CARDIACAS (PCRS) ATENDIDAS POR UNA UNIDAD DE SVB, LA IDENTIFICACIÓN PRECISA DEL EVENTO Y LA DESFIBRILACIÓN PRECOZ SE CONSTITUYEN COMO ELEMENTOS DECISIVOS EN LA SUPERVIVENCIA SIN SECUELAS.

José Luis Moreno Martín; Emilio José Muñoz Hermosa; Domingo Salas Gomez; Miguel Ángel Muñoz Castro; David Vera Martín; Alberto Esquilas Garrote;

81 LA ENCEFALOPATÍA ANÓXICA TRAS LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA Y SU IMPACTO EN LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y...

María del Carmen Bermúdez Ruiz; Cristina López Martín; Alba María Baena Angulo; Fernando Onieva Calero; Juan Carlos Robles Arista; Carmen De la Fuente Martos;

91 ACCIDENTES BICICLETA TRADICIONAL VS BICICLETA ELÉCTRICA ¿LA TIPOLOGÍA DE SUS LESIONES VARIAN?

Eduardo Barrero Barrero; Daniel Fernández Castro; Antonia Martínez Vázquez; María Isabel Vázquez García;

94 LAS ESCALAS CASPRI Y GO-FAR COMO PREDICTORES DEL PRONÓSTICO NEUROLÓGICO EN LA PARADA CARDIO-RESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA. ¿SON APLICABLES?

Ana Delgado Pascual; Verónica García Pacios; Patricia de la Montaña Díaz; Raquel González Casanova; Cristina Galbán Malagón; Juan Carlos Martín Benítez;

99 BENEFICIO DEL SEGUNDO ENFERMERO EN LA ASISTENCIA PREHOSPITALARIA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO GRAVE

Sara Isabel Montero Hernández; Carlos Rodríguez Blanco; Rosa Suarez Bustamante; Consuelo Caniego Rodrigo; Alberto Hernández Tejedor; Jesús Rodríguez Barroso;

100 EL PACIENTE PEDIÁTRICO GRAVE, EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIO EN 20 AÑOS

Sara Isabel Montero Hernández; Carlos Villamor Sánchez; Alberto Hernández Tejedor; Fernando Miguel Saldaña; Jose Antonio Lara Fernández; Iván Ferrer Navajas;

105 EPIDEMIOLOGÍA DE LA MUERTE SÚBITA CARDIACA EN EL ÁREA MEDITERRANEA

Youcef Azeli; Eneko Barbería; Silvia García Vilana; Silvia Solà Muñoz; Xavvier Jimènez Fàbrega; Alfredo Bardají;

107 ANÁLISIS DE PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS ATENDIDAS POR UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

Álvaro Arribas Cerezo; Idoia Adanero Calvo; Marcos Juanes García; Valvanera Cordón Hurtado; Sara Iglesias Gutiérrez; Jorge Pascual Fernández;

110 ANALISIS DEL LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS SECUNDARIAS A SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACION DEL ST.

Rosa Mancha Salcedo; Miguel Díaz-Távora Luque; Francisco Luis Pérez Caballero; Santiago Lardelli Picallos; Estefania Luque Mármol; Noemí Mara Gil Pérez;



111 ANALISIS DEL LAS CARACTERISTICAS DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS SECUNDARIAS A SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST.

Rosa Mancha Salcedo; Miguel Díaz-Távora Luque; Francisco Luis Pérez Caballero; Santiago Lardelli Picallos; Estefania Luque Mármol; Noemí Mara Gil Pérez;

114 PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y MANEJO DEL PACIENTE TRAUMÁTICO GRAVE EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS

María Isabel Vázquez García; José Luis Pérez Sánchez; Natalia Vanesa González Puebla; Eduardo Barrero Barrero; Beatriz Rodríguez Esplandiú; Sandra Sanz Saez;

118 ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL CÓDIGO ICTUS: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE UNIDADES DE SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO

Xavier Jiménez Fàbrega; Maria del Mar Escudero Campillo; Cristina Soro Borrega; Anna Deulofeu Font; Maria del Mar Campuzano Garcia; Silvia Solà Muñoz;

121 ¿HAY CORRELACIÓN ESTADÍSTICA ENTRE METABOLITOS Y VASOPRESORES USADOS EN EL MANEJO PRECOZ DE LA PCR Y SU PRONÓSTICO?

Carlos Luis Villamor Sánchez; Sara Isabel Montero Hernandez; Jesús Rodríguez Barroso; Tomás Casado Robles; Jose Antonio Lara Fernández; Francisco Javier Concejero Ballesteros;

127 INFLUENCIA DEL CORAZÓN EN LA BIOMECÁNICA DEL TÓRAX DURANTE LA RCP Y SU ASOCIACIÓN CON LAS LESIONES TORÁCICAS ÓSEAS GRAVES.

Youcef Azeli; Silvia García Vilana; Vikas Kumar; Saurav Kumar; Inés Landín; Eneko Barbería;

129 PCR RELACIONADA CON LA PRÁCTICA DEPORTIVA ¿ESTAMOS ANTE UNA PARADA “DIFERENTE”?

Arturo Alfonso de Blas de Blas; Ana Luján Chamorro; Isabel Canales Corcho; Natalia Vanesa González Puebla; Ester Moyano Boto;

136 CÓDIGO INFARTO EN MEDICINA EXTRAHOSPITALARIA UTILIDAD DE TROPONINA DE ALTA SENSIBILIDAD

Natalia Vanesa González Puebla ; Beatriz Rodríguez Esplandiú; Alberto Hernandez Tejedor; M^a Isabel Vazquez García; Jose M^a García de Buen; Sara Isabel Montero Hernandez;

139 LA PARADA CARDIACA EN MEDIOS HEMS. USO DE CARDIOCOMPRESORES MECÁNICOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE RESULTADOS

Isabel Bueno Mokhtari ; Gabriel Anoro Pueyo;

ÍNDICE DE POSTERS



1 APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE RCP TELEFÓNICA EN SALA DE COORDINACIÓN 061. CÓMO LO HACEMOS Y POSIBILIDADES DE MEJORA

José Campos Blanco; I. Navarrete Cardero; A. Gomez José;

2 FORMACIÓN EN DESFIBRILACIÓN AUTOMÁTICA EXTERNA Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN LA UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA. ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN Y COSTES

Ángel López González; Joseba Rabanales Sotos; Carmen María Guerrero Agenjo; Lorena Rozas Bueno; Jaime López Tendero; Alicia López Tendero;

3 PRIMEROS AUXILIOS Y RCP EN LA ESCUELA. FORMADOR DE FORMADORES. DISEÑO DE UN ACCIÓN FORMATIVA.

José Antonio Subiela García; Jaime Danilo Calle Barreto; Luis Jimenez Alvado; Paula Martín González; Antonio Manuel Torres Pérez; Juan José Aguilón Leiva;

4 INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE LA ENFERMERA ESCOLAR: RCP EN LA ESCUELA

José Antonio Subiela García; Vanesa Gallardo Rueda; Ana Belén García García; Jaime Danilo Calle Barreto; Luis Jimenez Alvado; Paula Martín González;

6 UNA AYUDA CUANDO NO HAY MANOS SUFICIENTES

Irati Garrido Santos; Silvia Carbajo Azabal; Begoña Garcia Fontenla; Ana Del Rio;

7 061 DÍGAME... RAPIDEZ Y CALIDAD ¿ES TODO POSIBLE?

Judith Martín López; Vicente Cañellas Salvado; Yasmina Martín López; Juan Carlos Galiana García; Jorge Barea Mañas; Pilar Taura Juanco;

10 VASOESPASMO CORONARIO DE DIFÍCIL CONTROL FARMACOLÓGICO. ¿Y AHORA QUÉ?

Cristina Padrón Vilar; Melania Esther Alonso Curbelo;

11 SÍNDROME DE KOUNIS: UNA EMERGENCIA TAMBIÉN EXTRAHOSPITALARIA

Paloma Romero Pérez;

12 ACTUACIÓN ANTE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EMBARAZDAS

Jorge Op De Beek Carmona;

13 ¿Y DESPUES DEL POLITRAUMA QUE?

Mikel Fuertes de Luis; Eider Arbizu Fernández;

14 ¿EXISTE RIESGO CARDIOVASCULAR EN RELACIÓN CON LA FASE LUNAR?

Jorge Barea Mañas; Judith Martin Lopez; Yasmina Martin Lopez; Vicente Cañellas Salvado; Juan Carlos Galiana Garcia; Maria Antonia Marimon Xamena;

16 MANEJO DE LA VÍA INTRAÓSEA EN SITUACIONES DE URGENCIA

Alba Marina Calvo Bota; Maria Tortella Oliver; Diego Iglesias Riera;

ÍNDICE DE PÓSTERS



17 PACIENTE CRÍTICO: LA ALTERNATIVA INTRAÓSEA

Milagros Cabedo Pérez; Tania Téllez Mompó; Patricia Servén Gil; Marta Ortilles Tejera; Monica Campán Massana;

20 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN EMERGENCIAS SANITARIAS DE BALEARES EN INCIDENTES DE MÚLTIPLES VICTIMAS

Jorge Luis Troya Miguez; David Barceló Román; Laura Núñez Tejedor; Benjamín Troya Miguez; Margarita Adrover Fluxa; Gabriel Ángel Estarellas Estarellas;

23 RCP EN LA ESCUELA

Ines Rubi Alzugaray; José María Álvarez Franco; Aina Cabot Mesquida; Aina Garrido Salva;

24 PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LAS PARADAS CARDIACAS PEDIATRICAS ATENDIDAS POR UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO.

Manuela López Castellanos; Cristina Barneto Valero;

25 ALGORITMO ABCDE PARA SOPORTE VITAL AVANZADO 2022

Pablo Álvarez Lois;

26 MISMA PATOLOGÍA, DIFERENTE PRESENTACIÓN

Antonio Sanjuán Linares; Rosa Maria Jiménez Gallego; Carmen María Benito Romeral ; Carmen Puerta Castellano; Sergio Atienza Martínez; José Manuel Lijarcio Segovia;

29 RCP TELEFÓNICA DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTORES EN EMERGENCIAS SANITARIAS

María del Pilar Aguayo Torres; aría del Carmen Santos Méndez; Jose Manuel Llergo Ballesteros; Daniel Porrás Aguayo; Álvaro Ayuso de la Calzada;

31 CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS DE CÓDIGO ICTUS ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

José Luis Arjona Huertas; Rafael Siendones Castillo; Joaquin Pelaez Cherino; Suzana Maloparac Oliver; Elisa Isabel Delgado Padiá;

32 CÓDIGO ICTUS. FIBRINOLISIS Y/O TROMBECTOMÍA EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL.

José Luis Arjona Huertas; Rafael Siendones Castillo; Joaquin Pelaez Cherino; Suzana Maloparac Oliver; Elisa Isabel Delgado Padiá;

33 DOS CÓDIGOS EN DOS SEMANAS

Valeria Sánchez Pareja; Marta Marín Pedrero; Esther Venegas Rubiales;

34 METODOLOGÍA CUASI-EXPERIMENTAL EN TALLER DE REANIMACIÓN CARDÍACA: UNA HORA ES SUFICIENTE

Manuel Jesús López Gallego; Inmaculada Naranjo Saucedo; María José Fernández Fernández;

35 EL CINTURÓN LE SALVÓ, AUNQUE LE FASTIDIÓ

Valeria Sánchez Pareja; Inmaculada Luna Barrones ; Marta Marín Pedrero;



36 SHOCK ANAFILÁCTICO COMO CAUSA POTENCIAL DE PARADA CARDIO RESPIRATORIA. ANÁLISIS DE UN CASO.

Carmen María Benito Romeral; Antonio Pérez Alonso; Rosa María Jiménez Gallego; Víctor Torrealba Rodríguez; David Plaza Jiménez; Antonia Martínez Vázquez;

37 ¿ES EFECTIVA LA REALIDAD VIRTUAL PARA LA ENSEÑANZA DEL SOPORTE VITAL BÁSICO EN EL ALUMNADO DE ENFERMERÍA?

Patricia García-Pazo; Sandra Pol-Castañeda; Lourdes Luque López;

38 USO DE SANGRE COMPLETA EN RESUCITACIÓN DEL SHOCK HEMORRÁGICO EN EMERGENCIA CIVIL EXTRAHOSPITALARIA: ¿UN NUEVO PARADIGMA O UNA ANTIGUA CONOCIDA?

Johan Ribas Teixidó; Dolsa Basons Marquina; David Perona Moreno; Mireia Latorre Zarcero; Pedro Soguer Gómez;

39 FIBRILACIÓN AURICULAR DESCOMPENSADA

Cristina Patricia Ulloa Jerez; Esther Venegas Rubiales; Marta Marin Pedrero;

40 PARADAS CARDIACAS EXTRAHOSPITALARIAS ATENDIDAS POR UNIDADES DE SOPORTE VITAL BÁSICO EN LA RIOJA DURANTE EL AÑO 2021

Diego Saranova de Marcos; Fernando Rosell Ortiz ; Juan Carlos González Barquín;

41 CASO CLÍNICO: BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO EN SERVICIO DE EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA SECUNDARIO A BETABLOQUEANTE OFTÁLMICO (TIMOLOL)

Pilar Medina Díaz; Rafael Rivas Moreno; Juan Ramón Manzano Alonso; José María Torres Garvía; Pilar Varela García; Sara Hernández Martínez;

42 LA IMPORTANCIA DE LA ANTICOAGULACIÓN POSTCIRUGÍA

Inmaculada Luna Barones; Marta Marín Pedrero; Cristina Patricia Ulloa Jerez;

43 CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Inmaculada Luna Barrones; Carmen Nieto Ordoñez; María de los Ángeles Rodríguez Juliá;

45 ACTIVACIÓN DE CÓDIGO PCR Y POLITRAUMA EN INCIDENTES APS.

María de Lluç Martínez Avellaneda; María Capellá Ripoll; Freya María Vargas Herguezábal; Rosa María Sánchez Santos; Raúl Burló Martínez; Isabel Juste Pina;

46 NO TODA CONVULSIÓN ES UNA EPILEPSIA

Almudena Morales Sánchez; Ana María López Nájera; Raquel Sánchez Martín; Héctor Manuel Pablo Hernández; Sergio Sánchez Rubio;

47 REANIMACIÓN ECOGUIADA EN EL BOX DE CRITICOS

Lautaro Llorens Falcetti; Orlinda Yohandra Gomez Nieves; Victor Alfonso Mairena Fernandez; Cristina Burgos Forte; Ana Isabel Malagon Mercado;

48 CAUSAS REVERSIBLES DE PARADA CARDIO RESPIRATORIA CON ACTIVACION DEL PROTOCOLO DE TRANSFUSION MASIVA

Lautaro Llorens Falcetti; Eva Maria Arias Martinez; Victor Alfonso Mairena Fernandez; Cristina Burgos Forte; Ana Isabel Malagon Mercado;



49 REPOSICIÓN POLÉMICA EN EL SHOCK HEMORRÁGICO EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

Andreea Simioana; Franciso Jose Gomez Gomez;

51 EL SALVAVIDAS IMPLANTABLE

Cristina Patricia Ulloa Jerez; Maria Suárez Salvado; Guillermo García Santos;

52 PROTOCOLO RCP POR PARTE EQUIPO DE COORDINACIÓN AVANZADA

Diego Jesús Sánchez de Fez; Luz María Blanco Montálvez; Tamara Aguilar Pérez; Manuel Damián González Herrera;

53 HIPOTENSIÓN Y BRADICARDIA EN PACIENTE AHORCADO

Ana María López Nájera; Almudena Morales Sánchez; Patricia Calles Prieto; Maria Joaquina González Román; Jose Izquierdo Castellano; Manuel Pinchete de la Calle;

54 NUESTRO SALVAVIDAS

Marta Marín Pedrero; Inmaculada Luna; Maria del Carmen Quero Sánchez;

55 FIBRILACIÓN VENTRICULAR Y DOLOR TORÁCICO

Laura Rocío Gómez Díaz; Gonzalo Llera García ; Paula Trujillo Hernández; Melania Esther Alonso Curbelo;

56 ESTUDIO DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS ATENDIDAS POR UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS

José Abuín Flores; Susana Rodríguez Barreiro; María del Pilar Pavón Prieto; Gustavo Brea Torres; José Antonio Iglesias Vázquez; Gabina Pérez López;

58 SINDROME CORONARIO AGUDO, ANSIEDAD COMO PRIMER INDICADOR

Begoña de la Oliva Delgado; Fernando de Miguel Saldaña; María Antonia Martínez Vázquez;

60 EL TRAUMA GRAVE EN LA EMERGENCIA PREHOSPITALARIA

María del Pilar Pavón Prieto; Susana Rodríguez Barreiro; José Abuín Flores; Mónica Álvarez Álvarez; Miguel Freire Tellado; José Antonio Iglesias Vázquez;

61 IMPLANTACIÓN DE UN CÓDIGO PARADA EN UN HOSPITAL HORIZONTAL DE TERCER NIVEL

Juan Carlos Sánchez Rodríguez; Elena Alonso Martínez; Maria Flor Martín Rodríguez; José Mario Hernández Gajate; José Ramón Oliva Ramos; Jesús Ángel Moche Loeri;

65 RCP Y DESA EN LA FORMACION DEL PRIMER RESPONDIENTE ¿SE MANTIENEN LOS CONOCIMIENTOS?

Esteban Gacimartin Maroto; María Ángeles Jurado Sánchez; Ángel Gacimartin Maroto; Raquel Seguido Chacón;

66 EL TRAUMA PEDIÁTRICO EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

Susana Rodríguez Barreiro; María del Pilar Pavón Prieto; José Abuín Flores; Carmen María Gándara Quintas; Miguel Freire Tellado; Ursino Veloso García;



67 PARADA CARDIORRESPIRATORIA CON PROTOCOLO DE SOPORTE VITAL AVANZADO EN CIRUGÍA EXTRACORPÓREA

Alba María Baena Angulo; Cristina López ; María del Carmen Bermúdez; Lorena Prados;

69 ECOGRAFÍA DURANTE LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Mª Isabel López Fernández; Fernando Ferreras Nogales;

70 LA CIBERASISTENCIA EN LA CADENA DE SUPERVIVENCIA

María Patricia González Rico; Maria Luisa Dominguez Perez; Ana Maria Cintora Sanz; Soledad Gómez de la Oliva; Patricia Blanco Hermo; Pilar Medina Díaz;

71 APOSTANDO POR EL RECUERDO. PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUA EN SOPORTE VITAL BÁSICO Y DEA.

Vanessa Fernández Estévez; Noelia Grandal Vila;

73 REVISIÓN DE LA UTILIDAD DE LA ESCALA Q-SOFA COMO PREDICTORA DEL PACIENTE POTENCIALMENTE GRAVE

Israel Coronado Contreras; Beatriz Polo Gaitán; Gloria Barneto Calero; Eva Gañán Torrado; Laura Cidoncha Morales;

74 ACTUACIÓN ANTE UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN URGENCIAS QUE DERIVA EN SHOCK HIPOVOLÉMICO Y SU REVALUACIÓN POR PARTE DE ENFERMERÍA EN TRIAJE.

Eva Gañán Torrado; Luis Colorado Sánchez-Arévalo ; Israel Coronado Contreras; Beatriz Polo Gaitán ; Gloria Barneto Calero ; Laura Cidoncha Morales;

75 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS DEL REGISTRO DE ASISTENCIA DE PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS INTRAHOSPITALARIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. GRUPO ARIAM.

Alba María Baena Angulo; Tania Amat; María del Carmen Bermúdez; Lorena Prados; Cristina López; Carmen de la Fuente;

76 DEL SIMULACRO A LA REALIDAD EN EL CODIGO ICTUS

Daniel Moral Alguacil; Susana Jurado Fernández; Salvador Rosado Martin; Dario Quintana Lavado; Mª Elena Pendón Nieto;

79 ENTRE BRADICARDIA Y TAQUICARDIA EN UNA ENFERMEDAD DE CHAGAS

Cristina Burgos Forte; Trinidad María Lopez Martin; Julio Gállego Martinez; Lautaro Llorens Falcetti; Africa Pacheco Perez; Guillermo García Santos;

80 MIOPERICARDITIS POSTVACUNACIÓN COVID19

Cristina Burgos Forte; David Jose Deblas Sandoval; Cristina Patricia Ulloa Jerez; Victor Alfonso Mairena Fernández; Guillermo García Santos; Gloria Rodriguez Urrutia;

82 ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA REANIMADA

Cristina Lopez Martín; Mª del Carmen Bermúdez Ruiz; Fernando Onieva Calero; Alba María Baena Angulo; Juan Carlos Robles Arista; Carmen De la Fuente Martos;



83 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

María del Carmen Bermúdez Ruiz; Cristina López Martín; Alba María Baena Angulo; Raquel Moya Riballo; Juan Carlos Robles Arista; Carmen De la Fuente Martos;

84 "AY PENA, PENITA, QUE HASTA EL CORAZÓN ME QUITA"

Ana Isabel Crespo Martínez; Félix Martín Álvarez;

85 ENCEFALOPATÍA POR CONTRASTE TRAS NEUROINTERVENCIÓN. CASO CLÍNICO.

Patricia Valiente Raya; Vitor Yordanov Zlatkov; Guillermo Rubio de la Garza; Alba Palazón Blanco; Patricia Alonso Martínez; Carlona Postigo Hernández;

86 ENFERMEDAD DE MOYA MOYA COMO CAUSA DE ICTUS HEMORRÁGICOS.

Patricia Valiente Raya; Raquel González Casanova; Verónica García Pacios; Inés García González; Sara Helelna De Miguel Martín; María Bringas Bollada M;

87 ESTUDIO DEL TIEMPO PUERTA-TAC EN LOS CÓDIGOS ICTUS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

Israel Coronado Contreras; Eva Gañán Torrado; Elena Sanabria Sánchez; Beatriz Polo Gaitán; Gloria Barneto Calero; Laura Cidoncha Morales;

88 INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON IMAGEN DE ST "EN LAPIDA"

Antonia Martínez Vázquez; Eduardo Barrero Barrero; Carlos Rodríguez Blanco; Begoña de la Oliva Delgado; Abel Jimeno de Pablo; Carmen María Benito Romeral;

89 EL ERROR COMO METODOLOGÍA DE APRENDIZAJE PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LAS COMPRESIONES TORÁCICAS

Inmaculada Naranjo Saucedo; Manuel Jesús López Gallego; María José Fernández Fernández;

90 ESTUDIO DESCRIPTIVO ACCIDENTES DE BICICLETAS ¿INFLUYE EL SEXO EN SU TIPOLOGÍA?

Eduardo Barrero Barrero; Daniel Fernández Castro; Antonia Martínez Vázquez; María Isabel Vázquez García;

92 LA IMPORTANCIA DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON TCE GRAVE INTRAHOSPITALARIO.

Beatriz Polo Gaitán; Gloria Barneto Calero; Israel Coronado Contreras; Eva Gañán Torrado; Laura Cidoncha Morales; Elena Sanabria Sánchez;

93 ASISTENTE DE RCP: ¿QUE PUEDE APORTAR UNA APLICACIÓN PARA DISPOSITIVOS MÓVILES EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA?

Fernando Estevez-Gonzalez; Rosalía Peral-Rodríguez;

95 TAQUICARDIA VENTRICULAR SECUNDARIA A CARDIOTOXICIDAD MEDICAMENTOSA

Anastasia Scarlatescu; Henar las Heras González; Mercedes Moledo Rivero; Dácil de León Pérez; Guacimara Guerra Ruíz; Raul Salmerón Fuentes;

ÍNDICE DE PÓSTERS



96 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM) EN URGENCIAS Y LA IMPORTANCIA EN LOS TIEMPOS DE REPERFUSIÓN CORONARIA SEGÚN EL CÓDIGO INFARTO EN EXTREMADURA (CODINEX)

Laura Cidoncha Morales; Beatriz Polo Gaitan; Israel Coronado Contreras; Gloria Barneto Calero; Eva Gañan Torrado; Elena Sanabria Sanchez;

97 CUANDO EL RUIDO NO NOS DEJA VER

María Araceli Miró López;

98 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA. CUANDO LA CEFALEA NO ES EL PRIMER SÍNTOMA

María Araceli Miró López;

101 "SIMULAR". ¿ENSEÑAMOS BIEN RCP?

José Diego Tendero Rebollo; Ana Isabel Alba Vargas; Jordi Molina Carrillo; Ricardo Triguero Pérez;

102 NECESIDAD DE FORMACIÓN EN RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA PARA AUMENTAR LA SUPERVIVENCIA A UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Lucía García Marcos; Ana Dominguez Leon;

103 NECESIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES EXTRAHOSPITALARIOS, DURANTE EL TRASLADO EN AMBULANCIA. HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Ana Domínguez León; Lucía García Marcos;

104 LA ACTUACION DE ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS ANTES UN PACIENTE CON DEFICIT NEUROLOGICO

Gloria Barneto Calero; Beatriz Polo Gaitán; Israel Coronado Contrera; Eva Gañán Torrado; Laura Cidoncha Morales; Elena Sanabria Sánchez;

106 HEMORRAGIA PULMONAR MASIVA EN CONTEXTO DE PARADA CARDIACA

María Victoria Barrabés Solanes; Maite Odriozola Garmendia; Mario García Parra; Pilar Maraví Artieda; Óscar Alcalde Rodríguez; Gonzalo Luis Alonso Salinas;

108 DEL MAREO AL BLOQUEO

Marta Marín Pedrero; Cristina Patricia Ulloa Jerez; Carmen Nieto Ordoñez; Victor Alfonso Mairena Fernández; Ana Cristina Martín Acevedo;

109 POLITRAUMATISMO CON FRACTURA PÉLVICA POR ACCIDENTE LABORAL

Valvanera Cordón Hurtado; Álvaro Arribas Cerezo; Idoya Adanero Calvo; Marcos Juanes García; Diego Saranova De Marcos; Juan Carlos González Barquín;

112 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) TELEFÓNICA, MEJORANDO LA EFICIENCIA DE LA CADENA DE SUPERVIVENCIA

Valvanera Cordón Hurtado; Álvaro Arribas Cerezo; Idoya Adanero Calvo; Marcos Juanes García; Alberto Agudo Calvo; Jose Zuazo Moral;



113 ENFERMEDAD DE BARLOW Y DISYUNCIÓN DEL ANILLO MITRAL, ALIADOS EN LA MUERTE SÚBITA.

Ana Delgado Pascual; Mercedes Vivar Vela; Francisco Javier González Ogallar; Sandra Catalina García-Perrote; María Calle Romero; Sara Domingo Marín;

115 ANÁLISIS DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS EN LA UCI DEL HOSPITAL DE MÉRIDA.

Rosa Mancha Salcedo; Miguel Díaz- Távora Luque; Francisco Luis Pérez Caballero; Santiago Lardelli Picallos; Estefanía Luque Mármol; Noemí Mara Gil Pérez;

116 PEQUEÑO SANGRADO, GRANDES CONSECUENCIAS

Mercedes Moledo Rivero; Scarlatescu Anastasia; Dácil Rosario de León Pérez; José Arriba Roger; Iris del Mar Cabrera Martín; María Elena Medina Rodríguez;

117 FORMACIÓN EN RCP EN LAS DIFERENTES ETAPAS ESCOLARES

Elena Alonso Martínez; Juan Carlos Sanchez Rodriguez; Maria Flor Martín Rodríguez; Jesús Angel Moche Loeri; Jose Mario Hernández Gajate; Jose Ramón Oliva Ramos;

120 PARADA EXTRAHOSPITALARIA CON IMPLANTE DE ECMO HOSPITALARIO

María Victoria Barrabés Solanes; Maite Odriozola Garmendia; Pablo Legarra Oroquieta; Pilar Maraví Artieda; Haritz García;

122 DETERMINACIÓN DE TROPONINA DE ALTA SENSIBILIDAD (HS-TNI) EN SCASEST

Beatriz Rodriguez Esplandiu; Natalia Vanesa González Puebla; M^º Isabel Vazquez García; Alberto Hernandez Tejedor; Jose M^º García de Buen; Sara Isabel Montero Hernández;

123 YATROGENIA, ETIOLOGIA A TENER EN CUENTA

Anastasia Scarlatescu; Henar de las Heras González; Francisco Torlai Pardo; Rodolfo Rogelio Delgado Martínez; Dácil Rosario de León Pérez; Regina Hernández Fránquiz;

124 EPIDEMIA DE FENTANILO

María José Rodríguez González; Cristina Barberán Morales; Milagros Rocio García Junquero; Eduardo Segura Fernández;

125 PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN PACIENTE CON SINDROME DE BRUGADA

María José Rodríguez González; Milagros Rocio García Junquero; Eduardo Segura Fernández; Cristina Barberán Morales;

126 UNIFICACIÓN DE CARROS DE PARADA Y ACTUALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO EN SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Fernando Estevez Gonzalez; Francisco Rolo Mejias; Maria del Carmen Lopez Lopez; Marina Martinez Lopez; Maria Torres Rodriguez; Rosalia Peral Rodriguez;

128 ENTRE TODOS SALVAMOS VIDAS: CARDIOPROTECCIÓN EN LAS CIUDADES

María Grañeda Iglesias; Cristina Vazquez Donis; Teresa Cuetos Azcona; Mirian Reguero Martín; Juan José Fernandez Carbajo;

130 EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN DE UN PLAN DE FORMACIÓN EN SOPORTE VITAL EN UN ÁREA DE SALUD

José Mario Hernández Gajate; María Flor Martín Rodríguez; Elena Alonso Martínez; Juan Carlos Sánchez Rodríguez ; José Ramón Oliva Ramos; Berta Tijero Rodríguez;



132 PROCESO PARA LA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL DETERIORO CLÍNICO INESPERADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: DIFICULTADES EN LA IMPLANTACIÓN Y PLAN DE MEJORA.

Elena Guzmán Unamuno; Teresa Aquerreta Larraya; Maria Angeles Guillen Chalezquer; Cristina Gordo Luis;

134 PROYECTO DE MEJORA PARA LA PREVENCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS PROVOCADAS POR EL SISTEMA DE COMPRESIÓN TORÁCICA

Teresa Aquerreta Larraya; Elena Guzmán Unamuno; Maria Angeles Guillen Chalezquer;

135 EFECTIVIDAD DEL APRENDIZAJE EN SOPORTE VITAL BÁSICO DE ALUMNOS DE 6º DE PRIMARIA DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE ALHAURÍN DE LA TORRE (MÁLAGA) UTILIZANDO LA CREACIÓN DE SU PROPIO MATERIAL DE SIMULACIÓN. UN ESTUDIO CUASI-EXPERIMENTAL.

Mónica Núñez Moreno; Juan Carlos Miranda Domínguez; Cristina Bueno Martín; María Victoria Guerrero Rodríguez;

137 SOPORTE VITAL PREVIO A LA LLEGADA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS (SEM) EN UNA PARADA CARDIORESPIRATORIA (PCR) EXTRAHOSPITALARIA (EH).

Esther Arias Moya; Andreu Mira Galmés; Laura Asunción Bueno López; Juan José Garcia Líndez; Ana María Uréndez Ruiz; Andreu Mascaró Galmés;

138 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA PARADA CARDIORESPIRATORIA (PCR) EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS EXTRAHOSPITALARIAS(SEM) AÑO 2022.

Andreu Mira Galmes; Esther Arias Moya; Laura Asunción Bueno López; Juan Jose García Lindez; Ana María Urendez Ruiz; Andreu Mascaró Galmés;

MONÓLOGOS CERCP: "TED TALKS"

SÁBADO DÍA 26



09:00 - 09:10. Número de charla: 01

APRENDIZAJE SERVICIO EN UNA FACULTAD DE ENFERMERÍA. UNA OPORTUNIDAD PARA LA FORMACIÓN DE NIÑOS EN PRIMEROS AUXILIOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Ángel López González

09:12 - 09:22. Número de charla: 02

LOS CLUBES DE LEONES DE URUGUAY ENSEÑAN RCP A LA POBLACIÓN. Jorge Constantino Fabeiro Mosconi

09:24 - 09:34. Número de charla: 03

PARO O SIGO. Luis Ángel Díaz Lechón

09:36 - 09:46. Número de charla: 04

"UN PACIENTE PARTICULAR: LA FORMACIÓN EN SVB EN MUTUA UNIVERSAL". Pilar Tabares Ruiz

09:48 - 09:58. Número de charla: 05

CHANOYU: TÉ, RCP Y HONESTIDAD. Antonio Triviño Varón

10:00 - 10:10. Número de charla: 06

SI ME SIENTO ME VUELVE A DAR. Covadonga Herrera Cantera

10:12 - 10:22. Número de charla: 07

MI EXPERIENCIA CON EL USO DE LA ECOGRAFÍA EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA. Lorena Cuesta García

12:30 - 12:40. Número de charla: 08

MAGIA EN LAS MANOS. Noelia María Muñoz Guillén

12:42 - 12:52. Número de charla: 09

ECOGRAFÍA EN LA PARADA CARDÍACA INTRAHOSPITALARIA: SÍ? NO? QUÉ? CÓMO? CUÁNDO? HASTA CUÁNDO? LO QUE DICEN LAS GUÍAS Y LAS LECCIONES DE LA VIDA REAL

Carmen Martínez Buendía

12:54 - 13:04. Número de charla: 10

Y AHORA ¿QUÉ HAGO?. Javier Cabez Rojo

13:06 - 13:16. Número de charla: 11

CAMINANDO HACIA LA RCP PERSONALIZADA. Youcef Azeli Jarosch que no salvó la vida de uno, pero cambió la vida de muchos.

COMUNICACIONES ORALES



05

SÁBADO 26
09.00-09:10hSESIÓN 1.
SALA MULTIUSOS 3

PRIMER FIRMANTE

María de la O Casamayor
Lerena

AUTORES

María de la O Casamayor
Lerena; Ana María
Ezquerro García;

CENTROS DE TRABAJO

Centro de Salud Alberite
Hospital San Pedro

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS COMPRESIONES TORÁNICAS USANDO MANIQUIES CON FEEDBACK EN CURSOS DE RCP

INTRODUCCIÓN

Realizar compresiones torácicas (CT) de calidad durante la resucitación cardiopulmonar (RCP), está directamente relacionado con la supervivencia de los pacientes que han sufrido una parada cardíaca, es por ello que la formación en RCP debe ir dirigida a la enseñanza práctica, con el objetivo de conseguir CT que cumplan los requisitos de calidad establecidos en las recomendaciones del European Resuscitation Council.

OBJETIVOS

Valorar el efecto de la formación práctica de los cursos de RCP en la calidad de las compresiones torácicas.

METODOLOGÍA

Estudio cuasi-experimental ciego, diseño antes-después.
Población: alumnos de cursos de RCP siguiendo la metodología del Plan Nacional de RCP.
Variables: sociodemográficas. Experiencia profesional.
Compresiones torácicas: número, porcentaje ritmo adecuado, re-expansión, compresión, profundidad y valoración global.
Recogida de datos: se realizaron 2 simulaciones de 1 minuto (antes y después de las prácticas). El maniquí utilizado fue Little Anne®

con sistema QCPR.

Análisis estadístico: Descriptivo. Análisis comparativo: T de Student para datos pareados.

RESULTADOS

Participaron 106 alumnos. Mujer 101 (95,3%). Edad media 45,65 años.

Profesión: Médico 7 (6,61%), Enfermera 65 (61,3%), Técnico Cuidados Auxiliares Enfermería 31 (29,2%) Otros 3 (2,8%) Experiencia profesional 18,60±10,95 años. Formación en RCP 90 (84,9%)

Análisis compresiones torácicas antes/después:

Número de compresiones 134,71vs113,22 (P=0,000).

Porcentaje ritmo adecuado 25,03vs69,96 (P=0,000).

Porcentaje de re-expansión (68,37vs90,78) P=0,000.

Porcentaje de compresión (88,58vs93,87) P=0,048

Profundidad (49,46vs50,48) P NS.

Valoración global (58,95vs93,82) P=0,000.

En la medición inicial 11 alumnos (10,37%) consiguieron realizar CT con frecuencia adecuada y re-expansión y compresión ≥ 95% frente a 54 (50,94%) en la medición final.

CONCLUSIONES

Visualizar la ejecución de las compresiones torácicas mediante maniqués con Feedback objetivo, ayuda a mejorar las habilidades necesarias para realizar CT de calidad.

08

SÁBADO 26
09:12-09:22hSESIÓN 1.
SALA MULTIUSOS 3PRIMER FIRMANTE
Jordi Castillo GarcíaAUTORES
Jordi Castillo GarcíaCENTROS DE TRABAJO
Institut Catalá de la Salut

COMPETENCIAS EN SOPORTE VITAL BÁSICO TRAS UN CURSO CON O SIN IMPARTICIÓN DE VENTILACIONES PULMONARES: ESTUDIO DE COHORTES HISTÓRICO

INTRODUCCIÓN

En Europa, a diferencia de otros países, la formación acreditada en Soporte Vital Básico continúa incluyendo las ventilaciones de rescate. Aunque se trabaja en simplificar las Guías Internacionales son escasos los artículos que comparan los resultados de aprendizaje de ambos tipos de formaciones (con o sin ventilaciones de rescate).

OBJETIVOS

El objetivo de nuestro estudio es comparar los conocimientos teóricos y habilidades prácticas tras una formación reglada en soporte vital básico y uso del desfibrilador externo automático con o sin impartición de ventilaciones de pulmonares.

METODOLOGÍA

Estudio comparativo de cohortes histórico con estudiantes de grado en ciencias de la salud. En una cohorte se impartieron ventilaciones pulmonares y en la otra no. Se utilizaron los mismos instrumentos de recogida de datos para ambas cohortes: examen tipo test de conocimientos, datos del maniquí inteligente y parrilla de observación del instructor. Se compararon las medias de las puntuaciones de los conocimientos y habilidades prácticas monitorizadas por el maniquí con pruebas t para muestras independientes.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 497 alumnos, sin diferencias significativas entre las dos cohortes en cuanto a características sociodemográficas. Las medias de las puntuaciones de los conocimientos y de las habilidades monitorizadas por el instructor y por el maniquí fueron estadísticamente mayores en la cohorte en la que la formación no incluyó ventilaciones pulmonares.

PALABRAS CLAVE

Resucitación cardiopulmonar, educación, competencias

CONCLUSIONES

Los estudiantes que participan en formación en soporte vital básico en la que no se imparte hhh ventilaciones pulmonares parece que obtienen mejores resultados que los que participan en formación en la que sí se imparte. Una formación sólo con comprensiones simplificaría las guías, aumentaría el aprendizaje y la retención de los contenidos.

09

SÁBADO 26
09:24-09:34hSESIÓN 1.
SALA MULTIUSOS 3PRIMER FIRMANTE
Mikel Fuertes de LuisAUTORES
Mikel Fuertes de Luis;
Eider Arbizu Fernández;CENTROS DE TRABAJO
Servicio Urgencias
Extrahospitalarias.
Osasunbidea. Navarra.

ABCDE: COMO SE ATIENDE EL POLITRAUMA EXTRAHOSPITALARIO

INTRODUCCIÓN

El trauma grave es una causa de las causas de mortalidad más frecuentes en todo el mundo. La mayoría de estas muertes de pacientes con trauma grave ocurren en el entorno extrahospitalario, pero a pesar de ello la mayoría de los estudios publicados al respecto se basan en datos obtenidos de las muertes hospitalarias. Las características de la población que se ve afectada por esta entidad es variada y dependiente de los factores externos. Son escasos los estudios que nos muestran la epidemiología de las atenciones realizadas a nivel extrahospitalario, por lo tanto, es difícil conocer el tipo de actuación realizada y en consecuencia la emisión de medidas de mejora.

OBJETIVOS

Analizar las características de la atención extrahospitalaria de los pacientes con trauma grave en una comunidad de 659232 habitantes a lo largo de 10 años.

METODOLOGÍA

En este análisis se incluyeron, los pacientes registrados en la base de Trauma de la comunidad desde 2010 hasta 2019. Esta base incluye a los pacientes lesionados por agentes externos de cualquier intencionalidad con un valor de NISS (New Injury Severity Score) superior a 15 puntos, excluyéndose aquellos cuya admisión en el hos-

pital se produjo tras más de 24 horas, los asfixiados, los producidos por inmersión, ahorcamiento o quemados sin otras lesiones traumáticas, recogidos durante 10 años.

RESULTADOS

En una comunidad de 659.232 habitantes se han producido 1063 fallecimientos por trauma grave en 10 años de recogida de datos (2010-2019). De ellos, 624 fallecieron fuera del hospital y 439 dentro del hospital, mientras que 1547 pacientes sobrevivieron.

En cuanto al medio de transporte utilizado el 53% fueron trasladados en ambulancia medicalizada, 29.4% en ambulancia de soporte vital básico, 7% helicóptero medicalizado, 0.1% en helicóptero no medicalizado, 9.4% en vehículo privado y por último el 1.1% restante en otros medios de transporte.

En cuanto al tipo de tratamiento de la vía aérea se realizó de esta manera: 6.9% mediante intubación endotraqueal con fármacos, 1% dispositivos supraglóticos con drogas, 0.8% intubación endotraqueal sin fármacos, 0.5% dispositivos supraglóticos sin drogas y el 90.8% restante no se realizó intervención en la vía aérea.

La administración de oxigenoterapia se realizó en el 57.5% de los pacientes y no se administró en el 41.4% de ellos. Quedando un 1% de ellos sin tener registrada la característica.

La fluidoterapia fue administrada a nivel prehospitalario en el 60.3% de los pacientes y no se administró en el 39.7% restante. (...)

CONCLUSIONES

Tras los resultados obtenidos, destacan varios datos en cuanto a estrategias de mejora. En el apartado de los medios de transporte, destaca el 9.4% de los pacientes que acuden al hospital en su vehículo privado, ya que tratándose de una patología grave llama la atención que no se hubiese movilizado ningún recurso sea cual fuese el motivo. En cuanto a la intervención de la vía aérea, destaca la no intervención en el 90,8% de los casos. Al respecto de la oxigenoterapia y la fluidoterapia, más del 55% de los pacientes necesitan su uso. Por último, al 100% de los pacientes se le realizó algún tipo de inmovilización.

Los estándares y los protocolos al respecto de los datos analizados en la atención al trauma grave a nivel hospitalario no son definitorios ni están estrictamente establecidos (...)

18

SÁBADO 26
09:12-09:22hSESIÓN 1.
SALA MULTIUSOS 3PRIMER FIRMANTE
Manuela Mayo IglesiasAUTORES
Manuela Mayo Iglesias;
Francisco Bordés
Bustamante; Cristina
Alcaide Fernández; Juan
Luis Moreno Goma;CENTROS DE TRABAJO
Distrito Cádiz La Janda

IMPACTO PANDEMIA COVID-19 EN LAS PCR EXTRAHOSPITARIAS ATENDIDAS POR LAS UVI MÓVILES DE UN DISTRITO ATENCIÓN PRIMARIA

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es el cese brusco e inesperado de la circulación y la respiración espontáneas, siendo potencialmente reversible.

La pandemia de COVID-19, conocida también como pandemia de coronavirus, es una pandemia actualmente en curso derivada de la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2.

OBJETIVOS

Análisis de incidencia de PCR extrahospitalaria año 2020, en el periodo de confinamiento y los periodos denominados primera y segunda ola, en un distrito de atención primaria (AP).

METODOLOGÍA

Estudio de casos longitudinal retrospectivo, de incidencia de las PCR atendidas por los equipos móviles de urgencias y emergencias de un distrito de AP, en 2020.

Fuente: historia clínica digital de movilidad (HCDM).

Datos agregados por meses, revisando las historias con los CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) 427.5 (PCR con maniobras de soporte); 427.41 Fibrilación ventricular.

RESULTADOS

Observamos aumento significativo de la incidencia de las PCR en abril y mayo de 2020 con relación al resto del año ($\alpha=0,05$ y $\alpha=0,01$).

Observamos aumento no significativo de la incidencia de las PCR en junio, noviembre y diciembre de 2020 con relación al resto del año ($\alpha=0,05$ y $\alpha=0,01$).

Observamos aumento no significativo en la media de PCR en 2020 con respecto a 2019 ($\alpha=0,05$ y $\alpha=0,01$).

CONCLUSIONES

El aumento de PCR en abril, mayo, junio, noviembre y diciembre de 2020, coincide con los picos máximos de incidencia y mortalidad COVID-19. Este aumento coincide con la denominada "primera ola" y confinamiento. Durante abril y mayo de 2020, el aumento de las PCR fue mayor que en noviembre y diciembre; siendo contraria la tendencia de la mortalidad por COVID-19, tal vez por infradiagnóstico.

Las posibles causas del aumento de PCR pueden tener su origen en intervenciones de salud Pública (confinamiento); en el acceso al sistema sanitario (sobrecarga del sistema, retrasos, etc...); en la salud laboral (colocación, retirada de EPI y limpieza de material); en las políticas sanitarias (cambios en los protocolos); en factores psicológicos (retrasos en solicitud de asistencia); determinantes sociales (tabaquismo) y redistribución de recursos.

19

SÁBADO 26
09:24-09:34hSESIÓN 1.
SALA MULTIUSOS 3PRIMER FIRMANTE
María Ángeles López
MartínezAUTORES
María Ángeles López
Martínez; Mario Rodríguez
Arribas; Sandra Gómez
Martín; Angélica García
Jiménez; Luz María
Mellado Narciso; Juan
Antonio Cortés Higuero;CENTROS DE TRABAJO
IES Javier García Téllez
(Cáceres)

ESTUDIO COMPARATIVO DE TRES MANIQUÍ DE RESUCITACIÓN PARA FORMACIÓN DE RESCATADORES, CON Y SIN DISPOSITIVO EXTERNO

INTRODUCCIÓN

El aumento de PCR en abril mayo, junio, noviembre y diciembre de 2020, coincide con los picos máximos de incidencia y mortalidad COVID-19. Este aumento coincide con la denominada "primera ola" y confinamiento. Durante abril y mayo de 2020, el aumento de las PCR fue mayor que en noviembre y diciembre; siendo contraria la tendencia de la mortalidad por COVID-19, tal vez por infradiagnóstico. (...)

OBJETIVOS

- Encontrar el mejor maniquí, entre los testados, para la formación de RCP en el personal de emergencias.
- Valorar puntos fuertes y débiles de los maniquís objeto de estudio.
- Comprobar las mejoras que podría aportar el uso de un dispositivo de retroalimentación externo.

METODOLOGÍA

Se han testado tres maniquís (Practiman®, Brayden® y Anne®) que presentan diferencias tanto en su precio final como en el feedback que suministran. Un total de 52 alumnos de Formación Profesional de Emergencias Sanitarias y Emergencias y Protección civil realizaron la maniobra de RCP a los tres maniquís, sin conocimiento previo de sus

características o precio, siguiendo las recomendaciones de la ERC 2021.

Para ello, se dividieron en parejas, y se realizó la RCP durante tres minutos sin el dispositivo externo, rotando entre los dos compañeros. Al finalizar, se enseñaban los parámetros que aportaba el dispositivo externo y repetían tres minutos de RCP con el feedback que proporcionaba. Una vez finalizado, se realizaron los siguientes cuestionarios sobre el uso de cada maniquí:

- Percepción del alumno sobre el maniquí con/sin dispositivo externo (17 ítems).
 - Evaluación del alumno con/sin dispositivo (25 ítems).
 - Datos aportados por dispositivo (4 ítems).
- Con la información suministrada, se realizó alfa de Crombach de confiabilidad de los cuestionarios y prueba de rangos de Friedman para establecer diferencias significativas

RESULTADOS

Se encontraron diferencias significativas tanto en aspectos físicos del muñeco como en la utilidad del dispositivo externo para la valoración objetiva de la RCP.

CONCLUSIONES

- El maniquí mejor valorado fue el Anne® tanto por evaluadores como por el alumnado.
- El uso del dispositivo externo es muy útil en los tres maniquís para evaluación y mejora de la RCP.
- Los tres maniquís presentan puntos fuertes y débiles percibidos por alumnado e instructores.

22

SÁBADO 26
10:00-10:10hSESIÓN 1.
SALA MULTIUSOS 3PRIMER FIRMANTE
María Cristina Barneto
ValeroAUTORES
María Cristina Barneto
Valero; Manuela López
Castellanos;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

APLICABILIDAD DE LAS ESCALAS DE TRAUMA MPAG Y GAP, COMO PREDICTORAS DE MORTALIDAD, EN EL TRAUMA GRAVE, EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS URBANO

INTRODUCCIÓN

Existen diferentes escalas predictoras de alteraciones anatómicas, fisiológicas y probabilidad de supervivencia del paciente traumatizado grave.

OBJETIVOS

Analizar la utilidad de las escalas de gravedad de trauma MPAG (Mecanismo lesional, Escala de coma de Glasgow, Age (edad), Presión arterial sistólica) y GAP (Escala de coma de Glasgow, Age (edad), Presión arterial sistólica), como predictoras de mortalidad en el paciente traumatizado grave, atendido por un servicio de emergencias prehospitalario (SEP)

METODOLOGÍA

Estudio observacional de cohortes retrospectivo, que incluyo a pacientes politraumatizados, atendidos por un SEP, entre enero 2014 y diciembre de 2020, recogándose variables epidemiológicas, parámetros escala MPAG y GAP, categorizadas según riesgo de mortalidad, por puntuación como bajo, intermedio y alto. La variable resultado fue la mortalidad a las 6 horas, 24 horas y 7 días

RESULTADOS

Del total de pacientes traumatizados graves

(N=1749), el 82,20% sufrió trauma contuso, siendo el mecanismo lesional de mayor incidencia los atropellos 23,3% y precipitación 20,6%. La edad media fue 42,44 (DE 23,40) años y 74,6% fueron varones.

Regresión logística por rangos: MPAG: 6 HORAS: Riesgo mortalidad: Rango 3 (bajo): $p < 0,001$ OR 0,10 IC (0,05-0,19); Rango 2 (intermedio): $p < 0,721$; Rango 1 (alto): $p < 0,001$ OR 8,61 IC (5,22-14,18).

Regresión logística por rangos: GAP: 6 HORAS: Riesgo mortalidad: Rango 3 (bajo): $p < 0,001$ OR 0,14 IC (0,08-0,26); Rango 2 (intermedio): $p < 0,159$; Rango 1 (alto): $p < 0,001$ OR 10,72 IC (6,58-17,46).

En el análisis de la curva ROC, el área bajo la curva ROC (AUC) del puntaje en la predicción de mortalidad, en la escala MGAP fue de 0,811, 0,839, 0,861, a las 6 horas, 24 horas y 7 días, respectivamente con $p < 0,001$. En la escala GAP fue de 0,813, 0,837, 0,859, a las 6 horas, 24 horas y 7 días, respectivamente con $p < 0,001$

CONCLUSIONES

Las escalas de gravedad de trauma MPAG y GAP, realizadas en el medio prehospitalario, se ajustan a la estimación de riesgo de mortalidad del paciente traumatizado grave, así como al incremento de mortalidad intrahospitalaria relacionada de evolución temporal.

27

SÁBADO 26
10:12-10:22hSESIÓN 1.
SALA MULTIUSOS 3PRIMER FIRMANTE
Alberto Hernández-
TejedorAUTORES
Alberto Hernández-
Tejedor; Vanesa
González Puebla; María
Dolores Galán Calategui;
Alicia Benito Sánchez;
Mercedes Elizondo
Giménez; Carlos Rodríguez
Blanco;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR- Protección Civil

FASE 1 DEL ESTUDIO SYMEVECA: DURANTE LA RCP ES MEJOR VENTILAR CON RESPIRADOR QUE CON BALÓN

INTRODUCCIÓN

La incidencia de parada cardiaca no traumática extrahospitalaria (PCEH) sigue siendo elevada. Las últimas recomendaciones ILCOR no abordan el modo ventilatorio ideal a pesar de su importancia y las previas sugieren el uso de respiradores mecánicos pero su uso no está universalmente extendido.

OBJETIVOS

Comparar la evolución de parámetros gasométricos y desenlace clínico en función de la forma de ventilación asistida durante la PCEH.

METODOLOGÍA

Estudio cuasiexperimental pragmático. Población de estudio: todos los pacientes en PCEH con persistencia de la misma tres minutos después de la intubación precoz atendidos por un servicio de urgencias extrahospitalario. Periodo: 18 meses. Según disponibilidad y decisión del equipo los pacientes fueron ventilados durante la PCEH con respirador (IPPV 500 ml x 12 rpm con Pmax 50 mmHg) o con balón de resucitación. Esto genera los dos grupos a comparar. Se recogen variables demográficas, ritmo inicial, parámetros gasométricos 15 minutos tras la intubación o al recuperar pulso (lo que ocurra antes), supervivencia in situ y evolución y complicaciones

hospitalarias. Variables continuas como media \pm desviación estándar. Análisis estadístico: comparaciones con técnicas paramétricas. Estudio aprobado por CEIm de referencia.

RESULTADOS

De las 359 PCEH registradas se excluyen 209, por recuperación muy precoz (70) o violación del protocolo de análisis de control (139). Mujeres 21%, edad $63,3 \pm 17,1$ años, ritmo desfibrilable 34,7%. Se analizan grupos según ventilación: 71 en IPPV y 79 con balón de resucitación. De ellos, en pacientes con muestra arterial (39) el pH fue $7,00 \pm 0,18$ vs $6,92 \pm 0,18$ ($p=0,18$) y pCO_2 $67,8 \pm 21,1$ vs $95,9 \pm 39,0$ mmHg ($p=0,006$), respectivamente. Con muestra venosa (111) el pH fue $7,03 \pm 0,15$ vs $6,94 \pm 0,17$ ($p=0,005$) y pCO_2 $68,1 \pm 18,9$ vs $89,5 \pm 26,5$ mmHg ($p<0,001$). La supervivencia fue 21,1% en IPPV vs 17,9% con balón ($p=0,63$). No se registró ninguna complicación relacionada con la ventilación mecánica.

CONCLUSIONES

La ventilación con respirador mecánico en IPPV durante la PCEH mejora el estado ventilatorio comparado con el uso del balón de resucitación, con una tendencia a aumentar asimismo la supervivencia. No hubo complicaciones. En la fase 2 del estudio compararemos diferentes modos ventilatorios.

28

SÁBADO 26
11:00-11:00hSESIÓN 2.
SALA MULTIUSOS 3PRIMER FIRMANTE
Ana María Ezquerro GarcíaAUTORES
Ana María Ezquerro García;
María de la O Casamayor
Lerena; Angel Enrique
Fraile Jimenez; Elena
Pardos Peiró; Teresa
Sufrate Sorzano;CENTROS DE TRABAJO
Hospital San Pedro;
Centro de Salud de
Alberite

FACTORES ASOCIADOS A LA SUPERVIVENCIA EN LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

Incrementar la supervivencia de la parada cardiaca intrahospitalaria (PCIH) es un objetivo prioritario del sistema sanitario. Aunque la incidencia es similar en la PCIH y Extrahospitalaria, la PCIH no ha tenido el mismo nivel de atención en la investigación y organización del desempeño. Conocer cuáles son los factores asociados a la supervivencia podría aumentar el éxito en los resultados tras una PCIH.

OBJETIVOS

Conocer los factores asociados a la supervivencia tras una PCIH.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo descriptivo. Hospital de Grupo 3 según escala CLUSTER. Periodo: 1/1/ 2019 al 31/12/2019. Recogida de datos: Estilo Utstein. Población: Adultos que presentaron una PCIH. Se excluyó el Área de Urgencias. Variables: Sociodemográficas. Ritmo inicial. Origen de la parada cardiaca (PC). Lugar de PC. Presencia. Tiempo de inicio de maniobras de soporte vital avanzado (SVA). Duración de la RCP. Recuperación de la circulación espontánea (RCE). Alta hospitalaria.

RESULTADOS

Se atendieron 55 PCIH.

Varón 33 casos (60%). Edad $70,96 \pm 14,13$ años
Lugar de la PC: Hospitalización 16 (29,1%)
Hemodinámica 11 (20%)
Medicina Intensiva 15 (27,3%) Quirófano 5 (9,1%)
Periférico 7 (12,7%) Telemetría 1 (1,8%)

Monitorizadas 32 (58,2%)
Origen Cardiaco 30 (54,5%) Patología cardiaca previa: 34 (61,8%)
Presenciada 51 (92,7%) Duración de RCP: $12,62 \pm 11,05$ min

Ritmo inicial desfibrilable: 14 (26,4%).
Inicio de maniobras de SVA $65,42 \pm 90,94$ segundos.
El 92% de los pacientes recibió SVA en < 3 min.
Maniobras de RCP previas al equipo de PC 91,3%.
RCE 31 (56,4%) Alta hospitalaria: 18 (32,7%)

Variables asociadas a RCE: Presenciada: $P=0,031$; Ritmo desfibrilable $P=0,001$; duración de la RCP $P=0,000$
Variables asociadas al alta hospitalaria: Ritmo desfibrilable $P=0,006$; duración de la RCP $P=0,000$.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio el ritmo inicial desfibrilable y la menor duración de la RCP han sido los factores asociados a la RCE y al alta hospitalaria. Las PC no presenciadas, no sobrevivieron.

Sería interesante ampliar el estudio para identificar factores modificables que permitan aumentar la tasa de supervivencia.

57

SÁBADO 26
11:12-11:22hSESIÓN 2.
SALA MULTIUSOS 3PRIMER FIRMANTE
María Luisa Gorjón
SalvadorAUTORES
María Luisa Gorjón
Salvador; María Aparo
González Blanco; Antia
Durán González; Óscar
Manuel González
Abelleira; Gabina Pérez
López; José Antonio
Iglesias Vázquez;CENTROS DE TRABAJO
061-GALICIA
SERGAS

UTILIDAD DE LOS DESFIBRILADORES EXTERNOS DE USO PÚBLICO. ES NECESARIO SEGUIR AVANZANDO

INTRODUCCIÓN

Las arritmias desfibrilables (AD) tienen como tratamiento eficaz la desfibrilación y la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) de calidad. La presencia en lugares públicos de desfibriladores externos automatizados (DEA) resulta imprescindible para el éxito de las maniobras de RCP.

Para mejorar las expectativas de supervivencia de la parada cardiorrespiratoria (PCR), se recomienda la instalación de DEA en lugares con gran afluencia de personas o en aquellos que por su actividad presenten un elevado riesgo de presentar PCR.

Nuestra comunidad autónoma (CA) fue pionera desde el año 2000 en regular la instalación, uso y registro del DEA fuera del ámbito sanitario. Su crecimiento ha sido exponencial, pasando de 255 en 2015 a 1.216 en 2020 (477%). Siendo incorporados al mapa de recursos de nuestra Central de Coordinación de Urgencias Sanitarias-061(CCUSG-061), para mejorar la accesibilidad y tiempos de respuesta.

OBJETIVOS

Describir las características de los pacientes en los que se utilizó un DEA de uso público por personal no sanitario. Valorar resultados, tiempos, supervivencia y estado neurológico al alta hospitalaria. Emitir recomendaciones

de futuro a la vista de los resultados.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo, retrospectivo. Periodo de estudio: Enero de 2015-diciembre 2020. Datos obtenidos de: aplicación de registros de DEA, registro electrocardiográfico del desfibrilador, aplicaciones informáticas de la CCUSG-061, hoja asistencial informatizada (estilo Utstein) e historia clínica (IANUS).

Procesamiento informático y análisis de los datos mediante SPSS 20. Los resultados se exponen en frecuencias absolutas, porcentajes, medias y rangos. Se ha establecido un nivel de significación estadística del 95%.

RESULTADOS

4.110 PCR por nuestro Servicio de Emergencias Médicas. En 38 casos se utilizó un DEA público. El lugar de uso más frecuente fueron instalaciones deportivas con 16 casos (42%). 36 pacientes varones (94,7%) y 2 mujeres. Edad media 65,9 años (Rango: 36-89; Rango Intercuartílico: 23). En todos se alertó y comunicó su uso a la CCUSG-061. En el 100 % de los casos la PCR fue presenciada y los testigos realizaron, al menos, compresiones torácicas.

(...)

CONCLUSIONES

-La instalación de DEA de uso público está en aumento en los últimos años, sin embargo su uso en nuestro entorno es aún escaso. Deben adoptarse medidas para el conocimiento y utilización de estos dispositivos así como su generalización.

-Se demuestra el beneficio de su utilización con una RECE del 43% y una supervivencia al alta hospitalaria del 38,5%, todos sin secuelas neurológicas. En el caso de las AD la tasa de éxito fue del 63%.

-Los factores de supervivencia que pudieron estar en relación con un pronóstico más favorable fueron: tiempos de alerta y SVB reducidos, PCR presenciada, RCP por testigos, desfibrilación precoz, SVA prehospitalario y tratamiento hospitalario inmediato con activación de angioplastia primaria.

(...)

62

SÁBADO 26
11:24-11:34hSESIÓN 2.
SALA MULTIUSOS 3PRIMER FIRMANTE
Francisco Luis Pérez
Caballero;AUTORES
Francisco Luis Pérez
Caballero; Miguel Díaz-
Távora Luque; Rosa
Mancha Salcedo; Santiago
Lardelli Picallos; Estefanía
Luque Mármol; Uxia Rey
Barreiro;CENTROS DE TRABAJO
Hospital de Mérida
(Badajoz)

PERFIL DE INGRESO EN NUESTRA UNIDAD PARA CUIDADOS POST-RESUCITACION.

INTRODUCCIÓN

Los cuidados post-resucitación (CPR) se han perfilado en los últimos años como el reto más importante para mejorar la supervivencia de los pacientes recuperados de una parada cardiorrespiratoria (PCR), teniendo en cuenta que hasta el 70% de éstos consiguen llegar vivos al hospital. La mortalidad de estos pacientes es directamente proporcional al daño cerebral establecido, destacando la relevancia de los CPR a la hora de retornar la función cerebral normal y la estabilización total del paciente.

OBJETIVOS

Evaluar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes que ingresan en nuestra unidad de cuidados intensivos (UCI) para CPR.

METODOLOGÍA

Estudio observacional y prospectivo de 17 pacientes ingresados en UCI de 2019-2021, con diagnóstico de PCR, independientemente de la causa, para cuidados post-resucitación. Análisis estadístico realizado con software SPSS (correlación de Spearman).

RESULTADOS

Un 66% eran varones, con edad media 61 años, con factores de riesgo de hipertensión

arterial (65%), dislipemia (59%), y tabaquismo (53%), siendo las causas fundamentales de PCR fibrilación ventricular (59%) y asistolia (47%). Destacan al ingreso (medias): pH 7,12, troponina 1729 ng/ml e hiperlactacidemia 7,26 mmol/l. Un 29% tuvieron una tomografía craneal con edema cerebral difuso, siendo 17% diagnosticados de muerte encefálica. Uso de ventilación mecánica (VM), inotrópicos/vasoactivos y lesiones en coronariografía urgente, 94% (respectivamente); controles glucémico 100% y térmico 94%, así como ecocardiografía 41% y electroencefalograma 17%.

Se indican correlaciones altamente significativas: asistolia con dislipemia ($-0,887$, $p < 0,0001$) y fibrilación ventricular ($-0,648$, $p < 0,005$), SAHS y cardioversión por taquicardia ventricular con pulso (TVCP) (1 , $p < 0,0001$), antecedente arritmias y TVCP ($0,685$, $p < 0,002$) y edema cerebral con edad ($0,660$, $p < 0,004$) y muerte encefálica ($0,717$, $p < 0,001$).

CONCLUSIONES

El perfil de ingreso en nuestra UCI para CPR sería pacientes de mediana edad, con factores de riesgo cardiovascular, con ritmo desfibrilable, acidosis e hiperlactacidemia, con correlación positiva entre la presencia de edema cerebral y la edad y el diagnóstico de muerte encefálica, y necesidad de VM, inotrópicos/vasoactivos, coronariografía con lesiones significativas, controles glucémico y térmico en prácticamente la totalidad de los mismos.

63

SÁBADO 26
11:36-11:46hSESIÓN 2.
SALA MULTIUSOS 3PRIMER FIRMANTE
Elisabet Patricia Fuentes
GarcíaAUTORES
Elisabet Patricia Fuentes
García; Jose Miguel
Pérez Villares; Alberto
Fernandez Carmona;
Alberto Iglesias Santiago
Iglesias Santiago;CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario
Virgen de las Nieves

PROGRAMA DE DONACIÓN EN ASISTOLIA NO CONTROLADA (DANC) EN GRANADA "CÓDIGO ALFA": 12 AÑOS DE EXPERIENCIA

INTRODUCCIÓN

En 2010 comenzó en Granada el programa de donación en asistolia no controlada (DANC). La DANC Incluye personas que han sufrido una parada cardiorrespiratoria (PCR) no esperada, tras la aplicación de maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) sin éxito.

OBJETIVOS

Presentar los resultados del programa de DANC en Granada desde el inicio desde 2010 hasta 2022.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo 2010-2022.

Población incluida: Área metropolitana 500.000 habitantes.

Fallecidos por PCR intra y extrahospitalaria, que cumplían los criterios de inclusión en el programa de DANC.

En el estudio se han registrado parámetros sociodemográficos, tiempos de isquemia, tipo y duración de preservación, número de órganos y tejidos generados y número de órganos trasplantados.

RESULTADOS

Se han realizado 97 activaciones con traslado al hospital. El 75% de los DANC fueron hombres y la edad media 49,4 años.

En 4 casos los posibles donantes presentaban latido cardíaco a la llegada al hospital y se continuaron las maniobras de resucitación. 2 de ellos volvieron a situación de PCR y fueron DANC, 1 caso desarrolló una encefalopatía anóxica severa y falleció en muerte encefálica a las 48 horas y el último falleció en FMO a los 7 días.

La tasa de aceptación de la donación fue del 95,8%. No hubo ninguna negativa judicial.

Se desestimaron 2 casos en UCI por contraindicación médica y 2 por exceso de tiempo hasta inicio de preservación.

Se registraron 87 DANC reales. El 70% se preservaron mediante preservación abdominal normotérmica (PAN), el 22% mediante perfusión regional fría con catéter de doble balón (PF), y en el 8% se reconvirtió la técnica de preservación. El tiempo medio de PAN fue de 119 minutos y en todos los casos la PAN se inició antes de los 120 minutos.

El 89,6% fueron donantes reales.

Han sido trasplantados 102 riñones y 11 hígados.

50 donantes lo fueron también de tejidos: córneas, osteotendinoso y vascular

CONCLUSIONES

La DANC ha supuesto un aumento del 14% de los órganos trasplantados en Granada. Estos resultados no sólo justifican la existencia de éste tipo de programas sino que deberían estimular su puesta en marcha en otras ciudades de características similares

68

SÁBADO 26
11:48-11:58h

SESIÓN 2.
SALA MULTIUSOS 3

PRIMER FIRMANTE
María Elva Redondo
Martínez

AUTORES
María Elva Redondo
Martínez; María
del Carmen Sierra
Queimadelos;

CENTROS DE TRABAJO
Urxencias Sanitarias
061 Galicia

PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS EN LA PRÁCTICA DE DEPORTE RECREATIVO

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) que sufrió durante un partido de la Eurocopa 2020 el jugador Christian Eriksen nos hizo reflexionar sobre la asociación de la práctica de deporte y las paradas cardíacas que ocurren en nuestro entorno más próximo. La rápida identificación e inicio de maniobras de sus compañeros en el campo, nos llevó a estudiar la respuesta que da nuestro sistema sanitario y población en situaciones similares.

OBJETIVOS

Analizar en los casos de PCR ocurridas durante la práctica de deporte recreativo:
-La epidemiología (edad, sexo, antecedentes).
-La relación con los diferentes tipos de prácticas deportivas.
-La asistencia recibida: Soporte Vital Básico (SVB) precoz, desfibrilación semiautomática (DESA) y soporte vital avanzado (SVA).
-La supervivencia.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo entre los años 2018-2021 de las paradas cardíacas ocurridas durante la práctica de deporte. Se revisan las 1654 PCR asistidas por las ambulancias medicalizadas (AM) del servicio de Urgencias Sanitarias 061 Galicia en este pe-

riodo. Seleccionamos las 66 historias clínicas que tienen registradas en los comentarios la realización de deporte, ya sea en el momento de la parada o en un tiempo inmediatamente anterior. Utilizamos las historias clínicas informatizadas asistenciales (HAI) y también las anotaciones de los médicos coordinadores en su programa informático (ACORDE).

RESULTADOS

Sexo: : el 91%(60) de las PCR corresponden a varones.
Edad media: 57 años.
Lugar: Playas 38%(25), Instalaciones deportivas 23%(15), Piscinas públicas 8%(5), Piscinas privadas 3%(2).
Antecedentes:
-El 35%(23) presentaban factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Un 3%(2) eran epilépticos practicando deporte acuático.
- El 15%(10) son muertes súbitas, todas en varones y con una media de edad de 41 años. Las muertes súbitas en el contexto de la práctica de deporte suponen en nuestros registros un 0,6 % de todas las PCR entre 2018-2021.
Deportes que estaban practicando nuestros pacientes : Natación 51%(34), Ciclismo 18%(12), Fútbol 6%(4), Padel 5%(3), Running 3%(2) y Trekking 3% (peregrinos). Otros deportes como Tenis, Golf, Rugby, (...)

CONCLUSIONES

-La PCR en el contexto de la práctica de deporte recreativo supone un 4% de los paros cardíacos atendidos en estos 4 años; afecta mayoritariamente a varones con una edad media de 57 años, practicando deporte en zonas exteriores: natación en playas, ciclismo, fútbol,... Cuando se dispone de antecedentes predominan los FRCV en el 35% de los casos, epilepsia en el 3% y hay un 18% sin antecedentes y se trata por tanto de muertes súbitas.
- La mayoría reciben SVB por testigos y en un 46% de las PCR que ocurrieron en centros deportivos no se aplicó DESA por parte de los primeros intervinientes. Se debería estudiar la causa de la no utilización de DESA, ya sea la falta de disponibilidad o el desconocimiento de uso.
(...)

72

SÁBADO 26
12:00-12:10hSESIÓN 2.
SALA MULTIUSOS 3PRIMER FIRMANTE
Fernando Ferreras
Nogales;AUTORES
Fernando Ferreras
Nogales; M^a Isabel López
Hernández;CENTROS DE TRABAJO
SAMURPC-
AYUNTAMIENTO DE
MADRID

HIPERGLUCEMIA: FACTOR PRONÓSTICO EN EL PACIENTE TRAUMÁTICO GRAVE

INTRODUCCIÓN

Los pacientes traumáticos graves (PTG) presentan lesiones que comprometen la vida. Su resucitación ha experimentado grandes cambios en las últimas dos décadas definiéndose estrategias precisas que abordan precozmente los factores asociados a la mortalidad y sin embargo, siendo uno de ellos la hiperglucemia, nos parece la gran olvidada. No hay estrategias definitivas francamente beneficiosas, valores u objetivos claros. Creemos que la hiperglucemia de estrés es un marcador pronóstico de morbimortalidad sobre la que también podemos actuar desde los primeros minutos.

OBJETIVOS

Determinar el valor pronóstico de la glucemia (hiperglucemia de stress) analizada en la escena en los pacientes con trauma grave entre los años 2017-2021. Como objetivo secundario, se evaluaron el resto de los parámetros analíticos tomados en la escena, para su uso como herramienta diagnóstica y pronóstica para los equipos de emergencias.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. La población incluyó pacientes de cualquier edad y ambos sexos atendidos por una unidad de soporte vital avanzado de un

servicio de emergencias extrahospitalario con diagnóstico de trauma grave y que fueron trasladados a un hospital terciario como código Trauma durante el periodo 2017-2021. Variables analizadas: sociodemográficas, mecanismo lesional, supervivencia a los 7 días y parámetros analíticos en la escena (Glucemia, pH, Lactato, EB, pCO₂, Hb y K⁺). Análisis descriptivo: variables cuantitativas con medidas centrales y de dispersión y variables cualitativas con porcentajes. Análisis inferencial: T de Student para variables cuantitativas, Chi cuadrado para variables categóricas. SPSS V17.

RESULTADOS

La muestra final estuvo conformada por 1318 pacientes, el 76,1% fueron de sexo masculino. La edad media fue de 41,69 años. Presentaron Trauma Mayor 644 (48,8 %). La causa principal fue la precipitación 237 (17,9%). La supervivencia a los 7 días fue de 1163 (88,2%). El 18,9% de los pacientes (249) tenían glucemia ≥ 180 mg/dL en la analítica inicial, siendo las medias: glucemia capilar de 145,81 mg/dl, analítica inicial 149,04 mg/dl y analítica final de 157,10 mg/dl. (...)

CONCLUSIONES

En nuestro trabajo la glucemia ≥ 160 mg/dL en la analítica inicial es un marcador pronóstico independiente de mortalidad en los primeros 7 días. Lo son igualmente la pCO₂ $\geq 52,56$ mmHg y el pH $\leq 7,25$. Contrariamente a lo esperado no tuvieron significación estadística las cifras iniciales de lactato ni de exceso de base. La hiperglucemia debe ser tenida en cuenta desde el tiempo 0 de la asistencia sanitaria (atención prehospitalaria). Consideramos que el valor de glucemia de 150 mg/dl debe ser el objetivo que tengamos en mente durante la asistencia del PTG. Deben establecerse procedimientos de actuación y son necesarios estudios prospectivos que aclaren la influencia en la supervivencia del tratamiento precoz de la hiperglucemia de estrés en el PTG.

77

SÁBADO 26
12:12-12:22hSESIÓN 2.
SALA MULTIUSOS 3PRIMER FIRMANTE
María Isabel Vázquez
GarcíaAUTORES
María Isabel Vázquez
García; José Luis Pérez
Sánchez; Celsa Graña del
Rio; Sandra Sanz Sáez;
Eduardo Barrero Barrero;CENTROS DE TRABAJO
Samur-PC Madrid

LA NORADRENALINA PUEDE MEJORAR LA PERFUSIÓN TISULAR DEL PACIENTE HEMORRÁGICO POR TRAUMA MAYOR EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO.

INTRODUCCIÓN

La última edición de las Guías Europeas de Shock Hemorrágico (2019) consideran el uso de vasopresores (nivel de evidencia IC) en el manejo de la hemorragia masiva del paciente traumático, tras la administración de cristaloides y ácido tranexámico.

OBJETIVOS

Valorar si en el tiempo de asistencia extrahospitalario, la noradrenalina(NA) mejora la perfusión tisular en este tipo de pacientes. Valorándolo a través de parámetros metabólicos medidos en la escena.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo con base de datos elaborada con carácter prospectivo. Cohorte de 182 pacientes con patología traumática hemorrágica grave por mecanismo lesional de alta energía, tratados previamente con Ácido Tranexámico y reposición de fluidos, atendidos entre 2017 y 2021 por un Servicio de Emergencias Médicas. Se realizó un seguimiento de la evolución hasta los 7 días de ingreso. Variables epidemiológicas: edad, sexo, mecanismo lesional. Variable exposición: uso de noradrenalina. Variables resultado: diferencias metabólicas entre dos muestras analíticas venosas tomadas en la escena (al inicio y final de la asistencia), valorándose: ph, pCO₂,

exceso bases (EB), lactato, hemoglobina (Hb). Análisis descriptivo medidas centrales y de dispersión, análisis inferencial para variables cuantitativas con T de Student, para variables categóricas con Chi cuadrado. Intervalos de confianza 95%, p<0,05. SPSS 21

RESULTADOS

182 pacientes, media de edad 40,5 (DE 17,5) años. 126 hombres, Mecanismos lesionales más frecuentes: precipitación(35,6%), accidentes de motocicleta(22,7%), atropello(15,3%), accidentes de coche(9,2%) y arrollamiento(6,1%). Patología principal: trauma mayor(58,9%), TCE(18,4%), PCR(9,2%) y trauma abdominopelvico(6,4%). Supervivencia a las 6h (96,3%), 24h (90,8%) y 7 días (84,7%). Tiempo medio de llegada al incidente 9:06(DE 4:16) minutos y de asistencia in situ 33:12(DE 7:15) minutos. Precisan noradrenalina un 29,4%. Media de fluidos administrados -- 890,65(DE 495) mililitros. La diferencia entre el lactato inicial y final cuando no se utilizó NA fue de un incremento de una media de 1,0548, frente a una reducción de esas diferencias (media de -0.3447) cuando se utilizó el vasopresor, p=0,003. En el mismo sentido, la diferencias entre EB inicial y final cuando no se utilizó NA fueron de una media de 1,6315, mientras que cuando se administró NA fue de una media de 3,4420, p=0,045. No hubo diferencias significativas para los parámetros metabólicos ph, PCO₂ y Hb.

CONCLUSIONES

Incluso en el corto periodo de tiempo que supone la asistencia extrahospitalaria, la administración de vasopresores como una segunda línea de tratamiento, puede originar una mejora de la perfusión tisular, plasmada en este estudio en la mejora de los parámetros metabólicos Lactato y EB.

78

SÁBADO 26
11:00-11:10hSESIÓN 3.
SALA MULTIUSOS 4PRIMER FIRMANTE
José Luis Moreno MartínAUTORES
José Luis Moreno Martín;
Emilio José Muñoz
Hermosa; Domingo Salas
Gomez; Miguel Ángel
Muñoz Castro; David Vera
Martín; Alberto Esquilas
Garrote;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR,P.C.

EN LAS PARADAS CARDIACAS (PCRS) ATENDIDAS POR UNA UNIDAD DE SVB, LA IDENTIFICACIÓN PRECISA DEL EVENTO Y LA DESFIBRILACIÓN PRECOZ SE CONSTITUYEN COMO ELEMENTOS DECISIVOS EN LA SUPERVIVENCIA SIN SECUELAS.

INTRODUCCIÓN

Dentro de los sistemas de emergencias (SEM), el Soporte Vital Básico (SVB), por el mayor número de unidades con respecto al Soporte Vital Avanzado, puede constituirse como un elemento fundamental en la mejora de los ratios de supervivencia de las PCRs atendidas por los sistemas, dada la mayor proximidad a los pacientes.

OBJETIVOS

Con esa premisa, hemos querido objetivar si, en nuestro SEM, la adecuada identificación de la parada cardiaca y la desfibrilación precoz realizada en primera instancia por una unidad de SVB constituyen elementos claramente diferenciadores en cuanto a los resultados de supervivencia sin deterioro neurológico.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo a través de una base de datos elaborada con carácter prospectivo de un SEM. Cohorte de 590 pacientes atendidos en primera instancia por una unidad de SVB del Sistema, en situación de PCR a la llegada de la unidad, en un periodo de 5 años (2015-2019). Se realizó un seguimiento de la evolución de los pacientes hasta los 30 días de ingreso. Variables epidemiológicas: edad, sexo. Variables exposición: codificación inicial del evento, tiempo de respuesta, desfibrilación por SVB. Variable

resultado: supervivencia sin deterioro neurológico (CPC I-II). Análisis descriptivo: medidas centrales y de dispersión, análisis inferencial para variables cuantitativas con T de Student, para variables categóricas con Chi cuadrado. Intervalos de confianza 95%, $p < 0,05$. SPSS 21

RESULTADOS

590 pacientes con parada cardiaca atendidos inicialmente por una unidad de SVB, lo que constituye el 35,32% de las 1670 PCRs atendidas por el SEM en ese periodo. 467 eran hombres (79,2%) con una edad media de 61,1 años (DE-19,36). Tiempo de respuesta medio desde la activación de la unidad de SVB hasta el contacto con el paciente fue de 5 minutos y 51 sg (DE-3:23 sg). 270 PCRs, el 45,76%, fueron codificadas por la Central de Comunicaciones como "parada cardiaca" desde el inicio. 71 casos (12%) fueron codificados como "síncope", 65 casos (11%) como "inconsciente", 43 casos (7,3%) como caída casual, hasta un total de 54,3% que no fueron codificados de inicio como parada cardiaca. Hubo un ritmo desfibrilable de inicio en 162 casos, en todos ellos se realizó una primera desfibrilación por las unidades de SVB. Recuperaron pulso y fueron trasladados al Hospital 364 pacientes (61,6%). Sobrevivieron sin secuelas al alta (CPC I-II), 119 pacientes, 20,2%. (...)

CONCLUSIONES

En el SEM objeto del estudio, como en otros trabajos, los ritmos desfibrilables precozmente tratados, son subsidiarios de una mayor supervivencia sin secuelas. Sin duda, la conclusión principal del estudio la constituye el hecho de que una adecuada codificación del evento por parte de la Central de Comunicaciones constituye un factor decisivo para disminuir los tiempos de respuesta, y sobre todo para conseguir una mayor supervivencia sin deterioro neurológico de los pacientes.

81

SÁBADO 26
11:12-11:22hSESIÓN 3.
SALA MULTIUSOS 4PRIMER FIRMANTE
María del Carmen
Bermúdez RuizAUTORES
María del Carmen
Bermúdez Ruiz; Cristina
López Martín; Alba María
Baena Angulo; Fernando
Onieva Calero; Juan Carlos
Robles Arista; Carmen De
la Fuente Martos;CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario
Reina Sofía

LA ENCEFALOPATÍA ANÓXICA TRAS LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA Y SU IMPACTO EN LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es un evento relativamente frecuente en el entorno hospitalario y con una gran mortalidad. Dentro de los pacientes con PCR recuperada existe además una alta tasa de complicaciones, siendo la encefalopatía anóxica una de las más temidas. Este trabajo analiza su incidencia y plantea una alternativa para los pacientes con pronóstico reservado: la donación de órganos.

OBJETIVOS

- Descripción de cohorte de pacientes con PCR intrahospitalaria.
- Análisis de la incidencia de encefalopatía anóxica en función de los tiempos hasta el inicio del soporte vital y la recuperación de la circulación espontánea.
- Análisis de las características de los donantes de órganos dentro de esta cohorte de pacientes.

METODOLOGÍA

- Tipo de estudio: observacional, cohortes.
- Se incluyeron pacientes con domicilio en Córdoba que presentaron parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria entre septiembre de 2021 y septiembre de 2022.
- Variables del estudio: demográficas, ritmo de la parada, soporte recibido, evolución, do-

nación de órganos.

- Análisis estadístico con el programa SPSS. Comparación de medias mediante T de Student.

RESULTADOS

Se recopilaron datos de un total de 64 pacientes. El 67% fueron hombres, con una mediana de edad de 66 años. Un 20,3% de los pacientes presentaron un ritmo desfibrilable. Se administró como tratamiento adrenalina (mediana de 5 mg), fibrinólisis (4,7%) y amiodarona (18,8%). En el 7,8% se implantó un marcapasos transitorio.

Los pacientes con encefalopatía presentaron PCR más prolongadas (P=0).

El 9,4% de los pacientes fueron donantes. El 8% del total de la cohorte realizó donación en asistolia Maastricht III tras el diagnóstico de encefalopatía anóxica.

CONCLUSIONES

- El inicio precoz de las maniobras de resucitación cardiopulmonar disminuye el riesgo de encefalopatía anóxica.
- Se deben establecer protocolos y equipos de respuesta inmediata para prevenir la PCR intrahospitalaria.
- Un alto porcentaje de los pacientes con encefalopatía anóxica tras PCR son donantes de órganos.
- Debemos tener presente la donación de tejidos en los pacientes con PCR no recuperada.

91

SÁBADO 26
11:24-11:34hSESIÓN 3.
SALA MULTIUSOS 4PRIMER FIRMANTE
Eduardo Barrero BarreroAUTORES
Eduardo Barrero Barrero;
Daniel Fernández Castro;
Antonia Martínez
Vázquez; María Isabel
Vázquez García;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC MADRID

ACCIDENTES BICICLETA TRADICIONAL VS BICICLETA ELÉCTRICA ¿LA TIPOLOGÍA DE SUS LESIONES VARIAN?

INTRODUCCIÓN

El uso de la bicicleta ha aumentado y con ello el uso de bicicletas eléctricas (Eléctricas). Estas llevan un motor y batería que asiste al pedaleo. Conlleva un aumento de la velocidad media y peso.

OBJETIVOS

Conocer la epidemiología de los accidentes de bicicleta sin ayuda al pedaleo (Tradicional) cómo de las Eléctricas, y determinar la diferencia entre sus lesiones asociadas.

METODOLOGÍA

Estudio Comparativo Descriptivo. Variables: sexo, edad, lesiones, casco, tipo accidente, unidad asistencial y resolución. Error muestral de 0. El tamaño muestral coincide con población diana y muestra. Comprobación de normalidad de datos (prueba Kolmogorov Smirnov). Comparación de medias de factores de estudio. Variables comparadas con prueba de Chi Cuadrado. Nivel significación $p < 0,05$. Programa SPSS 25.

RESULTADOS

1051 accidentes (año 2021). De 730 tenemos datos sobre tipo de bicicleta implicada, Tradicional 598 (81,91 %) - Eléctrica 132 (18,08 %). Los hombres y en Eléctrica son los más ac-

cidentados (75,0%), Tradicional (73,2%). ($p=0,679$)

Entre 26-35 años los más accidentados, Tradicional (23,7%) - Eléctrica (28,0%). ($p=0,901$) Las Contusiones Menores más frecuentes: Tradicional (55,5%) - Eléctrica (59,1%). Seguidos por Traumas Ortopédicos: Tradicional (18,4%) - Eléctrica (15,9%). Les siguen en las Tradicionales los Traumatismos Craneoencefálicos (TCE) (9,5%) y los Traumas Torácicos (5,9%). En Eléctricas, los Traumas Torácicos (6,8%) y los TCE (6,8%). ($p=0,797$)

El uso del casco no se cita en la mayoría de informes (~55%). Cuando se cita, su uso es mayor en Eléctricas (34,1%) frente Tradicionales (23,7%). ($p=0,044$)

Las Caídas son más frecuentes (Tradicional 75,8% - Eléctrica 74,2%), después Colisiones (Tradicional 21,4% - Eléctrica 23,5%). ($p=0,829$)

El traslado por SVB (44,1%) el más realizado en Tradicionales. En Eléctricas es el Alta/Alta Voluntaria (33,3%). El traslado por SVA igual en ambas (21,2%). ($p=0,303$)

CONCLUSIONES

Podemos determinar que no hay diferencias epidemiológicas significativas en relación al tipo de bicicleta accidentada. Solo el uso del casco que es mayor en Eléctricas (+10,4%). En éstas, los TCE son menores (-2,7%), así como los Traumas Ortopédicos (-2,5%), aumentando los Torácicos (+0,9%), teniendo un mayor número de Altas/Altas Voluntarias, por lo que la mayor velocidad media de éstas no aumenta la gravedad de las lesiones.

94

SÁBADO 26
11:36-11:46SESIÓN 3.
SALA MULTIUSOS 4PRIMER FIRMANTE
Ana Delgado PascualAUTORES
Ana Delgado Pascual;
Verónica García Pacios;
Patricia de la Montaña
Díaz; Raquel González
Casanova; Cristina Galbán
Malagón; Juan Carlos
Martín Benítez;CENTROS DE TRABAJO
Hospital Clínico San Carlos

LAS ESCALAS CASPRI Y GO-FAR COMO PREDICTORES DEL PRONÓSTICO NEUROLÓGICO EN LA PARADA CARDIO-RESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA. ¿SON APLICABLES?

INTRODUCCIÓN

Las escalas CASPRI (The Cardiac Arrest Survival Post-Resuscitation In-hospital) y GO-FAR (Following Attempted Resuscitation) se han descrito para predecir el pronóstico tras una PCRi (Parada Cardio-Respiratoria intrahospitalaria).

OBJETIVOS

Valorar la validez de las escalas CASPRI y GOFAR en nuestro medio para predecir mortalidad y pronóstico neurológico en las PCRi recuperada.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de los pacientes que han presentado una PCRi recuperada y que han ingresado en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) desde 2020 a 2022. Se aplican las escalas GO-FAR y CASPRI y se valora su utilidad para predecir el pronóstico neurológico de acuerdo con la escala CPC (Cerebral Performance Category) al alta hospitalaria. Se consideró $CPC \leq 2$ como buen pronóstico. Se realiza análisis mediante curvas ROC (Receiver Operating characteristic Curve).

RESULTADOS

Se recogen 37 pacientes de los cuales el 29,7% han presentado buen pronóstico neurológico. El área bajo la curva ROC para la pre-

dicción de buen pronóstico neurológico fue de 0.70 (IC 95% 0,49-0,90) para la escala GO-FAR, frente al resultado de la escala CASPRI que fue de 0.784 (IC 95% 0,63-0,93).

CONCLUSIONES

Las escalas CASPRI y GO-FAR son aceptables predictores del pronóstico en los pacientes con PCRi recuperada. En nuestro estudio, la escala CASPRI se muestra más eficaz que la escala GO-FAR. Es preciso mantener un abordaje multimodal para la valoración pronóstica de los pacientes tras PCR.

99

SÁBADO 26
11:48-11:58SESIÓN 3.
SALA MULTIUSOS 4PRIMER FIRMANTE
Sara Isabel Montero
HernándezAUTORES
Sara Isabel Montero
Hernández; Carlos
Rodríguez Blanco; Rosa
Suarez Bustamante;
Consuelo Caniego Rodrigo;
Alberto Hernández
Tejedor; Jesús Rodríguez
Barroso;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PROTECCIÓN
CIVIL

BENEFICIO DEL SEGUNDO ENFERMERO EN LA ASISTENCIA PREHOSPITALARIA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO GRAVE

INTRODUCCIÓN

El niño gravemente enfermo supone un reto para los profesionales sanitarios dedicados a la asistencia prehospitalaria, enfrentándose éstos a situaciones complejas sin apoyo, priorizando y seleccionando cuidados críticos.

Hace unos años un servicio de urgencias prehospitalario de Madrid crea la figura del enfermero jefe de guardia (Delta) que refuerza los cuidados de enfermería desde los primeros minutos de la emergencia.

OBJETIVOS

Analizar el beneficio de la incorporación a la escena del segundo enfermero para el niño grave, valorando la calidad y cantidad de sus cuidados.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo sobre base de datos recogida prospectivamente de pacientes hasta 16 años atendidos en 20 años (2002-2022), incluidos en registro de pacientes graves o potencialmente graves. Se recogen variables sociodemográficas, escala coma de Glasgow (GCS), técnicas realizadas, tratamiento analgésico y supervivencia, comparándose presencia o no del Delta. Relación entre variables cuantitativas por: t-Student, y categóricas por: Chi cuadrado. Significación en: $p < 0,05$. SPSS 21.

RESULTADOS

De 788 niños, el 63,1% (497) varones. Mediana de edad 12 (RIC 5-15). Predominaron atropellos 21% (166) y precipitados 18,8% (148). Los diagnósticos más frecuentes fueron: politraumatizados 21,8% (172), TCE 20,3% (160) y traumatismos ortopédicos 9% (71). El 43,2% de los niños tenían $GCS \leq 13$. Supervivencia a 7 días: 92,8% (731). Se canalizó vía periférica al 89% (701), favoreciendo el Delta canalización del segundo acceso venoso: 41% (149) vs. 28,5% (121), $p < 0,001$. Se extrajo analítica al 81% (295) de los niños con Delta vs., 54% (229) sin Delta, $p < 0,001$. Un 74,7% (272) recibieron analgesia con apoyo enfermero, vs. 61,6% (261) sin éste, $p < 0,001$; en el niño traumatizado un 83,7% (237) vs. 74% (231) $p = 0,003$. El tiempo asistencial in situ fue 32 minutos, independientemente de su presencia.

CONCLUSIONES

Este estudio demuestra que la incorporación del Delta al medio prehospitalario aumenta la calidad y cantidad de cuidados al niño crítico. Permite mejores opciones terapéuticas gracias a la canalización del segundo acceso venoso; facilita y agiliza pruebas diagnósticas como la analítica, y refuerza la administración de analgésicos, especialmente en niños traumatizados. Consideramos que la introducción del segundo enfermero es vital para garantizar cuidados de calidad a nuestros pacientes más pequeños.

100

SÁBADO 26
12:00-12:10

SESIÓN 3.
SALA MULTIUSOS 4

PRIMER FIRMANTE
Sara Isabel Montero
Hernández

AUTORES
Sara Isabel Montero
Hernández; Carlos
Villamor Sánchez; Alberto
Hernández Tejedor;
Fernando Miguel Saldaña;
Jose Antonio Lara
Fernández; Iván Ferrer
Navajas;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PROTECCIÓN
CIVIL

EL PACIENTE PEDIÁTRICO GRAVE, EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIO EN 20 AÑOS

INTRODUCCIÓN

Las guías del ERC insisten en la importancia de identificar precozmente al niño gravemente enfermo. Para ello, es fundamental entrenar en simulación, tanto habilidades técnicas como trabajo en equipo, resistencia al estrés o capacidad de liderazgo. Para organizar la formación continua de un Servicio, es imprescindible conocer a qué pacientes pediátricos críticos nos enfrentamos.

OBJETIVOS

Analizar la experiencia de un servicio de emergencias prehospitalario en la asistencia del niño grave.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo sobre base de datos recogida prospectivamente de pacientes hasta 16 años atendidos desde 2002-2022, incluidos en el registro de pacientes graves o potencialmente graves, trasladados para valoración o ingreso en cuidados intensivos pediátricos. Se recogen variables como edad, sexo, motivo asistencia, valoración lesional/diagnóstico, escala coma Glasgow (GCS), supervivencia 7 días. Relación variables cuantitativas por t-Student, y categóricas por Chi cuadrado. Significación en: $p < 0,05$. SPSS 21.

RESULTADOS

De 788 niños, el 63,1% son varones. Mediana de edad 12 (RIC 5-15). Un 20,4% tienen de 0-4 años, 29,3% de 5-11 y 50,3% de 12-16. Por motivo de asistencia: atropellos 21%, precipitados 18,8%, convulsiones 11,5%, accidentes vehículos a motor 11,2% y agresiones arma blanca 6%. En < 4 años y de 5-11 predominaron los atropellos: 19,3% y 28,1%; de 12-16 años, precipitados, 18,8%; $p < 0,001$. Los diagnósticos principales fueron: politraumatizados 21,8%, traumatismos craneoencefálicos 20,3%, status/crisis 9,5% y lesiones ortopédicas, 9%. PCR no traumáticas 2,8%. De 0 a 4 años predominó el TCE, 19,5%, el politraumatizado en 5 a 16 años 45,2%; $p < 0,001$. Puntuación GCS ≤ 13 en < 4 años, 58,4%; 5 a 11, 47,6%; de 12 a 16, 34,4%; $p < 0,001$. Supervivencia a 7 días: 92,8%.

CONCLUSIONES

Los principales motivos de asistencia al paciente crítico pediátrico en el medio prehospitalario son atropellos y precipitaciones. Éstos provocan en el niño un trauma grave que, mayoritariamente, afecta a varias regiones corporales. En los más pequeños predomina el traumatismo craneoencefálico. La enfermedad neurológica es la causa médica más frecuente, aunque continúa siendo minoritaria en nuestro medio. Por tanto, la formación continua de los profesionales sanitarios en el medio prehospitalario debe seguir reforzando la asistencia integral al trauma pediátrico, entrenando tanto habilidades técnicas como comportamentales.

105

SÁBADO 26
12:12-12:22

SESIÓN 3.
SALA MULTIUSOS 4

PRIMER FIRMANTE
Youcef Azeli

AUTORES
Youcef Azeli; Eneko Barbería; Silvia García Vilana; Silvia Solà Muñoz; Xavier Jimènez Fàbrega; Alfredo Bardají;

CENTROS DE TRABAJO
Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya; Escola d'Enginyeria de Barcelona Est, Universitat Politècnica de Catalunya; Sistema d'Emergències Mèdiques de Catalunya; Hospital Universitari Joan 23. Tarragona

EPIDEMIOLOGÍA DE LA MUERTE SÚBITA CARDIACA EN EL ÁREA MEDITERRANEA

INTRODUCCIÓN

El estudio epidemiológico de la muerte súbita cardiaca (MSC) requiere registros prospectivos que cuenten con múltiples fuentes de información.

OBJETIVOS

Conocer la incidencia, las causas y factores asociados con la supervivencia de la MSC en nuestro medio.

METODOLOGÍA

Registro prospectivo de paradas cardíacas extrahospitalarias con múltiples fuentes de información realizado desde abril 2014 a abril 2017 en una región mediterránea de 611.908 habitantes. Los clínicos que atendieron el caso recogieron las variables Utsstein, los síntomas y su tiempo de evolución, previos al colapso mediante un aplicativo online. Las causas de la muerte se obtuvieron del ingreso hospitalario o de las autopsias del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Se define MSC como aquella sin una causa obvia extracardiaca en la valoración prehospitalaria que ocurre en la primera hora desde el inicio de los síntomas o visto bien en las últimas 24 horas. Se determinaron los factores asociados con la supervivencia utilizando la Chi-cuadrado y la T de Student.

RESULTADOS

Se recogieron 639 casos de MSC. La incidencia total fue de 33,2 por 100.000 habitantes/año. La incidencia en hombres dobló a la de las mujeres (47,0 vs 19,4 por 100.000 habitantes/año). Los síntomas previos más frecuentes fueron el síncope aislado (50,2%), la disnea (17,5%) y el dolor torácico (11,8%). Las causas más frecuentes fueron la enfermedad coronaria crónica (27%), la enfermedad coronaria aguda (17%), miocardiopatías (8%) y la hipertrofia ventricular (6%). Tan solo el 35,2% tenían antecedentes de cardiopatía previa. Entre los intentos de RCP la edad media fue de 66,4 años y el 10,2% sobrevivieron al alta hospitalaria. La edad [59,8 vs 67,2 años ($p=0,0019$)], ser hombre [84,6% vs 70,4% ($p=0,030$)], lugar público de la PCR [50% vs 20,2% ($p=0,001$)], RCP realizada por testigo [59,6% vs 36,0% ($p=0,004$)], DEA previo SEM [25% vs 3,8% ($p=0,001$)] y la fibrilación ventricular como ritmo inicial [71,2% vs 19,8% ($p=0,001$)] se asociaron con la supervivencia al alta.

CONCLUSIONES

La incidencia de MSC es mayor a la descrita previamente y su causa más frecuente es la enfermedad coronaria crónica. Este es el primer estudio epidemiológico con múltiples fuentes de información en nuestro medio.

107

SÁBADO 26
13:00-13:10

SESIÓN 4.
SALA MULTIUSOS 3

PRIMER FIRMANTE
Álvaro Arribas Cerezo

AUTORES
Álvaro Arribas Cerezo;
Idoya Adanero Calvo;
Marcos Juanes García;
Valvanera Córdón
Hurtado; Sara Iglesias
Gutiérrez; Jorge Pascual
Fernández;

CENTROS DE TRABAJO
061 La Rioja;
Urgencias HSP

ANÁLISIS DE PARADAS CARDIORESPIRATORIAS ATENDIDAS POR UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es la patología tiempo dependiente más importante que atienden los servicios de emergencias (SEM) con sus Unidades de Soporte Vital Avanzado (USVA).

OBJETIVOS

Analizar y describir las características de las paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias (PCREH) atendidas por el SEM de nuestra comunidad. En el caso de PCR recuperada se estudia también la supervivencia y grado de dependencia posterior de estos pacientes.

METODOLOGÍA

La Rioja cuenta con 315896 habitantes (censo 2021) y el SEM con 3 USVA. Cuando los profesionales atienden una PCR, recogen una serie de datos que vuelcan en una base de Accés diseñada para el registro español de PCREH (OHSCAR). Estudio observacional retrospectivo de las PCREH atendidas desde el 1 de enero al 30 de junio de 2022. Se registran variables del paciente: edad, sexo, grado de dependencia, ritmo inicial; del suceso: motivo de llamada, lugar de PCR y del proceso: supervivencia, llegada al hospital y situación al alta.

RESULTADOS

Se registraron 78 PCR de los cuales 56 eran hombres (71.79%) y 22 mujeres (28.21%). La edad media fue 62.5 años (DE 7.00) con rango

de 1 a 96 años. De todos ellos 11 (14.29%) se consideran dependientes y 66 (85.71%) independientes (Clinical Performance sCore CPC). Un total de 56 (71.79%) presentaban comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes, dislipemia o cardiopatía).

El motivo de llamada fue: 21 PCR (27.27%), 36 inconscientes (46.75%), 4 dolor torácico (5.19%), 7 disnea (9.09%), 5 trauma (6.49%), 1 convulsión (1.30%) y 3 otras (3.90%). Respecto al lugar: 48 domicilio (61.54%), 10 vía pública (12.82%), 5 lugar de trabajo (6.41%), 2 centro recreativo (2.56%), 3 edificio público (3.85%), 1 centro educativo (1.28%), 1 residencia sociosanitaria (1.28%), 3 centro sanitario extrahospitalario (3.85%) y 5 otros lugares (6.41%).

El ritmo inicial: fibrilación ventricular (FV) o taquicardia ventricular (TV) sin pulso 15 (38.46%), asistolia 15 (38.46%), actividad eléctrica sin pulso (AESP) 5 (12.82%), bradicardia extrema 2 (5.13%), DESA desfibrilable 2 (5.13%). Recuperaron pulso y llegaron al hospital 16, de estos sobrevivieron 9 y fueron dados de alta 5 con CPC 1 (6.41%), 3 con CPC 2 (3.85%) y 1 con CPC 3 (1.28%). De los 9 supervivientes 66.67% presentaron FV o TV sin pulso, 11.11% AESP y 22.22% desfibrilable por DESA. El 100% fueron paradas presenciadas y en todos los casos excepto uno se iniciaron maniobras de resucitación en el momento por testigos en 5 casos, 1 por personal sanitario no SEM, 1 por otros servicios públicos y 1 por la propia USVA.

CONCLUSIONES

Registrar las características de PCREH es muy útil a la hora de estudiar factores que puedan ser indispensables para mejorar la supervivencia de los pacientes y plantear protocolos para mejorar la calidad de los servicios de emergencias.

110

SÁBADO 26
13:12-13:22

SESIÓN 4.
SALA MULTIUSOS 3

PRIMER FIRMANTE
Rosa Mancha Salcedo

AUTORES
Rosa Mancha Salcedo;
Miguel Díaz-Távora
Luque; Francisco Luis
Pérez Caballero; Santiago
Lardelli Picallos; Estefania
Luque Mármol; Noemí
Mara Gil Pérez;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital de Mérida

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS SECUNDARIAS A SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACION DEL ST.

INTRODUCCIÓN

El SCA sigue siendo la causa principal de parada cardíaca y por tanto es uno de las principales patologías que debemos dominar.

OBJETIVOS

Principal: Describir las características de los pacientes con PCR secundaria a SCASEST. Secundario: Estudiar la relación la realización de ICP urgente y diferida con el desarrollo de complicaciones.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio retrospectivo y observacional sobre una muestra de 15 pacientes recogidos entre 2020 y 2022, ingresados en nuestra UCI. Se analizaron mediante el sistema SPSS.

RESULTADOS

Del total, la mayoría eran varones (73%). El 53% eran mayores de 65 años. En cuanto a los factores de riesgo, el 60% presentaban dislipemia e hipertensión y el 26% eran fumadores. Se analizó la relación entre los factores de riesgo y la mortalidad no encontrándose valores estadísticamente significativos. En cuanto a las escalas de gravedad, la media de SAPS II era de 53 y de APACHE II era de 19 y tampoco se obtuvieron valores estadísticamente significativos al relacionarlas con

la mortalidad.

En cuanto al tipo de parada cardíaca, el 66% presentó ritmo desfibrilable. Al 60% se le realizó ICP urgente mientras que al 20% fue diferida.

Relacionamos la realización de ICP con las principales complicaciones, encontrándose que la realización de ICP urgente se relaciona favorablemente con no presentar encefalopatía postanóxica (p 0.09) sin embargo no influye con el desarrollo de shock cardiogénico (p 0.5) ni con el riesgo de arritmias (p 0.4).

En pacientes subsidiarios de ICP diferida no existe relación con el desarrollo de encefalopatía postanóxica aunque si reduce el riesgo de arritmias durante el ingreso (p 0.06).

En cuanto a la mortalidad a los 30 días fue del 40%, sin encontrarse diferencias independientemente de si se realiza ICP urgente o diferida.

CONCLUSIONES

Parece que la realización de ICP urgente no empeora los resultados neurológicos porque no parece asociarse al riesgo de encefalopatía postanóxica. Dentro de la ICP diferida no se ha mostrado relación significativa. En cuanto a la mortalidad no hubo diferencias entre ninguno de los grupos.

111

SÁBADO 26
13:24-13:34SESIÓN 4.
SALA MULTIUSOS 3PRIMER FIRMANTE
Rosa Mancha SalcedoAUTORES
Rosa Mancha Salcedo;
Miguel Díaz-Távora
Luque; Francisco Luis
Pérez Caballero; Santiago
Lardelli Picallos; Estefanía
Luque Mármol; Noemí
Mara Gil Pérez;CENTROS DE TRABAJO
Hospital de Mérida

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS SECUNDARIAS A SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST.

INTRODUCCIÓN

El síndrome coronario agudo sigue siendo la causa principal de parada cardíaca y cuando se trata de SCACEST el tiempo es una parte indispensable del tratamiento.

OBJETIVOS

Principal: Describir las características de los pacientes que han sufrido una PCR secundaria a SCACEST. Secundarios: Estudiar la relación entre los factores de riesgo y la mortalidad y la presencia de shock cardiogénico y su relación con las escalas de gravedad.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional y retrospectivo con una muestra de 13 pacientes recogidos entre enero de 2020 y enero de 2022, ingresados nuestra UCI. Se analizaron mediante el sistema SPSS.

RESULTADOS

Del total, el 84% eran menores de 64 años y la mayoría eran hombres (77%). Como principal factor de riesgo destaca el tabaco en el 46%, el 31% eran HTA y un 23% dislipémicos. El no presentar ese factor de riesgo hace que la mortalidad sea menor, encontrándose una relación estadísticamente significativa en: dislipemia p 0.012, tabaco p 0.034, HTA p 0.09.

A la llegada del soporte vital, el 84% presentaban ritmo desfibrilable, siendo el 100% SCACEST y por tanto en todos ellos se realizó coronariografía emergente.

La media de minutos de RCP fue de 11 minutos, y se analizó si este tiempo tiene relación con la mortalidad no encontrándose relación significativa ($p > 0.1$).

La mitad de los pacientes desarrollaron arritmias (54%). Se analizó su relación con la presencia de shock cardiogénico, encontrándose una relación entre ambos cuadros con p valor 0.06.

De los que presentaron shock cardiogénico (54%) se estudió su relación con la gravedad encontrada en las escalas de riesgo, no siendo significativas: p 0.3 (SAPS II), p 0.3 (SOFA), p 0.9 (APACHE II).

La mortalidad de la muestra a los 30 días fue del 30.8%.

CONCLUSIONES

La mayoría eran varones menores de 64 años. El no presentar factores de riesgo (dislipemia, tabaco o HTA) hace que la mortalidad sea menor. El tiempo durante el cual se realizaron maniobras de RCP no presentó relación con respecto a la mortalidad. La mitad presentaron arritmias durante su ingreso, lo cual si se relacionó con su evolución a shock cardiogénico.

114

SÁBADO 26
13:36-13:46

SESIÓN 4.
SALA MULTIUSOS 3

PRIMER FIRMANTE
María Isabel Vázquez

AUTORES
María Isabel Vázquez
García; José Luis Pérez
Sánchez; Natalia Vanesa
González Puebla; Eduardo
Barrero Barrero; Beatriz
Rodríguez Esplandiú;
Sandra Sanz Saez;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC MADRID

PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y MANEJO DEL PACIENTE TRAUMÁTICO GRAVE EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS

INTRODUCCIÓN

La atención al paciente traumático grave requiere aminorar los tiempos de asistencia y trabajar con objetivos concretos apoyados por parámetros hemodinámicos y metabólicos para su correcto manejo.

OBJETIVOS

Plasmar puntos fuertes y áreas de mejora del procedimiento de trabajo llevado a cabo sobre una importante serie de pacientes traumáticos graves por un servicio de emergencias médicas(SEM).

Valorar qué niveles de supervivencia ha conllevado dicho procedimiento.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo. Cohorte de 1007 pacientes traumáticos graves atendidos entre 2018-2021 por un SEM mediante la revisión de informes asistenciales. Variables epidemiológicas: Edad, sexo, mecanismo lesional, patología principal, supervivencia 7 días, valores analíticos, mecanismo lesional y tiempos de asistencia. Variables dependientes: intervenciones realizadas: nº de vías(periférica, intraósea), analítica, drenajes(gástrico, vesical), intubación, inmovilizaciones, analgesia. Análisis descriptivo, variables centrales y de dispersión. SPSS 21

RESULTADOS

1007 pacientes. Media de edad 41,72(19,4) años. 233 mujeres. Mecanismos lesionales más frecuentes: precipitación(17,6%), atropello(14,9%), accidente de moto(14,9%) herida por arma blanca(14,2%), accidentes de coche(7%), caídas(6%). Patologías principales: Trauma Mayor(33,5%), Trauma craneoencefálico(26,6%), Trauma Torácico(11,6%), Parada cardiorespiratoria(6,1%), Trauma Ortopédico(5,8%) y Trauma Abdominal(4,8%). Supervivencia a los 7 días, 85,4%. Tiempo medio de asistencia in situ 34:58 (12:21) minutos e incluido el traslado 47:17(11:23). Media de intervenciones 6,8(DE 1,7). Destacan las inmovilizaciones con 2,16(DE 1,38) y accesos venoso con 1,85(DE 0,35) de media. Al 100% se les canaliza acceso venoso. Son trasladados con dos vías el 85,2%, con una el 14,8%. Sólo un 1,5% requiere intraósea. Se realiza analítica al 94,7%, Valores medios iniciales: pH 7,3(0,12), lactato 5,3(3,84), exceso de bases -3,60(5,65), pCO₂ 45,57(14,05), Hemoglobina 15,15(2), glucemia 150,67(DE 56,96). Se colocaron drenajes al 26,8%(255 sondajes gástricos, 45 vesicales). Se intubó al 51,4%. El 93,4% son analgesiados, 91,9% con opiáceo(Fentanilo), 8,2% con Paracetamol y 3,7% con Ketorolaco. Uso cinturón pélvico en 29,4%. Se realiza ECOFast al 70%. Precisan Ac. Tranexámico 35,5% y drogas vasoactivas(noradrenalina) 14,6%.

CONCLUSIONES

A pesar de que la patología traumática grave requiere un alto número de intervenciones, debemos mejorar los tiempos asistenciales. El manejo se ve apoyado en un alto porcentaje por el uso de la analítica. Destaca el importante uso de la analgesia, especialmente con opiáceos.

118

SÁBADO 26
13:48-13:58

SESIÓN 4.
SALA MULTIUSOS 3

PRIMER FIRMANTE
Xavier Jiménez Fàbrega

AUTORES
Xavier Jiménez Fàbrega;
María del Mar Escudero
Campillo; Cristina Soro
Borrega; Anna Deulofeu
Font; María del Mar
Campuzano García; Silvia
Solà Muñoz;

CENTROS DE TRABAJO

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL CÓDIGO ICTUS: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE UNIDADES DE SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO

INTRODUCCIÓN

El ictus es una emergencia tiempo-dependiente que constituye un problema de salud pública. El acceso a una atención especializada precoz disminuye la mortalidad y mejora la situación funcional a largo plazo.

OBJETIVOS

Analizar si existen diferencias en los tiempos de actuación, el diagnóstico definitivo y resultado funcional de los pacientes código ictus (CI) atendidos por un sistema de emergencias prehospitalario (SEP), según el tipo de unidad que realiza la primera asistencia.

METODOLOGÍA

Estudio observacional de cohortes prospectivo multicéntrico. Incluyó todos los CI atendidos por el SEP desde enero del 2016-abril del 2022. Se recogieron 32 variables prehospitalarias y 8 hospitalarias, englobando todo proceso asistencial del CI. La variable independiente fue el tipo de unidad que atiende el CI: de soporte vital básico (USVB) o avanzado (USVA). Las variables de resultado principal fueron la mortalidad y el estado funcional (escala de Rankin modificada) de los pacientes con ictus isquémico sometidos a tratamiento de reperusión a los 90 días del episodio. Se utilizó un análisis de regresión logística multivariante.

RESULTADOS

Se incluyeron 22968 pacientes, 21209 (92,3%) atendidos por USVB, el 53,8% eran varones y la edad media fue de 72,8 años. La mediana de tiempo desde la alerta al SEP hasta la llegada al hospital fue superior en las USVA (57 minutos vs 47 minutos; $p < 0,001$) debido al incremento de tiempo hasta el acceso al paciente y su asistencia inicial in situ. El diagnóstico de ictus isquémico fue superior en las USVB (52,7% vs 63,2%; $p < 0,001$). Estos pacientes presentaron una mortalidad a 3 meses del 20,0% y de los supervivientes, el 40,8% presentó un buen estado funcional (escala de Rankin modificada 0-2). Tras ajustar el modelo por edad y por puntuación de NIHSS al ingreso, el tipo de unidad no mostró una asociación independiente con la mortalidad (ORa 1,1; IC95% 0,77-1,59) ni con el estado funcional (ORa 1,05; IC95% 0,72-1,47).

CONCLUSIONES

Las USVB realizan la mayoría de CI y no presentan diferencias en el pronóstico a medio plazo con respecto a otros recursos. Los equipos dotados por TES son un recurso válido, adecuado y necesario para asumir el CI en su identificación, asistencia y traslado.

121

SÁBADO 26
11:00-11:10

SESIÓN 5.
SALA MULTIUSOS 6

PRIMER FIRMANTE
Carlos Luis Villamor
Sánchez

AUTORES
Carlos Luis Villamor
Sánchez; Sara Isabel
Montero Hernandez; Jesús
Rodríguez Barroso; Tomás
Casado Robles; Jose
Antonio Lara Fernández;
Francisco Javier Concejero
Ballesteros;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC;
Universidad Francisco y
Vitoria

¿HAY CORRELACIÓN ESTADÍSTICA ENTRE METABOLITOS Y VASOPRESORES USADOS EN EL MANEJO PRECOZ DE LA PCR Y SU PRONÓSTICO?

INTRODUCCIÓN

La implementación de la analítica en los Servicios de Emergencias (SEM) ya está respaldada por la evidencia científica en patologías como la Parada Cardiorrespiratoria (PCR). Sin embargo, son escasos los trabajos prehospitalarios que hayan constatado la utilidad de los principales valores metabólicos junto con la dosis de fármacos vasopresores administrados en dicho proceso.

OBJETIVOS

El estudio describe las características epidemiológicas de un grupo de pacientes asistidos por un SEM y además intenta valorar la asociación que los valores metabólicos tomados en la escena tienen con la cantidad de vasopresores empleados: Adrenalina y Noradrenalina, así como con el diagnóstico y pronóstico de dicho grupo

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo correlacional retrospectivo de pacientes atendidos con PCR por un SEM de una gran ciudad entre 2018 y 2020. Seguimiento de los casos hasta los 7 días de ingreso hospitalario. Variables epidemiológicas: sexo, edad, tipo de parada, tiempo de intervención. Variables exposición: parámetros metabólicos tomados de una muestra sanguínea en la escena. Variables intervención:

dosis de vasopresores aplicadas. Variables resultado: supervivencia. Análisis descriptivo con medidas centrales y de dispersión. Análisis inferencial: regresión lineal (B) y correlación de Pearson (r). SPSS 26.0.

RESULTADOS

618 pacientes. Edad media: 60,58 años DE (17,9%), 484 varones (78,3%). 560 pacientes (90,6%) sufrieron PCR de causa médica (no traumática). El ritmo inicial encontrado fue de asistolia en 351 casos (56,8%). Instrucciones de maniobras transtelefónicas en 110 pacientes (17,8%), con intervención previa de Soporte Vital Básico en 173 situaciones (28%). El tiempo medio de intervención in situ fue de 39 minutos y 22 segundos y el de traslado 11 minutos y 55 segundos. Correlación metabolitos respecto a vasopresores: Exceso de Base (EB) y Adrenalina $r = -0,105$ con $p < 0,011$; EB y Noradrenalina $r = -0,121$ con $p < 0,003$. Asociación vasopresores respecto a supervivencia: Adrenalina ($B = -0,364$) con $p < 0,0001$ y Noradrenalina ($B = -0,027$) con $p < 0,537$.

COMUNICACIONES ORALES

CONCLUSIONES

En nuestro estudio sólo EB se correlaciona significativamente con el uso de Adrenalina y Noradrenalina. Si bien existe asociación entre Adrenalina y Noradrenalina respecto a supervivencia, únicamente tendría capacidad predictiva la Adrenalina, a mayor uso de ésta menor supervivencia.

127

SÁBADO 26
11:12-11:22

SESIÓN 5.
SALA MULTIUSOS 6

PRIMER FIRMANTE
Youcef Azeli

AUTORES
Youcef Azeli; Silvia García
Vilana; Vikas Kumar;
Saurav Kumar; Inés
Landín; Eneko Barbería;

CENTROS DE TRABAJO
UPC-EEBE, Grup de
Recerca Aplicada en
Biomecànica de l'Impacte
(GRABI), Barcelona;

Environmental
Engineering Laboratory,
Dept. Enginyeria Química,
Universitat Rovira i Virgili
(URV);

Institut de Medicina Legal
i Ciències Forenses de
Catalunya

INFLUENCIA DEL CORAZÓN EN LA BIOMECÁNICA DEL TÓRAX DURANTE LA RCP Y SU ASOCIACIÓN CON LAS LESIONES TORÁCICAS ÓSEAS GRAVES.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones torácicas óseas graves (LTOG) secundarias a la RCP empeoran la hemodinámica y se han asociado a peor supervivencia en la parada cardíaca extrahospitalaria.

OBJETIVOS

Analizar la influencia de la dimensión del corazón en la aparición de LTOG secundarias a RCP.

METODOLOGÍA

Los datos proceden de un registro prospectivo de paradas cardíacas extrahospitalarias con múltiples fuentes de información recogidos entre abril 2014 y abril 2017. Se incluyeron intentos de RCP extrahospitalaria asistidos por el servicio de emergencias sometidos a un estudio autópsico focalizado en las lesiones por RCP. Se definió ratio de masa cardíaca (CMR) como el ratio entre la masa del corazón real y la esperada según fuentes previas en base al sexo y el peso. Se estudiaron los factores asociados a LTOG mediante chi-cuadrado, Mann-whitney y kruskal-wallis. Las variables asociadas a LTOG con $p < 0.2$ se incluyeron en un modelo de regresión logístico multivariable, así como en un árbol de decisión basado en machine learning para predecir LTOG. Para 36 casos, se obtuvieron las fuerzas aplicadas por el LUCAS, cuya re-

lación con la masa cardíaca ha sido analizada con regresión lineal.

RESULTADOS

Se incluyeron 200 intentos de RCP (133 RCP manual y 67 RCP con LUCAS). La edad media de la muestra fue de 60.4 ± 13.5 y 56 (28%) fueron mujeres. 75,0% de los pacientes presentaron LTOG. En el análisis de regresión multivariable la edad (OR: 1,03, IC 95%: 1,010-1,057) y las compresiones mecánicas (OR: 2,074, IC 95%: 1,062-4,048) se asociaron con LTOG. Tras la construcción del árbol de decisión las variables: edad (0,44), CMR (0,26), tiempo de RCP (0,22) y tipo de compresión (0,071) son en este orden las más influyentes en la aparición de LTOG, según la importancia Gini. La fuerza media ($p=0,022$) y máxima ($p=0,021$) aplicada por el compresor mecánico es mayor para sujetos con mayor masa cardíaca. El CMR es mayor en pacientes con patologías cardíacas previas.

CONCLUSIONES

Esta es la primera descripción del corazón como factor de riesgo de lesiones por RCP. La mejora en el conocimiento de la biomecánica del tórax permitirá obtener más datos para personalizar la profundidad de compresión.

129

SÁBADO 26

11:24-11:34

SESIÓN 5.
SALA MULTIUSOS 6

PRIMER FIRMANTE

Arturo Alfonso de Blas de Blas

AUTORES

Arturo Alfonso de Blas de Blas; Ana Luján Chamorro; Isabel Canales Corcho; Natalia Vanesa González Puebla; Ester Moyano Boto;

CENTROS DE TRABAJO

SAMUR-P.C.;
SUMMA112

PCR RELACIONADA CON LA PRÁCTICA DEPORTIVA ¿ESTAMOS ANTE UNA PARADA “DIFERENTE”?

INTRODUCCIÓN

La muerte súbita relacionada con el ejercicio (MSE) es un tipo de parada cardiorrespiratoria (PCR) que genera una especial alarma social y científica, dada la asociación a “vida sana” que la sociedad tiene sobre este aspecto. Dado que en el ámbito de nuestro trabajo hemos observado un incremento de casuística de las mismas, nos hemos planteado testar sus características de cara a responder a algunas de las preguntas que se plantean en diversos ámbitos no solo social, sino también científico.

OBJETIVOS

Analizar y objetivar, si es posible, las diferencias epidemiológicas y pronósticas de las paradas cardíacas ocurridas en el curso de la actividad física.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo a través de una base de datos elaborada con carácter prospectivo. Cohorte de 629 pacientes reanimados tras una parada cardíaca extrahospitalaria, atendidos entre los años 2018 y 2019. Ámbito: Servicio Emergencias Extrahospitalario con actividad en vía pública urbana. Se excluyen las PCR no recuperadas. Se realizó seguimiento de la evolución hasta los 30 días desde ingreso. Variables epidemiológicas: edad, sexo. Variables exposición: Causa deportiva de la parada cardíaca. Va-

riables dependientes: Tiempo de respuesta, parámetros analíticos tomados en la escena: (pH, exceso bases, pCO₂, sodio, potasio, lactato). Supervivencia (7 días; recuperación “ad integrum” (escala Cerebral Performance Categories (CPC)).

Análisis descriptivo medidas centrales y de dispersión, análisis inferencial para variables cuantitativas con T de Student, para variables categóricas con Chi cuadrado. Intervalos de confianza 95%, p<0,05. SPSS 21

RESULTADOS

Total PCR: 629 reanimadas, 456 recuperadas (72,49%) y de éstas 48 MSE (10,5%). Edad media: 60,4 años (DE:18,06), siendo 51,31 (DE:17,21) en MSE vs 61,48 (DE:17,88), (p<0,0001). En MSE, 10 (20,8%) fueron en menores de 35 años, vs 36 (8,8%). (p<0,05) Sexo: 362 varones (79,4%) y 94 mujeres, siendo en MSE varones 45 (93,75%) y mujeres 3. (p<0,001) Tiempo de respuesta: 688,29 segundos (DE:1349,11) en MSE vs 481,29 (DE:236,88) (p<0,001) Supervivencia 7 días: 36(75%) en MSE vs 153(37,5%), (p<0,001) Supervivencia con CPC I-II: 32(66,7%) en MSE vs 118(28,9%). (p<0,001)

Parámetros analíticos:

pH:7,14(DE:0,23) vs 7,12(DE:0,19); BE:-6,90(DE:6,48) vs -6,34(DE:7,78)

K: 3,95(DE:0,75) vs 4,30(DE:1,00) (p<0,05); NA: 141,72(DE:3,05) vs 140,42(DE:4,53) (p<0,05); pCO₂:60,43(DE:23,67) vs 67,32(DE:23,91); Lactato: 8,23(DE:3,79) vs 7,69(DE:16,50)

CONCLUSIONES

Efectivamente, en nuestro ámbito, la parada cardíaca debida a ejercicio tiene unas características específicas: La población es más joven, mayoritariamente masculina y con mejor pronóstico neurológico las PCR que ocurren fuera del entorno del ejercicio, a pesar de tiempos de respuesta significativamente más largos.

El número de MSE en menores de 35 años, que define más puramente la MSE, es también significativamente mayor que en el resto de las paradas, dato que hace insistir en la importancia de la prevención y la rápida respuesta en este tipo de actividades/ eventos.

También metabólicamente hay alguna diferencia, referida fundamentalmente a las alteraciones iónicas, que parecen más propias del agotamiento muscular.

136

SÁBADO 26
11:00-11:10SESIÓN 5.
SALA MULTIUSOS 6PRIMER FIRMANTE
Natalia Vanesa González
PueblaAUTORES
Natalia Vanesa González
Puebla; Beatriz Rodríguez
Esplandiu; Alberto
Hernández Tejedor; M^a
Isabel Vázquez García;
Jose M^a García de Buen;
Sara Isabel Montero
Hernández;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

CÓDIGO INFARTO EN MEDICINA EXTRAHOSPITALARIA UTILIDAD DE TROPONINA DE ALTA SENSIBILIDAD

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con dolor torácico suponen un reto diagnóstico en medicina extrahospitalaria. Precisamos realizar detección precoz de pacientes subsidiarios de atención temprana en el servicio de hemodinamia para disminuir el tiempo de isquemia miocárdica.

Cuando la clínica del paciente y el electrocardiograma, pese a presentar elevación del segmento ST, no son concluyentes puede resultar beneficioso utilizar prueba diagnóstica de apoyo para confirmar lesión miocárdica.

OBJETIVOS

Estimar el valor añadido de la medición de Troponina de alta sensibilidad (hs-TnI) en pacientes con sospecha de Síndrome coronario agudo con elevación de ST

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Se extraen datos tanto de informes clínicos como de preavisos con seguimiento hospitalario.

RESULTADOS

52 pacientes con edad media $60,1 \pm 15,6$ años. 25% mujeres. Se realizó coronariografía al 63,5% con lesiones coronarias significativas 84,8%. hs-TnI

media 133 ± 308 ng/l. Tiempo medio de dolor 51 ± 65 minutos.

En pacientes con IAM (lesión coronaria tratada) 174 vs 86 ng/l en los que no tuvieron IAM ($p = 0,31$).

27 pacientes con dolor menor o igual a 30 minutos de duración: se realizó coronariografía al 66,6% de estos el 83% requirió revascularización urgente. Su hs-TnI media fue de 54 ± 82 ng/l. en pacientes con IAM 73 vs 30 ng/l en los que no tuvieron IAM ($p = 0,18$).

Para hs-TnI $> 22,9$ ng/l, el VPP es 67% y el VPN es 57% y en pacientes con tiempo de evolución de dolor menor o igual a 30 minutos, con ese punto de corte, el VPP de la hs-TnI es 75% y el VPN es 60%.

El caso de IAM con necesidad de revascularización con hs-TnI más baja tenía una determinación de 3,6 ng/l.

CONCLUSIONES

La fiabilidad de la prueba es menor de lo esperable, probablemente debido al pequeño tamaño de la muestra estudiada

En los pacientes con tiempo de evolución inferior o igual a 30 minutos se mantienen valores predictivos similares a la muestra general, pese a la recomendación de medir el valor de hs-TnI a las 2-3 h de inicio de síntomas

139

SÁBADO 26
11:00-11:10

SESIÓN 5.
SALA MULTIUSOS 6

PRIMER FIRMANTE
Isabel Bueno Mokhtari

AUTORES
Isabel Bueno Mokhtari;
Gabriel Anoro Pueyo;

CENTROS DE TRABAJO
Helicopters

LA PARADA CARDIACA EN MEDIOS HEMS. USO DE CARDIOCOMPRESORES MECÁNICOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE RESULTADOS

INTRODUCCIÓN

La carga de trabajo físico y mental durante la reanimación cardiopulmonar (RCP) es un desafío en condiciones de trabajo extremas. Presumimos que los dispositivos mecánicos de compresión torácica (cardiocompresores de banda o pistón), aumentan la eficacia de la RCP, disminuyen la carga de trabajo físico y mejoran el rendimiento mental del personal del servicio médico de helitransportado (HEMS) durante vuelos de emergencia. El objetivo de esta revisión fue realizar un metanálisis de la literatura que examinara las tasas de retorno de la circulación espontánea de los dispositivos de compresión torácica en misiones HEMS (Helicopter Emergency Medical Services).

OBJETIVOS

Determinar el efecto y la calidad de las maniobras de resucitación con compresión-descompresión torácica mecánica en comparación con la RCP con compresión torácica estándar ó manual sobre la mortalidad, y la recuperación de la circulación espontánea en adultos con paro cardíaco tratados fuera del hospital en medios HEMS.

METODOLOGÍA

Se realizaron búsquedas de artículos publicados con metodología OB entre 2009 y

2020. Se consultaron guías de práctica clínica, sumarios de evidencia, científica, bases de datos, PUBMED, Cochrane y alguna revista científica como Critical Care Medicine. Los artículos seleccionados contenían los dispositivos LUCAS, Autopulse, incluyendo así la técnica de banda y la técnica de pistón. Se incluyeron ensayos controlados aleatorios grupales y estudios que compararon compresiones torácicas mecánicas versus compresiones torácicas manuales durante la RCP en medios extrahospitalarios, incluyendo equipos de tierra y equipos de helitransportados. Se compararon resultados obtenidos en las odds ratio de las muestras grupales de cardiocompresión con banda, cardiocompresión con pistón y cardiocompresión manual.

RESULTADOS

En comparación con la reanimación cardiopulmonar manual, la reanimación cardiopulmonar con banda distribuidora de carga tuvo probabilidades significativamente mayores de retorno de la circulación espontánea (odds ratio, 1,62 [IC del 95 %, 1,36, 1,92], $p < 0,001$). El efecto del tratamiento para la reanimación cardiopulmonar impulsada por pistón fue similar a la reanimación cardiopulmonar manual (odds ratio, 1,25 [IC del 95 %, 0,92, 1,68]; $p = 0,151$). (...)

CONCLUSIONES

Los dispositivos de cardiocompresión mecánica ha sido diseñados para facilitar la autonomía en la PCR en entornos donde el agotamiento del profesional, la reducción del número de personas en los equipos HEMS y la falta de espacio, sean imprescindibles para una recuperación temprana de la circulación espontánea. El uso y configuraciones programables de los cardiocompresores que garantizan la compresión, ritmo, y regularidad óptimas, deben ser entrenadas así como su aplicación dentro del helicóptero, siendo la preparación previa al vuelo, indispensable. Concluimos sobre el balance de la evidencia de que los dispositivos mecánicos de banda con respecto a los de pistón, tienen mejores resultados. (...)



PÓSTERS
ANTESALA CONFERENCIAS 2
(PLANTA 1)

1

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 1

PRIMER FIRMANTE
José Campos Blanco

AUTORES
José Campos Blanco;
I. Navarrete Cardero;
A. Gómez José;

CENTROS DE TRABAJO
061 SEVILLA;
ILUNION EMERGENCIAS

APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE RCP TELEFÓNICA EN SALA DE COORDINACIÓN 061. CÓMO LO HACEMOS Y POSIBILIDADES DE MEJORA

INTRODUCCIÓN

Si bien las pautas y consejos desde la sala de coordinación de 061 han incluido en muchas ocasiones la práctica de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) por parte de los familiares y/o testigos en caso de parada cardiorespiratoria(PCR),no es hasta la publicación de las Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC) cuando oficialmente se enmarca y valora la verdadera importancia que tienen en la cadena de la supervivencia los Operadores telefónicos o Gestores de Emergencias. Ellos,primer escalón y contacto del usuario con nuestras salas de Coordinación,son los primeros profesionales que tienen capacidad de sospechar la presencia de una PCR y por ende,los primeros en ofrecer socorro y recomendaciones telefónicas a esa posible víctima.

OBJETIVO

Describir el perfil de nuestros Gestores de Emergencias,experiencia,formación,capacidad para detectar una PCR,habilidades para transmitir a testigos las pautas mínimas para la práctica de RCP básica hasta la llegada de la ayuda especializada.

Además,se investiga sobre los posible puntos de mejora de dichas recomendaciones, aplica-

bilidad y manejo de la situación.Finalmente, se interroga sobre los sentimientos,en muchas ocasiones ignorados,que este tipo de llamadas provoca en los profesionales.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal basado en una encuesta de 18 items,anónima,a rellenar por parte de la plantilla de gestores de emergencias que desempeñan su labor en nuestra sala de coordinación.

RESULTADOS

Del total de la plantilla de trabajadores estables en nuestra sala de coordinación recibimos 43 encuestas debidamente cumplimentadas,descartandose sólo una por manifiestos deficits en respuestas.Se vuelcan los datos en hoja de EXCEL de MicroSoft y se ejecutan las formulaciones pertinentes para responder a nuestras cuestiones.

La media de edad de nuestros encuestados es de 44,25 años y la experiencia de trabajo en nuestra sala de coordinación tiene de media de más de 15 años.El 79% de ellos sabían que era una PCR incluso antes de trabajar en 061 y el 95,4% reconocen saber en qué consistían las maniobras de RCP pero de estos, sólo un 16,27% había recibido formación concreta y específica sobre RCP.S (...)

CONCLUSIONES

- 1.El papel de los gestores de emergencias está ya reconocido como primer eslabón de la RCP.
- 2.Si bien tienen formación específica para este desempeño,reclaman más formación práctica como paso hacia la mejora y unas pautas y consejos más claros.
- 3.Reclaman una mayor implicación y colaboración por parte de los coordinadores durante la escucha activa de la llamada para implementar dichos consejos telefónicos.
- 4.El feedback o refuerzo al profesional debería ser la norma.

2

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 2

PRIMER FIRMANTE

Ángel López González

AUTORES

Ángel López González;
Joseba Rabanales Sotos;
Carmen María Guerrero
Agenjo; Lorena Rozas
Bueno; Jaime López
Tendero; Alicia López
Tendero;

CENTROS DE TRABAJO

Facultad de Enfermería de
Albacete (UCLM);
Servicio de Salud de
Castilla-La Mancha;
Consejería de Sanidad de
Castilla-La Mancha

FORMACIÓN EN DESFIBRILACIÓN AUTOMÁTICA EXTERNA Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN LA UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA. ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN Y COSTES

INTRODUCCIÓN

La Universidad que da la base para esta comunicación, es pública y única en su Comunidad Autónoma. Tiene establecido un Plan de Formación e Innovación del Personal Docente e Investigador (PDI) y Personal de Administración y Servicios (PAS), y en él, el curso "Desfibrilación automática externa y reanimación cardiopulmonar básica". Desde 2017 un grupo de profesores de la Facultad de Enfermería ha impartido 87 ediciones en modalidad mixta, Online/presencial, lo que ha facilitado la participación del PDI-PAS en las acciones formativas programadas, y además, limitado el contacto interpersonal impuesto por la crisis sanitaria provocada por la COVID-19.

OBJETIVO

Analizar la satisfacción de las acciones formativas realizadas, así como determinar su relación coste/participante.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo realizado mediante la revisión de los resultados de satisfacción e índice de respuestas obtenidas en las encuestas que la universidad requiere en todas sus acciones de formación permanente realizadas por PDI-PAS.

RESULTADOS

Se han realizado un total de 87 acciones formativas (47 PAS vs. 40 PDI) con un total de 902 participantes (460 PAS vs. 442 PDI), el 89% de quienes la habían solicitado.

Las encuestas de satisfacción han sido respondidas por el 79,9% de los participantes. La puntuación obtenida en los resultados de satisfacción ha sido de 9,5, superando el estándar mínimo establecido como compromiso de esta universidad (> 7'5). Desglosando por cada uno de los 12 ítems de las encuestas, los resultados han sido: 1) Transmisión conocimientos, 9,6; 2) Conocimientos del profesor/a, 9,5; 3) Atención del profesor/a, 9,6; 4) Materiales formativos, 9,5; 5) Comunicación, 9,5; 6) Satisfacción general, 9,7; 7) Organización de contenidos, 9,6; 8) Evaluación, 9,4; 9) Recursos materiales, 9,5; 10) Actividades de aprendizaje, 9,6; 11) Cumplimiento de objetivos, 9,6; y 12) Programación, 9,5.

La dotación económica de cada una de las acciones formativas dirigidas a los trabajadores se asigna en Consejo de Gobierno de la Universidad y, por participante, ha supuesto una media de 51,1€.

CONCLUSIONES

La impartición del curso "Desfibrilación automática externa y reanimación cardiopulmonar básica" al PAS y PDI de esta universidad por profesorado propio y con metodología altamente participativa, alcanza altos niveles de satisfacción entre los asistentes, siendo además su coste/participante es altamente competitivo.

3

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 3

PRIMER FIRMANTE

José Antonio Subiela
García

AUTORES

José Antonio Subiela
García; Jaime Danilo
Calle Barreto; Luis
Jimenez Alvado; Paula
Martín González;
Antonio Manuel Torres
Pérez; Juan José Aguilón
Leiva;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital General
Universitario Los Arcos
del Mar Menor;CAP San Antón
Cartagena;

Hospital de Alcañiz;

PRIMEROS AUXILIOS Y RCP EN LA ESCUELA. FORMADOR DE FORMADORES. DISEÑO DE UN ACCIÓN FORMATIVA.**INTRODUCCIÓN**

Son muchas las iniciativas que han surgido en los últimos tiempos para enseñar a alumnos y profesores a practicar una reanimación cardiopulmonar de calidad. Si hacemos un breve repaso en los últimos diez años han surgido muchas nuevas prácticas de enseñar tanto a alumnos como profesores estas técnicas; desde videojuegos hasta obras de teatro, han sido utilizadas para enseñar las técnicas de RCP en la escuela.

OBJETIVO

El objetivo de nuestro trabajo consistió en el "diseño" de una actividad formativa dirigida a Enfermeras que sirviera de base para iniciar un proyecto de educación de RCP en las escuelas de nuestra área de salud.

METODOLOGÍA

Con el fin de identificar los contenidos del curso, se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como CUIDENplus, PUBMED, EMBASE, y en revistas de enfermería como Enfermería Intensiva, Enfermería Global y otras. Se hizo una búsqueda en Google Académico y redes sociales utilizando las palabras clave: "RCP en el cole" y "Reanimación cardiopulmonar en la escuela".

RESULTADOS

Se diseñó una acción formativa de 10 horas de duración estructurada en dos sesiones de 5 horas. 1ª Sesión: Se realizará con una metodología tradicional de exposición en powerpoint por el docente. Se entregó a todos los alumnos recursos formativos necesarios (en formato digital con pendrive) para preparar la 2ª sesión (asignando un tema a cada alumno para su preparación en casa). Se plantearon 7 temas diferentes para que fueran desarrollados por los alumnos (prevención de accidentes, primeros auxilios, RCP y DESA y manejo de equipos de simulación).

2ª Sesión: Se utilizó la combinación de varios métodos de enseñanza como "aula Invertida", "aprendizaje cooperativo" y "aprendizaje basado en proyectos" de forma que cada alumno o grupo de alumnos (máximo 2) trajo una presentación o video preparado en casa, para exponer el tema asignado al resto del grupo. Todo el material preparado fue entregado a los alumnos.

CONCLUSIONES

La actividad fue realizada por 12 alumnos los cuales valoraron positivamente la formación (7,65 sobre 10) y les permitió iniciar el proyecto de "RCP en la escuela" en dos de las cinco ZBS de nuestra Área de Salud.

4

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 4

PRIMER FIRMANTE

José Antonio Subiela
García

AUTORES

José Antonio Subiela
García; Vanesa Gallardo
Rueda; Ana Belén García
García; Jaime Danilo Calle
Barreto; Luis Jimenez
Alvado; Paula Martín
González;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital General
Universitario Los Arcos
del Mar Menor;

CAP San Pedro del
Pinatar;

CAP San Javier;

CAP San Antón;

INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE LA ENFERMERA ESCOLAR: RCP EN LA ESCUELA

INTRODUCCIÓN

El ILCOR y el ERC recomiendan desde hace ya algunos años dar formación sobre reanimación cardiopulmonar (RCP) a los niños en las escuelas. Desde 1961 países como Noruega ya incluyen esta formación como contenido obligatorio. En cambio, en España, aunque son muchas las iniciativas en este asunto, en la actualidad solo el Grado Superior de Educación Infantil incluye en su currículo una asignatura llamada "Primeros Auxilios" de 40 horas de duración donde, entre otras, se aplican técnicas de RCP y desfibrilación.

OBJETIVO

El objetivo de nuestro trabajo es describir el número de intervenciones educativas que se realizaron durante los meses de mayo y junio de 2022 tanto en docentes como alumnos de 5º y 6º de primaria en nuestra Área de Salud.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo sobre el número de alumnos y docentes formados en la puesta en marcha de un programa de formación en RCP en la escuela.

RESULTADOS

Tras un curso de formador de formadores, las enfermeras, ambas enfermeras escolares, utilizando el material didáctico que se aportó

en el curso, iniciaron la formación en RCP en dos de las cinco zonas básicas de salud del área en todos los colegios de primaria existentes en el municipio. En total se impartieron un total de 29 talleres de 1 hora de duración donde se formaron a 88 docentes y 278 alumnos de la ZBS 1 y 300 alumnos de la ZBS 2. Para la formación se utilizaron los simuladores Little Anne y Mini Anne de la marca Laerdal y dos DESA de las marcas ZOLL (AED 3) y Laerdal (FR3). Los contenidos teóricos y prácticos fueron idénticos en ambas ZBS.

CONCLUSIONES

La enfermera escolar se muestra como el profesional más apropiado para realizar esta intervención educativa donde con una intervención mínima (1-2 horas) anual y un reciclaje continuado se puede educar en esta técnica a los niños y aumentar por tanto las posibilidades de supervivencia de la población en general.

6

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 5

PRIMER FIRMANTE
Irati Garrido SantosAUTORES
Irati Garrido Santos;
Silvia Carbajo Azabal;
Begoña García Fontenla;
Ana Del Rio;CENTROS DE TRABAJO
Hospital Alfredo Espinosa

UNA AYUDA CUANDO NO HAY MANOS SUFICIENTES

INTRODUCCIÓN

Varón 62 años, hipertenso en tratamiento. Es traído por su mujer en vehículo particular por dolor centro-torácico irradiado a cuello y ambas extremidades superiores, de 30 minutos de evolución.

METODOLOGÍA

A su llegada al Servicio de Urgencias, presenta pérdida de conocimiento, por lo que es valorado dentro del coche. Se constata entonces PCR y se inician maniobras de RCP básica mientras se traslada al box de estabilización. Una vez monitorizado, se objetiva Fibrilación Ventricular (FV), procediéndose a RCP avanzada. El equipo de la ambulancia de soporte vital básico, nos facilita su LUKAS, con el que iniciamos las compresiones asistidas. Durante 1 hora y 30 min se administra adrenalina y desfibrila en 19 ocasiones, obteniéndose periodos de máximo 5 minutos en ritmo sinusal propio. El ECG de dichos periodos, muestra elevación de ST en DII, DIII y aVF.

Ante tormenta arrítmica e imposibilidad de traslado a Hospital terciario para cateterismo por inestabilidad, se opta por fibrinólisis. Se consigue así una estabilidad con la que es trasladado de manera emergente a la sala de Hemodinámica del Hospital terciario. En el cateterismo presenta oclusión proximal de

la Coronaria Derecha, implantándose 2 stent fármaco activos, con apertura de arteria a las 3 horas del inicio del dolor.

El paciente progresa adecuadamente, con única complicación de un hematoma medias-tínico que se resuelve de manera conservadora. AL alta índice de Barthel 100/100, autonomía completa.

RESULTADOS

Ante una RCP prolongada (90 minutos), planteamos la importancia de unas compresiones asistidas de calidad, sin fatiga ni interrupciones, que el dispositivo LUKAS no ofreció. Con un hematoma mediastínico tras la fibrinólisis y compresiones torácicas, como complicación asociada. Además de la atención que se pudo dar a los familiares, por estar un médico "libre" para poder dar información a los familiares de forma casi continua.

CONCLUSIONES

El LUKAS nos facilitó la RCP en dos sentidos principalmente. Primero, por la calidad de las compresiones durante un tiempo prolongado de RCP. Segundo, por disponer de más sanitarios para atender otras necesidades, como los familiares, petición de pruebas, contactar con la Unidad Coronaria y los Coordinadores de Emergencias entre otras.

7

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 6

PRIMER FIRMANTE

Judith Martín López

AUTORES

Judith Martín López;
Vicente Cañellas Salvado;
Yasmina Martín López;
Juan Carlos Galiana García;
Jorge Barea Mañas; Pilar
Taura Juanco;

CENTROS DE TRABAJO
SAMU061 Balears

061 DÍGAME... RAPIDEZ Y CALIDAD ¿ES TODO POSIBLE?

INTRODUCCIÓN

La importancia de establecer unos indicadores de calidad en el triaje telefónico de emergencias realizado en centrales de coordinación médica, nos hace preguntarnos si el tiempo empleado es el adecuado y si se identifica de forma precoz la patología relacionada con los procesos tiempodependientes.

OBJETIVO

Determinar en qué medida el centro coordinador realiza un correcto triaje telefónico de los síntomas/ signos informados durante el proceso de llamada. Conocer el tiempo desde la alerta hasta la asignación del primer recurso sanitario en las tipificaciones relacionadas directamente con los procesos tiempo dependientes: Trauma Grave, Ictus, PCR y IAM.

METODOLOGÍA

Análisis descriptivo retrospectivo longitudinal. Revisión de 6659 registros, lo que supone un nivel de confianza del 95% con un margen de error del 5%. Se analizan los tiempos desde la alerta a la asignación del primer recurso sanitario en un total de 19544 incidentes con patologías relacionadas con cada uno de los procesos tiempodependientes.

RESULTADOS

Se realiza una correcta clasificación de la patología informada en la llamada en un 99,26%, se valora la correcta validación de dirección con un 95,63% y la filiación del paciente con un 87,1.

Tiempo empleado por el Centro Coordinador hasta la asignación del primer recurso sanitario, se establecen los siguientes tiempos en clasificación de síntomas guía:

-IAM: media 10,0525, mediana 3,2499, total incidentes 3842.

-ICTUS: media 14,1883, mediana 4, incidentes 7965.

-TRAUMA: 5,6628 media, 2,7166 mediana, 4119 incidentes.

-PCR: 6,7865, mediana 2,499, incidentes 3618

CONCLUSIONES

Podemos concluir que se realiza una correcta clasificación de la demanda, con un porcentaje superior al 99% como criterio relacionado con la seguridad del paciente, en término de prevenir fallos en la atención que se le pueda prestar.

Se debería realizar una revisión sistemática en la demanda relacionados con Ictus y IAM siendo los tiempos medios superiores a 10 minutos, que puede estar relacionado con la alta ocupación de personal sanitario, recursos, falta de recurso u otros, para poder conseguir una mayor rapidez en la detección y manejo de los incidentes por personal sanitario en estos casos o asignación de respuesta directa.

10
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 7

PRIMER FIRMANTE
Cristina Padrón Vilar

AUTORES
Cristina Padrón Vilar;
Melania Esther Alonso
Curbelo;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario
Nuestro Señora de la
Candelaria

VASOESPASMO CORONARIO DE DIFÍCIL CONTROL FARMACOLÓGICO. ¿Y AHORA QUÉ?

INTRODUCCIÓN

Motivo de consulta: Dolor torácico

Paciente varón de 60 años que ingresa en agosto de 2021 con SCACEST transitorio inferior objetivándose en cateterismo vasoespasmoso severo sobre circunfleja distal. Se diagnostica de angina de Prinzmetal y se va de alta con tratamiento vasodilatador. En octubre de 2021 vuelve a acudir por síncope realizando una parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria en contexto de fibrilación ventricular secundaria a vasoespasmoso coronario que se recupera, se repite coronariografía con árbol coronario sin lesiones. Se procede a colocación de un desfibrilador automático implantable. Un año más tarde el paciente reingresa nuevamente en contexto de vasoespasmoso con elevación ST procediéndose a ajuste de tratamiento vasodilatador. Se comenta el caso con cirugía torácica para realización de simpatectomía.

A pesar de múltiples ajustes de tratamiento vasodilatador (calcio-antagonistas, nitratos, clonidina, ranolazina...) y de la realización de una simpatectomía, el paciente continúa con dichos episodios por lo que se procede a implante de stent a arteria circunfleja con buen resultado angiográfico. No nuevos episodios.

METODOLOGÍA

Antecedentes personales: NAMC. Exfumador. HTA. Dislipemia.

Pruebas complementarias:

Analítica: Cr 1,03 TG 94, CT 91, HDL 36, LDL 35, Tnl 0,58, Hb13,9, plaquetas 217000, leucocitos 9190, coagulación normal.

ECG: elevación ST inferior. BAVc a 52 lpm
ETT: VI no dilatado con hipertrofia concéntrica ligera y función global sistólica conservada, hipocinesia inferior basal y media. Al no dilatada. VD normal. Esclerosis mitroaórtica sin gradientes ni regurgitaciones significativas.

Cateterismo: dominancia izquierda. Coronarias normales.

RESULTADOS

Juicio clínico: SCACEST. Vasoespasmoso sobre circunfleja distal. Angina de Prinzmetal

CONCLUSIONES

Existen varias intervenciones en vasoespasmos refractarios al tratamiento médico, aunque la evidencia disponible sigue siendo limitada. La implantación de un desfibrilador cardíaco se reserva para la prevención secundaria en pacientes con muerte súbita recuperada o arritmias ventriculares con tratamiento médico apropiado. No hay evidencia de uso en prevención primaria. La denervación simpática sigue siendo una opción para el vasoespasmoso coronario refractario grave, aunque solo se han descrito unos pocos casos con resultados favorables. La intervención coronaria percutánea puede considerarse en pacientes con estenosis epicárdica significativa. El éxito de este procedimiento se ve favorecido en pacientes con estenosis aterosclerótica focal no difusa.

11

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 8

PRIMER FIRMANTE
Paloma Romero PérezAUTORES
Paloma Romero PérezCENTROS DE TRABAJO
061 Sevilla

SÍNDROME DE KOUNIS: UNA EMERGENCIA TAMBIÉN EXTRAHOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Kounis (SK) o angina alérgica se considera un evento de síndrome coronario agudo (SCA) desencadenado por una reacción alérgica o de hipersensibilidad. Se trata de una emergencia médica que puede darse tanto en el contexto hospitalario como extrahospitalario, donde prácticamente cualquier agente puede actuar como alérgeno detonante. Presentamos un caso clínico de una mujer de 53 años con alergia a la metoclopramida y antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia y síndrome depresivo, que entra en parada cardiorrespiratoria (PCR) en vía pública de forma súbita, siendo activado un equipo de emergencias.

OBJETIVO

Sensibilizar de que el SK es una patología altamente infradiagnosticada más que poco prevalente, que se debe descartar en toda reacción anafiláctica por su necesidad de actuación precoz y por ello crear un algoritmo de tratamiento que consense las mejores medidas terapéuticas a seguir.

METODOLOGÍA

Se realiza revisión bibliográfica en la base de datos Pubmed usando como palabras claves: Síndrome de Kounis, anafilaxia, síndrome coronario agudo.

RESULTADOS

La PCR extrahospitalaria es reanimada con éxito evidenciándose un angioedema, por lo que se trata inicialmente como anafilaxia. En cuidados postreanimación hallamos en el electrocardiograma una elevación generalizada del segmento ST en derivaciones precordiales y de miembros. Tras prealerta de hemodinámica se traslada a hospital de referencia donde se realiza coronariografía emergente visualizándose arterias coronarias sin lesiones. Entre las pruebas complementarias se objetiva una elevación de troponinas T y una ecocardiografía con ventrículo izquierdo dilatado y disfunción sistólica. Finalmente la paciente es diagnosticada de SCA en contexto de shock anafiláctico de causa desconocida (SK tipo I).

El tratamiento del SK resulta un reto clínico pues se debe tratar al unísono los síntomas cardiacos y alérgicos, sabiendo que algunos fármacos pueden crear una respuesta paradójica en la otra patología agravándola.

CONCLUSIONES

En relación al caso clínico se destaca la importancia de plantear la sospecha diagnóstica del SK ante la asociación de un evento alérgico con una clínica cardíaca, ya que su pronóstico depende directamente de un diagnóstico precoz junto con un tratamiento acertado, incluido el ambiente extrahospitalario, ya que en muchas ocasiones somos el primer abordaje médico del paciente.

12

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 9

PRIMER FIRMANTE
Jorge Op Beek Carmona

AUTORES
Jorge Op Beek Carmona

CENTROS DE TRABAJO
EPES 061

ACTUACIÓN ANTE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EMBARAZADAS

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) en mujeres embarazadas es algo infrecuente y grave, comprometiendo al sistema respiratorio, cardiovascular y neurológico en cualquier momento del embarazo, y que requiere de una atención adecuada y urgente.

Este acontecimiento es más complejo por dos motivos: la madre, que ha sufrido una parada cardiorrespiratoria, y el feto, que depende de la estabilidad hemodinámica de esta.

OBJETIVO

El objetivo principal es establecer un protocolo de reanimación cardiorrespiratoria (RCP)

METODOLOGÍA

Internet ha sido la herramienta empleada para recopilar toda la información. Usando los buscadores Google, Google Scholar y Scirus; y las bases de datos Scopus y PubMed-Medline. Una vez recopilada toda la información, se ha pasado a la lectura, estudio y elaboración intelectual de la documentación, la apropiación personal de los contenidos y la recreación mediante un proceso de análisis y síntesis intelectual.

RESULTADOS

La cadena de supervivencia se mantiene igual: activación de la respuesta a emergen-

cias, RCP precoz, identificación de ritmos desfibrilables, soporte vital avanzado, cuidados posparo cardiaco y recuperación.

El algoritmo de paro cardiaco para adultos se ve algo modificado debido a los cambios anatómicos y fisiológicos que presentan:

- Vía aérea difícil: se debe priorizar la oxigenación por su alta probabilidad de sufrir hipoxia.
- Compresiones torácicas: se recomiendan las compresiones torácicas 2 pulgadas más arriba del punto esternal habitual en el tercer trimestre de embarazo por los cambios producidos. Así como, colocar al paciente con una inclinación a la izquierda con ayuda de cuña o bien de forma manual para descongestionar la compresión aorto-cava.
- Establecer un acceso venoso supradiafragmático, ya que un acceso inferior se puede ver perjudicado por la compresión de la vena cava.
- Cesárea perimortem: a partir de las 20 semanas de gestación, si no recupera la circulación espontánea en los 4 minutos de parada después de haber realizado las maniobras externas para liberar la compresión aorto-cava.

CONCLUSIONES

Es necesaria una buena coordinación, formación y entrenamiento de los equipos intervinientes, debiendo saber identificar los cambios anatómicos y fisiológicos que presenta el paciente, y conocer los medios humanos y materiales de los que disponemos para una buena intervención.

13

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 10

PRIMER FIRMANTE

Mikel Fuertes de Luis

AUTORES

Mikel Fuertes de Luis;
Eider Arbizu Fernández

CENTROS DE TRABAJO

Servicio de Urgencias
Extrahospitalarias;Hospital Universitario de
Navarra;

¿Y DESPUES DEL POLITRAUMA QUE?

INTRODUCCIÓN

El trauma grave es una causa de las causas de mortalidad más frecuentes en todo el mundo. La mayoría de estas muertes de pacientes con trauma grave ocurren en el entorno extrahospitalario, pero a pesar de ello la mayoría de los estudios publicados al respecto se basan en datos obtenidos de las muertes hospitalarias. Es difícil la monitorización de los supervivientes por trauma, así como, las consecuencias y la calidad de vida posterior al accidente. El conocimiento de la situación post-trauma grave, da una idea para mejorar los protocolos de actuación y tratamiento/rehabilitación de estos pacientes

OBJETIVO

Se desarrolla un estudio de las consecuencias neurológicas al alta de los pacientes con trauma grave en una comunidad de 659232 habitantes a lo largo de 10 años.

METODOLOGÍA

En este análisis se incluyeron, los pacientes registrados en la base de Trauma de la comunidad desde 2010 hasta 2019. Esta base incluye a los pacientes lesionados por agentes externos de cualquier intencionalidad con un valor de NISS (New Injury Severity Score) superior a 15 puntos, excluyéndose aquellos cuya admisión en el hospital se produjo tras

más de 24 horas, los asfixiados, los producidos por inmersión, ahorcamiento o quemados sin otras lesiones traumáticas, recogidos durante 10 años. El seguimiento posterior al alta se realizó mediante la historia clínica informatizada de la comunidad durante los 30 días posteriores.

RESULTADOS

Se estudiaron 1971 pacientes a lo largo de 10 años que acudieron a los Servicios de Urgencias de los 3 hospitales de la Comunidad Foral de Navarra y que por sus lesiones fueron diagnosticados de trauma grave/politrauma (Diagnóstico realizado con el uso de la escala NISS (New Injury Severity Score) con una puntuación superior o igual a 15, definición ampliamente utilizada en la bibliografía para el diagnóstico objetivo de un trauma grave.). Se recogió el estado de los pacientes al alta tras los tratamientos de las lesiones de forma oportuna en 5 categorías basadas en la Escala Rankin: Buena recuperación, Discapacidad moderada, Discapacidad Severa, Estado vegetativo del persistente y muerte. Los resultados fueron que 1353 pacientes (51.8%) tuvieron una buena recuperación, 106 (4.1%) una discapacidad moderada, 77 (3%) discapacidad severa, 2 (0.1%) un estado vegetativo persistente y 433 (16.6%) fallecieron.

CONCLUSIONES

Tras analizar los resultados obtenidos y objetivar que el 51.8% de los casos tiene una buena recuperación nos orienta a que los cuidados administrados junto con el tratamiento son adecuados. Si unimos la discapacidad moderada, severa y los estados vegetativos persistentes englobamos al 7.2% de los pacientes por lo que, se puede concluir que la carga en la comunidad foral de Navarra a nivel de cuidados de los pacientes supervivientes no es elevada.

Al analizar el 16.6% referente a los fallecimientos nos orienta a la necesidad de la mejoría de las estrategias de prevención para evitar los mecanismos de lesión de pacientes con trauma grave (accidentes de tráfico, caídas en ancianos, precipitaciones de gran altura...) (...)

14

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 11

PRIMER FIRMANTE
Jorge Barea Mañas

AUTORES

Jorge Barea Mañas;
Judith Martín López;
Yasmina Martín López;
Vicente Cañellas
Salvado; Juan Carlos
Galiana García; María
Antonia Marimon
Xamena;CENTROS DE TRABAJO
SAMU061 Balears

¿EXISTE RIESGO CARDIOVASCULAR EN RELACIÓN CON LA FASE LUNAR?

INTRODUCCIÓN

Siempre ha existido la idea de que la luna afecta a nuestra salud y tras encontrar literatura médica en la que se estudia la posible relación de las fases de la luna con el inicio de síntomas de pacientes tributarios de la activación del Código infarto (IAM), queríamos saber si esto sucede también en nuestro ámbito de actuación y geografía.

OBJETIVO

Estudiar si existe una relación en la activación del Código IAM y las diferentes fases lunares o si se dá alguna peculiaridad en alguna de las fases.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo observacional de pacientes de urgencias extrahospitalarias atendidas por los servicios de emergencias médicas en los que se detectó y activó el Código IAM, un total de 300 casos durante el año 2021.

RESULTADOS

Nos encontramos en que la distribución en la relación con las diferentes fases de la luna es similar, no habiendo un incremento significativo en ninguna de las fases, aunque la proporción en relación al sexo de los pacientes si se ve afectada. Se obtuvieron los siguientes

datos:

Luna creciente: 59 hombres, 14 mujeres. Total 74

Luna llena: 55 hombres, 19 mujeres. Total 74

Luna Menguante: 56 hombres, 20 mujeres.

Total 77

Luna nueva: 51 hombres, 24 mujeres. Total 75

CONCLUSIONES

Podemos observar que no hay una correlación entre la fase lunar y el número de casos atendidos, en cambio, si hay cierta variabilidad entre sexos. Durante la luna creciente el hombre tiene 4,2 veces mayor probabilidad de sufrir un Código IAM que la mujer, durante la fase de luna llena y menguante la proporción es de 2,8, y en cambio durante los días de luna nueva la proporción de códigos IAM activados por los SEM son de 2,125 hombres por cada mujer, es decir, se incrementa el riesgo de sufrirlo en mujeres y desciente a la mitad el riesgo en hombres.

MANEJO DE LA VÍA INTRAÓSEA EN SITUACIONES DE URGENCIA

16
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 12

PRIMER FIRMANTE
Alba Marina Calvo Bota

AUTORES
Alba Marina Calvo Bota;
María Tortella Oliver;
Diego Iglesias Riera;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario Son
Espases

INTRODUCCIÓN

Desde 2005, la American Heart Association, y el European Resuscitation Council reconocen la vía intraósea (IO) como vía de elección en pacientes adultos o pediátricos cuando la vía intravenosa (IV) no se puede conseguir de forma inmediata en situaciones críticas tiempo-dependientes.

La inserción de la vía IO, es una técnica infrutilizada por parte del profesional de enfermería en la unidad de urgencias, ya que tienen más práctica con la vía IV y se puede lograr rápidamente en la mayoría de los casos, reduciendo así, la práctica en la inserción de la vía IO. Ésta permite la administración de fármacos, hemoderivados y grandes cantidades de líquidos. Las dosis de fármacos son las mismas que las administradas IV y alcanzan la circulación sistémica en un tiempo similar.

OBJETIVO

Fomentar la familiarización y conocimiento de la vía IO mediante el desarrollo de un protocolo de actuación para el profesional de enfermería de una unidad de urgencias hospitalaria.

METODOLOGÍA

Realizar una revisión de la bibliografía (2012-2022) en bases de datos EBSCOhost, BVS,

PubMed y Cochrane. También se consultaron guías de referencia. El criterio de inclusión fue: aparición de alguno de los términos de búsqueda en título, resumen o palabra clave. Se excluyeron estudios que no trataran los objetivos de esta revisión.

RESULTADOS

Tras aplicar criterios de inclusión y exclusión, quedaron 28 artículos para su revisión. Los artículos revisados indican que el protocolo debería incluir: justificación de su uso sobre la vía IV en situaciones de PCR, zonas de punción, secuencia de la técnica, tipos de dispositivos y cuidados de la vía IO.

CONCLUSIONES

Se procede al desarrollo de un protocolo de actuación con el fin de fomentar el uso de la vía IO como alternativa a la IV cuando ésta no puede conseguirse de forma inmediata en situaciones de PCR. Éste es corto, conciso, con imágenes explicativas, y, además, cuenta con la anestesia indicada en el paciente consciente y contraindicaciones.

PACIENTE CRÍTICO: LA ALTERNATIVA INTRAÓSEA

17
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 13

PRIMER FIRMANTE
Milagros Cabedo Pérez

AUTORES
Milagros Cabedo Pérez;
Tania Téllez Mompó;
Patricia Servén Gil;
Marta Ortilles Tejera;
Monica Campán
Massana;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital San Rafael

INTRODUCCIÓN

En situaciones de emergencia la obtención de un acceso vascular es prioritario en la reanimación del paciente, aunque en ocasiones es difícil de conseguir, es por ello que el uso de la vía intraósea (IO) ha aumentado en los últimos años gracias a la aparición de nuevos dispositivos que facilitan su inserción, junto con la rapidez, sencillez y efectividad de la técnica. A pesar de ello es una vía poco utilizada por la falta de conocimiento y formación de los profesionales de enfermería.

OBJETIVO

Conocer si la efectividad de una vía intraósea en una situación de emergencia puede incrementar la supervivencia de un adulto en comparación con la colocación de una vía periférica o central.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica. Búsqueda en Dialnet, Cuidatge, Cuiden, Enfispo, Pubmed, Cochrane, Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud, Literatura Latinoamericana y del Caribbean Ciencias de la Salud y SCIELO España, de todas las publicaciones durante los años del 2012 al 2022 sobre el tema. Documentación seleccionada para la síntesis cualitativa 28.

RESULTADOS

La tasa de éxito y el tiempo requerido en la primera inserción oscilan según el dispositivo utilizado: EZ-IO (94 %-100%; 30 seg- 3 min); BIG (60%; inferior a 60 seg); FAST1 (89,5%-95%; 60 seg); Manual (91,7% - 76,2%; 40 seg). La tasa de flujo es equiparable a una vía periférica usando un sistema de presión. Los efectos adversos son escasos (1%) y el más frecuente es la extravasación.

CONCLUSIONES

La vía intraósea es un acceso vascular de emergencia fácil, rápido y seguro, indicado en cualquier situación de riesgo vital o no vital que pueda implicar la morbilidad y mortalidad de un paciente al no obtener el tratamiento farmacológico necesario.

20

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 14

PRIMER FIRMANTE
Jorge Luis Troya Miguez

AUTORES
Jorge Luis Troya Miguez;
David Barceló Román;
Laura Núñez Tejedor;
Benjamín Troya Miguez;
Margarita Adrover Fluxa;
Gabriel Ángel Estarellas
Estarellas;

CENTROS DE TRABAJO
GSAIB

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN EMERGENCIAS SANITARIAS DE BALEARES EN INCIDENTES DE MÚLTIPLES VICTIMAS

INTRODUCCIÓN

Teniendo como fondo un Incidente de Múltiples Víctimas (IMV), escenario que hace que los recursos diarios, se puedan ver colapsados ante una cantidad desproporcionada de heridos de diversa gravedad, exponemos las funciones del Técnico en Emergencia Sanitarias (TES).

OBJETIVO

Difundir las distintas competencias del TES, según el orden de llegada al lugar de un IMV, así como sus funciones en los distintos sectores, la realización de una correcta zonificación y balizamiento e iniciando el despliegue de los recursos asistenciales y logísticos, hasta la desactivación de la asistencia del IMV, donde el TES debe de informar a la Central de Coordinación de Urgencias Médicas (CCUM), para la optimización de los recursos más idóneos.

El TES ha de ser consciente de la importancia de la fase de asentamiento de estructuras asistenciales y de las características del despliegue de los equipos de socorro en la zona de rescate, así como sus funciones en el Puesto Médico Avanzado (PMA) y en el Centro Médico de Evacuación (CME).

METODOLOGÍA

Esquematización y resumen del "CS PO GO

45/2020_2 Plan de Asistencia Sanitaria de Incidentes con Múltiples Víctimas" del SAMU-061.

RESULTADOS

La llegada y ubicación de los recursos al área de un IMV ha de ser dirigida y coordinada por los TES de los primeros recursos asistenciales, y asumir el resto de los TES que se vayan incorporando al lugar las funciones que el correspondiente protocolo les tengan asignado, ya sea como Jefe de Evacuación, Jefe del Parking de ambulancias, realizando el triaje en el área de heridos clasificados como "verdes", noria de rescate, noria de camilleo, noria de evacuación, etc.

CONCLUSIONES

El conocimiento del protocolo de catástrofes, así como la correcta aplicación y desarrollo de las funciones del TES, en las distintas funciones dentro del escenario de un IMV, junto a un plan de formación y simulacros, garantiza una optimización en el empleo de los recursos ante un escenario tan imprevisible.

23

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 15

PRIMER FIRMANTE
Inés Rubi AlzugarayAUTORES
Inés Rubi Alzugaray;
José María Álvarez
Franco; Aina Cabot
Mesquida; Aina Garrido
Salva;CENTROS DE TRABAJO
SAMU 061

RCP EN LA ESCUELA

INTRODUCCIÓN

El proyecto "RCP EN LA ESCUELA" es una iniciativa de nuestro servicio que persigue la enseñanza de las maniobras de RCP básica en los colegios de nuestra comunidad para, a través de los alumnos, llegar a formar a la población general.

OBJETIVO

Formar a todos los centros educativos de 2ª y 3º de la E.S.O en RCP básica y uso del DESA. Aumento de la realización de RCP por parte de primeros intervinientes.

METODOLOGÍA

Cada curso consta de una primera fase on line donde 2 instructores en SVB del servicio, acompañan a los docentes en su aprendizaje. Posteriormente, se realiza la fase presencial, donde los docentes ponen en práctica todo lo aprendido.

A lo largo del primer y segundo trimestre del 2022, se realizaron 17 cursos.

La segunda fase persigue enseñar lo aprendido a sus alumnos. Para ello, siguen contando con el apoyo de la plataforma web donde encuentran todo el material necesario realizado por nuestro servicio.

Además, se entregaron torsos a cada colegio para que pudieran practicar los alumnos de cada centro escolar, y se realizaron visitas periódicas a los centros para comprobar in situ lo aprendido por los niños.

RESULTADOS

Se evaluaron los conocimientos previos y posteriores a la formación. Previo al inicio de la formación la nota media sobre 10 fue 7,01, y de 9,3 una vez finalizada.

El total de alumnos formados fue de 12.472 alumnos.

Además, tras la implantación del programa, la tasa de pacientes reanimados aumentó un 7%. El porcentaje de paradas cardíacas atendidas por primeros intervinientes era del 26% y aumentó hasta el 37%.

Sabemos que tres alumnos han sido testigos de situaciones de PCR, consiguiendo, gracias a la formación recibida, revertir la situación.

CONCLUSIONES

Como sabemos, la enseñanza de las maniobras de reanimación a la población general hace que entre todos podamos salvar más vidas. Desde nuestro servicio, nos hemos acercado a los colegios, porque formando a los niños, formamos a la población general. Seguiremos realizando este programa para que, en pocos años, consigamos tener una generación entera formada en RCP.

24

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 16

PRIMER FIRMANTE
Manuela López
CastellanosAUTORES
Manuela López
Castellanos; Cristina
Barneto Valero;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR PC

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LAS PARADAS CARDIACAS PEDIATRICAS ATENDIDAS POR UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO.

OBJETIVO

Conocer el perfil epidemiológico de los pacientes pediátricos atendidos por un servicio de urgencias extrahospitalario.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de las paradas cardíacas pediátricas atendida por un servicio de urgencias extrahospitalario de mayo de 2002 a febrero de 2020. Se recogen los datos del informe asistencial correspondiente y los seguimientos hospitalarios a las 6 horas, 24 horas y 7 días, para su posterior análisis estadístico mediante frecuencias y medias.

RESULTADOS

Se atendieron 46 pacientes de los cuales el 61% fueron varones con una edad media de 11.4 (5.67) años y 39 % mujeres con una edad media de 9.6 (5.49) años. Dividimos los pacientes por grupos de edad entre 0-6 años, 7-12 años y de 13-18 años, las paradas cardíacas en el grupo de 0-6 años fueron similares, varones 15% y mujeres 15%, en el grupo de 7-12 años se ve poca diferencia, varones 11% y mujeres 9%, mientras que en grupo de 13-18 años observamos un porcentaje de varones de un 33% con respecto a 17% de mujeres, porcentaje que supone el doble de casos.

Dividimos la parada cardíaca en: patología

médica un 52% y causa accidental un 48%. Dentro de las patologías médicas encontramos: causa cardíaca (75%), cerebral (13%), anafilaxia (4%) y otros (8%). Dentro de las causas accidentales destacan los accidentes de tráfico/atropello/moto con un (41%), OVACE (14%), incendio (9%), ahogamientos en piscinas (14%), precipitados (9%), avalancha (9%) y heridos por arma blanca (5%).

Si diferenciamos la causa de parada atendiendo al sexo del paciente, los varones tienen un 46% de paradas por accidente y un 54% por causa médica. Por otra parte, las mujeres tienen un 50% de paradas por causa accidental y un 50% por causa médica. Aunque atendiendo al sexo del paciente, se observa que no hay diferencias en las comparativas previamente descritas, cabe destacar que del total de las paradas causadas por patología cardíaca un 72% fueron varones y un 28% mujeres.

Se evaluaron también el número de paradas cardíacas a lo largo de los meses. Para ellos, se agruparon los meses de tres en tres, observando como resultado una incidencia del 37% de enero a marzo, un 20% de abril a junio, un 7% de julio a septiembre y un 37% de octubre a diciembre. Atendiendo a estos resultados se puede observar una mayor incidencia de casos en los meses de otoño e invierno. (...)

CONCLUSIONES

La parada cardíaca en paciente pediátrico tiene una mayor incidencia en hombres que en mujeres siendo esta diferencia más destacada en pacientes con edades de entre 13 y 18 años. De entre las múltiples causas, la causa médica cardíaca es la más frecuente afectando a varones en un 72%. Respecto a los meses del año y al momento del día también se han observado diferencias, siendo los meses de otoño e invierno y la segunda mitad del día, los momentos con mayor incidencia.

25
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 17

PRIMER FIRMANTE
Pablo Álvarez Lois

AUTORES
Pablo Álvarez Lois; ;

CENTROS DE TRABAJO:
GAP Mallorca

ALGORITMO ABCDE

INTRODUCCIÓN

El apoyo visual mediante algoritmos asistenciales en la formación en Soporte vital Avanzado (SVA desde ahora) del personal sanitario ha mostrado su utilidad, proliferando desde los iniciales de soporte vital básico (adultos, pediatría), del paro cardiorrespiratorio, de las taquiarritmias, bradiarritmias y de las diferentes patologías que se van añadiendo (anafilaxia, ahogamiento,...).

La búsqueda bibliográfica de algoritmos ABCDE solo conduce a esquemas simples no orientados a los profesionales sanitarios.

Como Instructor de SVA del Plan Nacional de RCP de la SEMICYUC desde 2003 y miembro del Grupo de SVA de la Unidad de Formación Continuada de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca tengo amplia experiencia profesional habiendo detectado la carencia de este algoritmo.

OBJETIVO

Crear un algoritmo ABCDE de soporte vital avanzado basado en las recomendaciones más actuales que posibilite su utilización en los cursos de SVA para una organización secuencial asistencial en los pacientes graves por parte de los primeros intervinientes sanitarios.

METODOLOGÍA

Diseño propio revisando la bibliografía existente sobre Recomendaciones 2021 de SVA del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). El uso del flumazenilo intramuscular está avalado por la Tesis de Juan Esparza Molina, 1996, https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000234661.

RESULTADOS

Manejo ABCDEF del paciente grave en atención primaria 2022. (Gráfica)

CONCLUSIONES

Aportar un algoritmo que permita apoyar las clases de manejo de los pacientes graves de manera organizada en Atención Primaria de Salud o primeros sanitarios intervinientes.

Si mejoramos la formación para mejorar la supervivencia ante los cuadros con riesgo de parada, estamos previniendo la parada cardiorrespiratoria. Es una primicia para el Congreso, no lo he publicado en ninguna revista. Solo lo conocen los alumnos de Mallorca, en una versión previa.

26
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 18

PRIMER FIRMANTE
Antonio Sanjuán Linares

AUTORES
Antonio Sanjuán Linares;
Rosa María Jiménez
Gallego; Carmen María
Benito Romeral; Carmen
Puerta Castellano; Sergio
Atienza Martínez; José
Manuel Lijarcio Segovia;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

FORMACIÓN EN DESFIBRILACIÓN AUTOMÁTICA EXTERNA Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN LA UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA. ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN Y COSTES

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Aórtico Agudo (SAA) es una entidad poco frecuente con una elevada morbimortalidad que requiere un diagnóstico precoz, el cual constituye un reto para los Servicios de Emergencias .

En España, basándonos en los datos del Registro Español del Síndrome Aórtico Agudo (RESA), se estima que el SAA tiene una incidencia de 40-45 personas por millón de habitantes al año, siendo más prevalente en varones.

Este síndrome se manifiesta frecuentemente como dolor torácico o abdominal agudo aunque puede presentar otra sintomatología más inespecífica que hace que se difiera su diagnóstico.

OBJETIVO

Resaltar la importancia de realizar una adecuada historia clínica, exploración física exhaustiva y realización de pruebas complementarias disponibles en extrahospitalaria junto a la presencia de alta sospecha de patología grave y poco frecuente a fin de agilizar el diagnóstico definitivo.

METODOLOGÍA

En este trabajo se describen dos casos clínicos de SAA tipo A de Stanford (Disección Aorta Ascendente), ambos varones de mediana

edad diagnosticados de HTA. En el primero de ellos la presentación clínica es atípica con preponderancia de sintomatología neurológica (ICTUS) y el segundo con síntomas más típicos como el Dolor torácico transfixiante y brusco.

Información Historia Clínica Electrónica (HCE) SEM, Seguimiento preaviso Hospitalario e Historia al Alta

RESULTADOS

En ambos casos la alta sospecha clínica unida al abordaje completo desde extrahospitalaria hicieron posible el diagnóstico precoz y por lo tanto su resolución quirúrgica inmediata y su supervivencia.

CONCLUSIONES

La importancia tanto del diagnóstico precoz como del diagnóstico diferencial y la intervención oportuna en los pacientes con disección aórtica de tipo A va a determinar su pronóstico postquirúrgico y vital .

Es necesario por tanto en pacientes con presentaciones atípicas con hallazgos en la exploración física como en las pruebas complementarias básicas que no coinciden con el diagnóstico de presunción investigar esta entidad para facilitar su diagnóstico precoz.

29

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 19

PRIMER FIRMANTE

María del Pilar Aguayo
Torres

AUTORES

María del Pilar Aguayo
Torres; María del
Carmen Santos Méndez;
Jose Manuel Llargo
Ballesteros; Daniel
Porrás Aguayo; Álvaro
Ayuso de la Calzada;

CENTROS DE TRABAJO

Ilunion Emergencias;
Medac;
SSG;

RCP TELEFÓNICA DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTORES EN EMERGENCIAS SANITARIAS

INTRODUCCIÓN

Los Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 (CCUE) andaluzes recibieron durante 2021 casi 1000 llamadas de paradas cardiorrespiratorias (PCR). El 16,1% recibió Reanimación Cardiopulmonar (RCP), momento fundamental de la actuación del gestor de emergencias, profesional formado y entrenado para ello.

Cuando una gestora de emergencias detecta una PCR se inicia un protocolo donde se incluye la aplicación de RCP telefónica. Científicamente está evidenciada una mayor supervivencia de los pacientes en PCR a los que se realiza RCP básica mientras llega el Desfibrilador Semiautomático (DESA) y/o el Equipo de Soporte Vital Avanzado (SVA).

OBJETIVO

Poner en valor el papel de las Gestoras en Emergencias Sanitarias en estos procesos de RCP y sus resultados en salud.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica utilizando como palabras clave "cardiopulmonary resuscitation" y "telephone CPR" a través de un metabuscador PubMed, evitando publicaciones no científicas, buscando revistas de alto impacto, guías clínicas y consensos internacionales como el International Liaison Committee on

resuscitation (ILCOR).

RESULTADOS

La reanimación efectiva depende de la precoz activación del sistema de emergencias, RCP realizada por testigos y desfibrilación temprana.

El éxito radica en la pronta detección por la gestora de emergencias de la ausencia de respiración o respiración ineficaz (gaspings) y en persuadir al llamante de la necesidad de iniciar las compresiones de calidad hasta la llegada del EE, utilizando para ello indicaciones claras y concisas, lenguaje sencillo y un tono de voz adecuado.

Es necesario marcar estrategias en los diferentes CCUE para continuar con los programas formativos dirigidos a los gestores, así como análisis de llamadas para la mejora continua del servicio, que aumente la capacidad de detección de situaciones de sospecha de PCR, a las que aplicar RCP telefónica.

CONCLUSIONES

El soporte telefónico a la RCP indicado a testigos, guiado por las gestoras de emergencias marcando el ritmo de las compresiones hasta la llegada de Equipos Médicos se ha demostrado como fundamental para mejorar la supervivencia.

Serían necesarios estudios amplios de pacientes para saber cómo la RCP telefónica contribuye a aumentar la supervivencia de los pacientes en PCR.

31

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 20

PRIMER FIRMANTE

José Luis Arjona Huertas

AUTORES

José Luis Arjona Huertas;
Rafael Siendones Castillo;
Joaquín Pelaez Cherino;
Suzana Maloparac Oliver;
Elisa Isabel Delgado
Padial;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Costa del Sol

CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS DE CÓDIGO ICTUS ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

INTRODUCCIÓN

El código ictus en una patología tiempo dependiente que ha mejorado su abordaje de forma importante en los últimos años. En nuestro hospital se ha creado un circuito específico, junto a otros códigos tiempo dependientes. Esto ha permitido un diagnóstico precoz que nos permita el objetivo de poder realizar alguna intervención, sea fibrinólisis, trombectomía o ambas.

OBJETIVO

Determinar el número de casos de "código ictus" atendidos durante el segundo semestre del 2021, así como, la caracterización de os paciente por edad, sexo, nacionalidad, diagnóstico, destino al alta y si se utilizó el teleictus.

METODOLOGÍA

Revisión de todos los casos de código ictus, obtenidos de la base del hospital, durante el periodo citado del 1 de julio a 31 de diciembre del 2021.

RESULTADOS

Durante el 2º semestre del año 2021 se han registrado 88 casos de Código Ictus (134 en todo el año 2020 y 127 en todo el 2015), en la Unidad de Urgencias del Hospital Costa del Sol de Marbella.

La fuente es la base de datos del hospital

que nos es facilitado por los responsables del Área de Urgencias HCS.

Para completar los casos, se cotejan con los ingresos con ese diagnóstico en la UCI de nuestro hospital.

La edad media fue de 68.15 años, con un intervalo entre 30 y 93 años. El sexo tuvo igual número de casos: 44 hombres y 44 mujeres. La nacionalidad española fue del 70 %.

Los meses del año se distribuyeron como sigue: julio, 11 casos (12.5%); agosto, 13 casos (14.77%); septiembre, 12 casos (13.63%); octubre, 21 casos (23.86%); noviembre, 21 casos (23.86%); diciembre 10 casos (11.63%). Las principales causas por las que no se realiza fibrinólisis en los casos de Código ictus, son el AIT (accidente isquémico transitorio), 11 casos (15%); la hemorragia cerebral, 14 casos (19.17%); por excederse del tiempo, 9 casos (12.32%); y por NIH bajo, 8 casos (10.96%). Otros son, el tratamiento anticoagulante oral, el ASPECT <6, los ictus del despertar y otros que incluyen diversos diagnósticos, como parálisis facial de Bell, Síndrome confusional, coma, etc.

En cuanto al destino de estos pacientes, se ingresan en Medicina Interna el 43.2%; son dados de alta a domicilio el 29.62%. Los traslados se realizan para la realización de técnicas de trombectomía (9.87%) o para ingreso en la Unidad de ictus del Hospital de referencia (12.34%).

Hubo un exitus.

CONCLUSIONES

Han aumentado en número de casos de código ictus, respecto a años previos.

Ha mejorado el manejo de los pacientes con la utilización del teleictus. Este ha simplificado la gestión de estos pacientes, en cuanto a tratamiento y destino definitivo.

Son pacientes sin diferencia de sexo, con edad entre los 60 - 70 años de media. De nacionalidad española.

La mayoría se ingresan en nuestro hospital. Sólo los que requieren intervención, como trombectomía, son trasladados. La disponibilidad de la Unidad de ictus en Hospital de referencia también es causa de traslados de estos pacientes.

32

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 21

PRIMER FIRMANTE

José Luis Arjona Huertas

AUTORES

José Luis Arjona
Huertas; Rafael
Siendones Castillo;
Joaquín Pelaez Cherino;
Suzana Maloparac
Oliver; Elisa Isabel
Delgado Padial;CENTROS DE TRABAJO
Hospital Costa del Sol

CÓDIGO ICTUS. FIBRINOLISIS Y/O TROMBECTOMÍA EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL.

INTRODUCCIÓN

El código ictus en una patología tiempo dependiente que abarca un gran número de patologías que acuden a urgencias con clínica neurológica aguda, fundamentalmente motora, que debe ser diagnosticada en el menor tiempo posible, por si se trata, realmente, de un ictus isquémico agudo, pueda beneficiarse de algunas de las intervenciones que mejoren la circulación cerebral (fibrinólisis y/o trombectomía) y, por ende, mejorar la clínica neurológica y la posterior calidad de vida de los pacientes. La fibrinólisis es una terapéutica realizada en nuestro hospital, sin embargo, la trombectomía es una técnica a realizar en nuestro hospital de referencia, situado a 55 Kilómetros de distancia, aproximadamente. En Urgencias disponemos de un circuito específico (junto a otros códigos tiempo dependientes), para minimizar el tiempo de intervención.

OBJETIVO

Cuantificar aquellos pacientes que ingresan en urgencias como código ictus durante el segundo semestre del 2021, y son diagnosticados de accidente cerebrovascular isquémico agudo (ACVA), descartando otras patologías, y, así, analizar las variables de edad, sexo, nacionalidad, hora de inicio de los síntomas, retraso del TAC desde la llegada al hospital y

terapéutica específica utilizada.

METODOLOGÍA

Revisión de todos los casos de código ictus, obtenidos de la base del hospital, durante el periodo citado del 1 de julio a 31 de diciembre del 2021. Descartar aquellos diagnósticos que no son ACVA isquémico y realizar análisis descriptivo.

RESULTADOS

Durante el 2º semestre del año 2021 se han registrado 88 casos de Código Ictus en la Unidad de Urgencias del Hospital Costa del Sol (HCS) de Marbella.

La fuente es la base de datos del hospital que nos es facilitado por los responsables del Área de Urgencias HCS.

La edad media fue 70 años; el sexo fue hombre en el 66.6% de los casos; nacionalidad española casi en el 70%; siendo más frecuente en octubre y noviembre (52.7%). El inicio de los síntomas fue por la mañana (de 7 a 15 horas) en el 50 %. En el 45 % de los casos el TAC se realizó antes de los 45 minutos desde su llegada al hospital.

De los 36 casos de ACVA isquémico, 15 pacientes (41.66 %) son sometidos a fibrinólisis, trombectomía o ambos procedimientos. (...)

CONCLUSIONES

Durante el tiempo analizado se detectaron 36 casos de ACVA isquémico. El perfil de paciente fue, varón preferentemente, de 70 años de edad, español, con inicio de los síntomas por la mañana, y con un retraso en la realización de TAC de menos de 45 minutos.

De ellos a un tercio se les realizó alguna intervención de revascularización cerebral (fibrinólisis, trombectomía o ambos).

33

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 22

PRIMER FIRMANTE
Valeria Sánchez ParejaAUTORES
Valeria Sánchez Pareja;
Marta Marín Pedrero;
Esther Venegas Rubiales;CENTROS DE TRABAJO
Centro de Salud La Línea-
Poniente;
Centro de Salud San
Roque;

DOS CÓDIGOS EN DOS SEMANAS

INTRODUCCIÓN

Las estimaciones anuales de parada cardiorespiratoria (PCR) en España son de 18.000 intrahospitalarias y de 50.000 a nivel extrahospitalario.

La fibrilación ventricular (FV) es la responsable del 80% de las PCR siendo la desfibrilación su único tratamiento.

La presencia de trombo en el ventrículo izquierdo (TVI) tras un infarto agudo de miocardio sigue siendo una complicación importante dado el alto riesgo de ictus y embolia sistémica posteriores.

OBJETIVO

Revisión y Actuación en PCR e Ictus

METODOLOGÍA

Descripción de un Caso Clínico

RESULTADOS

Varón de 63 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial y dislipemia, sin hábitos tóxicos, independiente para las actividades básicas de la vida diaria acude a servicio de urgencias por presentar dolor centrotorácico de inicio súbito. En triaje de urgencias el paciente sufre una PCR iniciándose maniobras de reanimación cardiopulmo-

nar (RCP).

En monitor se observa una racha de FV seguida de racha de Torsadas.

Electrocardiograma tras PCR: ritmo sinusal con ascenso del ST de V1 a V6.

Activamos Código Infarto y se realiza revascularización coronaria mediante dos stent en descendente anterior.

Durante su ingreso, se le realiza ecocardiografía a los 15 días donde se visualiza imagen de 1 cm compatible con trombo, adherida sobre ápex y móvil, por lo que se inicia tratamiento con heparina sódica intravenosa.

Esa misma tarde el paciente presenta afasia y hemiplejía derecha por lo que se activa Código Ictus.

TAC craneal: oclusión en segmento M1 de arteria cerebral media izquierda.

Se decide trombectomía mecánica y continuar con heparina sódica intravenosa en perfusión durante una semana más e iniciar posteriormente tratamiento con acenocumarol oral como tratamiento domiciliario.

CONCLUSIONES

El reconocimiento precoz de la PCR, el inicio de maniobras de resucitación, así como los cuidados post-resucitación adecuados, son necesarios para disminuir las secuelas y la mortalidad.

En caso de visualizar TVI, se usan antagonistas de la vitamina K junto con inhibidores del receptor plaquetario P2Y12 como tratamiento, así como un seguimiento guiado hasta la desaparición o estabilización del mismo.

34

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 23

PRIMER FIRMANTE
Manuel Jesús López Gallego

AUTORES
Manuel Jesús López Gallego; Inmaculada Naranjo Saucedo; María José Fernández Fernández;

CENTROS DE TRABAJO
PREMERGE
Entrenamiento en Emergencias;

Centro de Salud San Isidro. Servicio Andaluz de Salud;

METODOLOGÍA CUASI-EXPERIMENTAL EN TALLER DE REANIMACIÓN CARDÍACA: UNA HORA ES SUFICIENTE

INTRODUCCIÓN

Dentro del programa de Enfermería Escolar se realiza taller teórico-práctico para docentes de Reanimación Cardíaca de 1 hora de duración en el que se desarrollan conceptos como la cadena de supervivencia, la resucitación cardiopulmonar (RCP) en adultos y en niños.

OBJETIVO

Demostrar la mejora de habilidad en cuanto a calidad de RCP en adultos con tan sólo una hora de charla teórica-práctica.

METODOLOGÍA

La particularidad de esta metodología conlleva el análisis y evaluación práctica pre y post taller, realizada mediante el sistema QCPR de la compañía Laerdal Medical®.

El desarrollo del taller se ha estructurado:
1º Realización de 1' de RCP en maniquí de adulto con registro de porcentaje de calidad en compresiones torácicas aportado por aplicación (app) QCPR Training®.
2º Desarrollo de conocimientos y demostración (por parte de los instructores) de realización de RCP en adultos (con énfasis en aspectos de calidad) y en niños.
3º Realización de 1' de RCP en maniquí de adulto con registro de porcentaje de calidad

en compresiones torácicas y mejora sugerida por sistema y app QCPR Training®.

RESULTADOS

- Docentes que han participado en el taller: 151.
- Docentes con formación práctica previa: 43.
- Docentes sin formación práctica previa: 108.
- Porcentaje medio inicial de calidad de RCP en adultos de los 151 docentes: 70.1% de efectividad de calidad de RCP.
- Porcentaje medio final de calidad de RCP en adultos de los 151 docentes que han recibido los conocimientos y demostración durante 1 hora: 95.4% de efectividad de calidad de RCP post taller.
- Porcentaje medio post taller de los 43 asistentes que SÍ han realizado formación práctica previa de RCP: 95,1%.
- Porcentaje medio post taller de los 108 asistentes que NO han realizado formación práctica previa de RCP: 95,4%.

CONCLUSIONES

Tras realizar una pequeña charla teórica-práctica de tan sólo 1 hora de duración, se consigue una mejora en la calidad de las compresiones torácicas en adultos del 25.3%.

Se demuestra que con una sola hora de taller se mejoran igualmente las habilidades tanto en los docentes que poseen formación práctica previa como en los que no.

EL CINTURÓN LE SALVÓ, AUNQUE LE FASTIDIÓ

35
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 24

PRIMER FIRMANTE
Valeria Sánchez Pareja

AUTORES
Valeria Sánchez Pareja;
Inmaculada Luna
Barrones; Marta Marín
Pedrero;

CENTROS DE TRABAJO
Centro de Salud La Línea-
Poniente;

Centro de Salud La
Velada-Centro;

Centro de Salud San
Roque

INTRODUCCIÓN

El neumotórax es una complicación común en el contexto de trauma que amenaza la vida de la persona. Su manejo precoz es de vital importancia para resolver el problema y liberar al paciente del compromiso a su vida.

El predictor más significativo es ser hombre y la presentación habitual se da en accidentes de tráfico y fracturas de costillas con desplazamiento.

OBJETIVO

Revisión y Actuación en Neumotórax

METODOLOGÍA

Descripción de un Caso Clínico

RESULTADOS

Mujer de 26 años trasladada por Dispositivo de Cuidados Críticos de Urgencias (DCCU) a servicio de urgencias hospitalaria tras sufrir choque frontal con su vehículo a 80km/h. La paciente afirma llevar puesto el cinturón de seguridad. Sin antecedentes personales de interés.

A su llegada se encuentra hemodinámicamente estable, con exploración física normal salvo una leve disminución del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo; así como

tumefacción y crepitación de huesos propios nasales.

Se activa Código Trauma por mecanismo lesional.

Body TAC: Fractura de huesos propios. Neumotórax izquierdo sin desviación de línea media. No identificables fracturas costales.

Se coloca drenaje preural por parte de cirujano de guardia, bajo anestesia local y sedación con monitorización continua en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); y se realiza radiografía de tórax de control donde se visualiza adecuada reexpansión pulmonar.

Pasadas 24 horas en observación, la paciente permanece hemodinámicamente estable, por lo que se procede a su ingreso en planta, donde tuvo una evolución favorable.

CONCLUSIONES

La primera medida a realizar ante un Código Trauma es seguir la secuencia básica ABCDE.

En cuanto a pruebas diagnósticas, radiografía tórax y TAC son similares, siendo el TAC algo superior gracias a su capacidad de visualizar neumotórax que en la radiografía no se ve.

36

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 25

PRIMER FIRMANTE

Carmen María Benito
Romerá

AUTORES

Carmen María Benito
Romerá; Antonio Pérez
Alonso; Rosa María
Jiménez Gallego; Víctor
Torrealba Rodríguez;
David Plaza Jiménez;
Antonia Martínez
Vázquez;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR PC MADRID

SHOCK ANAFILÁCTICO COMO CAUSA POTENCIAL DE PARADA CARDIO RESPIRATORIA. ANÁLISIS DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

La anafilaxia constituye una entidad clínica de rápida instauración, potencialmente mortal si no se realiza un abordaje médico inmediato provocando un shock distributivo que puede evolucionar a parada cardio respiratoria y fallecimiento del paciente.

La prevalencia se estima entre el 0,3-5,1% de la población y en nuestro país estas cifras están en aumento.

Numerosos agentes o circunstancias pueden desencadenar el cuadro, incluso sin llegar a un diagnóstico etiológico final.

Destaca por su afectación multisistémica y aunque las manifestaciones cutáneas y respiratorias suelen ser la clínica inicial más frecuente, debemos poner especial atención a la afectación hemodinámica y neurológica precoz como signos de gravedad.

Importante el papel de las Guías de actuación y los Algoritmos de diagnóstico y tratamiento de la anafilaxia de las diferentes sociedades científicas, que hacen hincapié en varios pilares fundamentales del abordaje terapéutico como la administración de adrenalina intramuscular precoz, el soporte hemodinámico y el tratamiento secundario con antihistamínicos y corticoides.

OBJETIVO

Exponer la importancia de la detección precoz de signos de alarma e instauración inmediata de tratamiento médico del shock anafiláctico, ya que en fases más avanzadas puede originar un fallo multisistémico con alta mortalidad.

METODOLOGÍA

Se describe caso de anafilaxia con shock distributivo de rápida instauración en paciente en vía pública.

RESULTADOS

El abordaje terapéutico inmediato con adrenalina intramuscular, la reanimación agresiva con soporte hemodinámico y tratamiento secundario hicieron posible la evolución favorable de este caso.

CONCLUSIONES

La importancia del reconocimiento precoz de los signos de alarma del shock anafiláctico, el diagnóstico diferencial con otro tipo de cuadros que pueden simularlo y el tratamiento inmediato con adrenalina intramuscular como droga de elección y soporte hemodinámico influyen en la supervivencia y pronóstico de estos pacientes.

37

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 226

PRIMER FIRMANTE
Patricia García-PazoAUTORES
Patricia García-Pazo;
Sandra Pol-Castañeda;
Lourdes Luque López;CENTROS DE TRABAJO
Departamento de
Enfermería. Universidad
de las Islas Baleares;Hospital Universitario de
Son Llatzer;Atención Primaria de
Mallorca. CS La Vileta;

¿ES EFECTIVA LA REALIDAD VIRTUAL PARA LA ENSEÑANZA DEL SOPORTE VITAL BÁSICO EN EL ALUMNADO DE ENFERMERÍA?

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) precisa para su resolución de la aplicación de una secuencia de actuaciones conocido como Soporte Vital Básico (SVB). Los universitarios del Grado de Enfermería entrenan por ello maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) para que adquieran los conocimientos, competencias y habilidades necesarias (1). La simulación clínica es una metodología docente en auge que puede implicar diversos niveles de fidelidad (p.e., realismo), que van desde baja fidelidad (p.e, role playing) hasta alta fidelidad (uso de tecnología sofisticada como la realidad aumentada o realidad virtual (RV).

OBJETIVO

Conocer la efectividad de la RV sobre la enseñanza del SVB en los alumnos de enfermería. Identificar las partes del algoritmo que mejor se pueden practicar con la RV.

METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda bibliográfica el 18/10/2022 en las bases de datos: wos, pubmed, BVS, Cochrane, EBSCOhost. Se utilizan los descriptores "nursing education", "virtual reality" y "cardiopulmonary resuscitation" y el operador booleano AND aplicando límite de temporalidad de los 5 últimos años. Los

criterios de selección de los artículos fueron investigaciones que incluyesen los términos descritos.

RESULTADOS

Se obtuvieron 10 artículos científicos. Se revisaron 6 de ellos tras lectura inicial de los cuales 3 son ECA, 2 son descriptivos y 1 divulgativo. El 50% de los artículos no son publicados en revistas de rigor científico.

DISCUSIÓN

Los estudios obtienen resultados favorables para el aprendizaje del SVB mediante RV(2-5). Los grados de fidelidad que implementan con esta técnica son muy diversos(4) y todos indican mejorar la contextualización del alumnado(2-7). En los estudios que comparan la RV inmersiva con la formación tradicional, no se observan diferencias estadísticamente significativas en la calidad de las comprensiones torácicas (frecuencia y profundidad), pero sí en: llamar al 112, iniciar la RCP y pedir el desfibrilador(4).

CONCLUSIONES

La RV es una metodología emergente para la educación del SVB en el grado de enfermería. Son necesarias más investigaciones para afirmar que la RV es más eficaz que la formación tradicional. No obstante, parece que esta metodología podría mejorar en la implementación del SVB ante una PCR.

38

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 27

PRIMER FIRMANTE

Johan Ribas Teixidó

AUTORES

Johan Ribas Teixidó;
Dolsa Basons Marquina;
David Perona Moreno;
Mireia Latorre Zarcero;
Pedro Soguer Gómez;

CENTROS DE TRABAJO

FALCK
SEM

USO DE SANGRE COMPLETA EN RESUCITACIÓN DEL SHOCK HEMORRÁGICO EN EMERGENCIA CIVIL EXTRAHOSPITALARIA: ¿UN NUEVO PARADIGMA O UNA ANTIGUA CONOCIDA?

INTRODUCCIÓN

La reanimación con control de daños establece el uso precoz de sangre en contraposición a la reanimación con fluidos como uno de los pilares de tratamiento del shock hemorrágico. Actualmente existen protocolos de transfusión masiva con uso de hemoderivados en proporción balanceada de plasma, plaquetas y glóbulos rojos. A nivel extrahospitalario su uso precoz ha demostrado reducir la mortalidad en las primeras horas, pero supone retos logísticos de transporte y almacenaje, que el uso de sangre completa puede mejorar y a la vez aportar mejor balance de hemo componentes y mayor supervivencia.

OBJETIVO

Revisión de la evidencia actual del uso de sangre completa en la resucitación extrahospitalaria del shock hemorrágico. Uso en entornos civiles, ventajas logísticas y resultados en la supervivencia respecto al uso de hemoderivados.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de la evidencia publicada relacionada con los resultados del uso de hemoderivados y sangre total en medios prehospitalarios. Uso de buscadores y bases de datos: PubMed, Epistemonikos, Cochrane.

RESULTADOS

-La sangre completa proporciona un hematocrito más alto (33%-43% vs 29%), mayor recuento plaquetario (150-350 vs una media de 88 k/mm³), mayor concentración de factores de coagulación y menor dilución de soluciones de conservación, respecto al uso de componentes en proporción 1:1:1 (plaquetas, plasma, glóbulos rojos)

-Su uso es viable hasta 21-35 días con función plaquetaria conservada, aunque disminuye a partir del 10 día permitiendo su uso más allá del día 10 con garantías, si se almacena a temperatura 1-6°C. Permite almacenaje en nevera de transporte siempre y cuando se garantice la cadena de frío.

-Su uso precoz proporciona menos requerimientos transfusionales dentro de las primeras 24h. Se ha demostrado que el tiempo de supervivencia inicial aumenta hasta las 12h. Aumentando el tiempo disponible para la resucitación de daños.

CONCLUSIONES

Creemos posible establecer programas de transfusión extrahospitalaria de sangre completa, dado su mejor perfil de almacenaje y transporte. Precisa devolver a la actualidad civil una antigua practica militar ya en vigor en uso táctico. Supone un cambio de paradigma en el almacenaje y uso de la sangre. Una logística conjunta entre bancos de sangre y sistemas de emergencias coordinado, podrían hacer posible este gran avance. Se presentan retos en seguridad del paciente con su uso, que con las técnicas actuales como la leuco reducción permiten que sea un procedimiento seguro y que en futuro reciente permita reducir la mortalidad por shock hemorrágico.

39

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 28

PRIMER FIRMANTE

Cristina Patricia Ulloa
Jerez

AUTORES

Cristina Patricia Ulloa
Jerez; Esther Venegas
Rubiales; Marta Marín
Pedrero;

CENTROS DE TRABAJO

C. S. San Roque Sur;
C. S La Línea Poniente;
C.S San Roque Norte;

FIBRILACIÓN AURICULAR DESCOMPENSADA

INTRODUCCIÓN

La FA disminuye la cantidad de sangre que el corazón bombea a la circulación cada minuto, y, por tanto, la capacidad del paciente para la realización de la actividad física diaria que repercute en su calidad de vida. Se trata de la arritmia clínica más frecuente y la que más comúnmente se asocia a insuficiencia cardíaca, independientemente de la FE del VI.

OBJETIVO

Manejo de la FA y posibles causas de descompensación.

METODOLOGÍA

Descripción de un caso

RESULTADOS

Paciente de 38 años con APP de MHNO con FEVI levemente disminuida por mutación aislada de variante del gen MYH7, portadora de DAI desde junio 22 en prevención primaria por TVNS. Episodio de descarga de DAI por nueva TV, pasando a FA con RVR y EAP que revirtió a sinusal con tratamiento con Amiodarona en febrero.

Tratamiento actual: bisoprolol 5 mg/ 12 h, ramipril 1.25 mg/ 24h, Rivaroxabán 20 mg/ 24h, Eutirox 25 mg/24h, amiodarona 200 mg/12h, zolpidem 10 mg/24h.

Acude hoy a urgencias por disnea de mínimos

esfuerzos, palpitaciones, cansancio generalizado y dolor precordial no irradiado.

REG, COC, BP, sudorosa, palidez mucocutánea. TA: 93/66 FC 140 SatO2: 96%. No IY.

ACP: arrítmica sin soplos. MVC con crepitanes finos bibasales. No tiraje respiratorio.

EKG: FA con RVR a 133 lpm

Abdomen anodino

MMII: edemas con fóvea maleolares bilaterales.

Análítica normal salvo Glu:124 Troponinas: 729.50 CK: 106

Se pauta tratamiento en sillones con perfusión de amiodarona 900mg en 500 ml de SG 5% a pasar en 21 ml/h.

La paciente responde positivamente desapareciendo las palpitaciones. No disnea. FC a 82lpm. EKG: FA con RV normal.

Segundo control analítico:

Troponinas: 2251 ProBP:11693

Se decide ingreso en UCI en contexto de SCA-SEST por FA descompensada, así como por el alto riesgo de arritmias malignas.

CONCLUSIONES

Es importante conocer bien el manejo de la FA y los posibles factores desencadenantes de la misma, para así optimizar el tratamiento y evitar posibles descompensaciones que puedan llevar a la aparición de importantes complicaciones como, por ejemplo, SCA o arritmias malignas.

40

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 29

PRIMER FIRMANTE

Diego Saranova de
Marcos

AUTORES

Diego Saranova de
Marcos; Fernando
Rosell Ortiz; Juan Carlos
González Barquín;

CENTROS DE TRABAJO

Sociedad Riojana de
Cuidados Integrales;Servicio de Emergencias
Sanitarias 061La Rioja;Sociedad Riojana de
cuidados Integrales;

PARADAS CARDIACAS EXTRAHOSPITALARIAS ATENDIDAS POR UNIDADES DE SOPORTE VITAL BÁSICO EN LA RIOJA DURANTE EL AÑO 2021

INTRODUCCIÓN

En la asistencia a la PCR Extrahospitalaria (PCRE) por los SEM, los primeros en llegar suelen ser Unidades de Soporte Vital Básico (USVB). Identifican e inician RCP.

OBJETIVO

Analizar las PCR atendidas por las USVB como primer eslabón del SEM en La Rioja.

METODOLOGÍA

La Rioja tiene 315.896 habitantes (censo 2021), 3 USVA y 14 USVB dotadas con DESA. Los TES en los casos de PCRE completan un formulario estilo Utstein.

Estudio observacional, retrospectivo de las PCRE atendidas por las USVB en pacientes mayores de 18 años. Las variables se extrajeron de las historias clínicas y del informe de PCRE. Se recogieron: edad, sexo, fecha y lugar del suceso, horas de activación e inicio de la RCP, RCP previa por testigos, origen del DESA, presencia o no de equipos de apoyo posterior y resultado de la RCP.

RESULTADOS

Recogieron 66 casos, 41 (65%) varones. Edad media 72 años (DE 15), 70,8 años (DE 14,8) varones y 74,3 años (DE 16,9) mujeres. En 25 casos (37%) la reanimación fue iniciada por testigos antes de llegada de USVB y de este

grupo, en 6 se estaba usando un DESA. Lugar de la PCR: Domicilio en 42 (63,6 %) casos, vía pública 20 casos (30,3%), otros 4 (6,1%).

Apoyo a las USVB durante la reanimación: médico AP 21 (32%), SVA 17 (26%) médico AP/ SVA 25 (38%).

ROSC y trasladados por las unidades SVA 4 pacientes (6%). Edad media de ROSC 83 años (DE 2,5). Media de tiempo entre activación de USVB e inicio de RCP en los 4 casos que se consiguió ROSC fue de 4 minutos. Resto de casos 8 minutos. Alta hospitalaria 1 paciente (1,5%) con buen estado neurológico (CPC1).

CONCLUSIONES

Solo 1/3 de los pacientes recibió reanimación previa a la llegada de la USVB. En los casos que se consiguió ROSC el tiempo de inicio de la reanimación fue 1/2 que la media del resto. Solo sobrevivió 1 de 66 pacientes. Es necesario implementar programas de RCP por testigos (RCP telefónica).

41

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 30

PRIMER FIRMANTE
Pilar Medina DíazAUTORES
Pilar Medina Díaz;
Rafael Rivas Moreno;
Juan Ramón Manzano
Alonso; José María Torres
Garvía; Pilar Varela García;
Sara Hernández Martínez;CENTROS DE TRABAJO
SUMMA112

CASO CLÍNICO: BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO EN SERVICIO DE EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA SECUNDARIO A BETABLOQUEANTE OFTÁLMICO (TIMOLOL)

INTRODUCCIÓN

El reconocimiento de un bloqueo auriculoventricular completo (BAVC) y su diagnóstico diferencial es fundamental en la práctica clínica. Entre sus causas destaca el uso de fármacos antiarrítmicos, administrados habitualmente vía oral o intravenosa, desdeñando otras vías (oftálmica)

OBJETIVO

General:
- Reconocimiento y tratamiento precoz del BAVC y sus complicaciones en la emergencia extrahospitalaria.

Específico:

- Importancia de una buena anamnesis del episodio para valorar factores desencadenantes, incluidas la farmacológica.

METODOLOGÍA

Se presenta estudio descriptivo analítico de caso clínico atendido por recurso móvil avanzado, con revisión bibliográfica de la patología a través de los buscadores Pubmed, Science Direct

A nuestra llegada paciente obnubilado, eupneico, bradicárdico, sin soplos, buen relleno capilar, Glasgow 13 (M603V4), diaforesis, tinte icterico en piel, afebril.

Refieren tratamiento habitual con escitalopram y ácido valproico, cirugías cardiacas infantiles por defecto septal, epilepsia y reciente desprendimiento de retina en tratamiento no concretado y sin informar.

A llegada primeras constantes con una frecuencia cardiaca (FC) de 12 latidos por minuto, Tensión Arterial (TA) imperceptible, glucemia capilar de 50mg/dL. Con imagen electrocardiográfica de BAVC. A los 20 minutos, trazado de BAVC que revierte espontáneamente a ritmo sinusal, con una FC de 90 latidos por minuto; TA de 140/80 mmHg.

Al reinterrogar al paciente refiere pródromo de mareo tras aplicación de colirio, astenia días previos.

RESULTADOS

Pese a diferencia cuantitativa de dosis comparada con la vía oral, la administración de Timolol oftálmico provocó similar evento adverso en forma de BAVC(1,2,3,4,5,6,7), transitorio y autolimitado. Durante el ingreso hospitalario se realizó lavado del fármaco, no volviendo a presentar alteraciones cardiacas, siendo nuestro trazado electrocardiográfico la única imagen registrada.

CONCLUSIONES

La importancia de reconocer y valorar los efectos sistémicos de fármacos betabloqueantes no administrados por vía oral (1,2,3,4,5,6,) y ya recogidos en literatura desde la década de 1970(7) es fundamental para poder hacer un tratamiento adecuado.

42

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 31

PRIMER FIRMANTE
Inmaculada Luna
BaronesAUTORES
Inmaculada Luna
Barones; Marta Marín
Pedrero; Cristina Patricia
Ulloa Jerez;CENTROS DE TRABAJO
Centro de Salud-La
Velada;Centro de Salud San
Roque;

LA IMPORTANCIA DE LA ANTICOAGULACIÓN POSTCIRUGÍA

INTRODUCCIÓN

La ETV (Enfermedad Tromboembólica Venosa) representa el 3º síndrome cardiovascular agudo más frecuente, después del infarto de miocardio y el ictus. Afecta por igual a hombres y mujeres, siendo la incidencia algo mayor en mujeres en edad reproductiva. La ETV es resultado de la interacción entre unos factores de riesgo relacionados con el paciente y con el entorno. La mortalidad relacionada con la EP, en pacientes que no reciben tratamiento puede llegar al 25%, disminuyendo al 2-8% en los primeros 3 meses en pacientes que reciben anticoagulación.

OBJETIVO

Revisión y Actualización de la TEP

METODOLOGÍA

Descripción de un Caso Clínico

RESULTADOS

Mujer de 46 años que acude por disnea de esfuerzo de 2 semanas de evolución y tos no productiva. Refiere hace 6 días cuadro sinco-pal e hipotensión, motivo por el cual acudió en días posteriores a su Centro de Salud para valoración, y es su Médico de Familia quien decide solicitar radiografía torácica de rutina. A los 2 días, se realizó dicha prueba desde donde se derivó a urgencias.

NoRAMc. No hábitos tóxicos. Antecedentes personales de endometriosis. Intervención quirúrgica en Clínica Privada (anexectomía izquierda laparoscópica) hace 2 semanas. No signos de inestabilidad hemodinámica. Exploración normal salvo marcada hipoventilación en base derecha compatible con derrame pleural derecho visualizado en radiografía.

Dímero-D: 17142

Pro-BNP: 2249.9

ECG: Ritmo sinusal con S en I, Q en III, T en III negativos.

Escala de Wells: 4.5

Se solicitó Angio-TAC pulmonar confirmándose TEP bilateral masivo con signos de HTP y sobrecarga de cavidades derechas. Se interconsulta con UCI no precisándose ingreso a su cargo dado que no podía plantearse terapia trombolítica ante antecedente de cirugía reciente. Se indicó anticoagulación a dosis plenas, vigilancia en observación y posterior ingreso.

Durante el ingreso la evolución fue favorable. Se solicitó control analítico con niveles de Anti Xa en rango y ecocardiograma normal. Posteriormente, se procedió al alta manteniendo anticoagulación.

CONCLUSIONES

La ETV es considerada la primera causa de muerte prevenible en pacientes hospitalizados y para prevenirla, no solo resulta imprescindible indicar anticoagulación sino también advertir sobre los riesgos que puede conllevar una inmovilización prolongada.

43

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 32

PRIMER FIRMANTE
Inmaculada Luna BarronesAUTORES
Inmaculada Luna
Barrones; Carmen Nieto
Ordoñez; María de los
Ángeles Rodríguez Juliá;CENTROS DE TRABAJO
Centro de Salud-La
Velada;Centro de Salud San
Roque;

CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

El abdomen agudo sigue siendo una entidad de difícil diagnóstico a pesar de los diferentes medios que se encuentran a nuestro alcance. La trombosis venosa mesentérica (TVM) es una entidad de diagnóstico tardío por sus signos inespecíficos y una de las causas de abdomen agudo con mayor morbimortalidad. Su importancia radica en la reducción del flujo sanguíneo a las asas intestinales, la cual conduce rápidamente a una necrosis irreversible y muerte de las mismas.

OBJETIVO

Revisión y Actualización de Trombosis Venosa Mesentérica

METODOLOGÍA

Descripción de un Caso Clínico

RESULTADOS

Varón de 73 años que acude por dolor abdominal difuso de 48 horas de evolución de intensidad creciente y náuseas concomitantes. Estreñimiento asociado y pico febril en los 2 días anteriores.

NoRAMc. HTA, DM2, EPOC, portador doble heterocigoto del gen C'282Y/H63D de la hemocromatosis, TVP de vena femoral superficial derecha en 2019 (anticoagulado hasta

2020).

No signos de inestabilidad hemodinámica. Abdomen depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Timpánico. Defensa activa. Murphy dudoso.

Pruebas analíticas iniciales y radiografías de tórax y abdomen anodinas, por lo que se solicita TC abdominal y pelvis con contraste. Se constata trombosis aguda en VMS (vena mesentérica superior) y tributarias que se extiende a esplénica, porta y ramas de la misma que condiciona sufrimiento de asas en flanco derecho (yeyuno distal/íleon proximal), así como leves cambios edematosos en íleon terminal y ciego, e hipertensión portal. Se inicia anticoagulación y posteriormente, se decide ingresar al paciente a cargo de cirugía para valoración de tratamiento conservador o quirúrgico.

Durante el ingreso la evolución fue favorable. Se solicitó TC de control donde no se evidenciaron cambios radiológicos significativos. Se procedió al alta domiciliarla al 8º día ante mejoría manteniendo anticoagulación con heparina sc/12h hasta próxima evaluación.

CONCLUSIONES

Dado que los hallazgos clínicos y de laboratorio son inespecíficos, las pruebas de imagen juegan un papel importante en el diagnóstico de la isquemia mesentérica, siendo la TC la técnica de diagnóstico más sensible. La anticoagulación es hoy en día el tratamiento de elección, salvo en aquellos casos de necrosis intestinal.

45

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 33

PRIMER FIRMANTE

María de Lluc Martínez
Avellaneda

AUTORES

María de Lluc
Martínez Avellaneda;
María Capellá Ripoll;
Freya Maria Vargas
Herguezábal; Rosa María
Sánchez Santos; Raúl
Burló Martínez; Isabel
Juste Pina;

CENTROS DE TRABAJO

SAMU 061 ILLES
BALEARS

ACTIVACIÓN DE CÓDIGO PCR Y POLITRAUMA EN INCIDENTES APS

INTRODUCCIÓN

Los códigos asistenciales más activados durante el año 2021 fueron el APS con 781 incidentes (60%), seguido del código PCR con 186 (52%) y el código trauma grave se situó en cuarto lugar con 123 (20%).

OBJETIVO

Identificar los incidentes codificados como código politrauma y código PCR que fueron secundarios a una tentativa suicida. Así como realizar un análisis estadístico del género, edad, temporalidad y fármacos más empleados.

METODOLOGÍA

Análisis retrospectivo observacional y transversal de los incidentes registrados con códigos APS, PCR Y POLITRAUMA, asistidos por unidades de Soporte Vital Avanzado durante el primer semestre 2022. Se seleccionó una muestra de 30 incidentes codificados como APS candidatos a maniobras de RCP con los siguientes motivos de activación: 10% PCR, 46.67% precipitado, 36.67% ahorcamiento y el 6.67% sospecha de éxitus. Se excluyen las ideaciones y las tentativas suicidas que no sean subsidiarios a RCP.

RESULTADOS

Se realizaron maniobras de RCP en el 20%

de los casos, el 43.33% no precisó y en el 36.67% no se iniciaron. El 46.67% fueron éxitus y el 53.33% precisó traslado activando el código politrauma (43.75%), el código PCR (18.75%) y en un 37.5% ninguno de ellos. El intento autolítico (73,3%) y su consumación (57.14%) predomina en los varones frente al 26.67% y 42.86% de las mujeres en cualquier franja de edad salvo de 30-40 años donde predomina el género femenino. Los CIES de los traslados fueron: 50% caída, 18.75% traumatismo craneal, 6.25% traumatismo cadera, traumatismo lumbar, fractura pierna, fractura vertebral, lesión médula espinal, fractura cervical, intoxicación por drogas, intoxicación alcohólica, 25% asfixia por ahorcamiento, autolesión intencionada y 18.75% paro cardíaco. El fármaco más empleado en el grupo de precipitados fue el fentanest (57,14%), en ahorcados la adrenalina (36,36%) y en el de PCR el flumazenilo (66.7%).

CONCLUSIONES

La asociación entre el código politrauma-PCR y APS se encuentra infraestimado por desconocimiento de las causas y reticencias de los equipos en situaciones críticas. Los intentos autolíticos de la muestra se acentúan la primera semana de enero, tercera de febrero, cuarta en marzo, mayo y junio, salvo en abril que se dividen por igual desde la primera a la tercera.

46

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 34

PRIMER FIRMANTE

Almudena Morales
Sánchez

AUTORES

Almudena Morales
Sánchez; Ana María López
Nájera; Raquel Sánchez
Martín; Héctor Manuel
Pablo Hernández; Sergio
Sánchez Rubio;

CENTROS DE TRABAJO

Emergencias Sanitarias
Cyl;Hospital Universitario
Salamanca;Emergencias Sanitarias
s.a.

NO TODA CONVULSIÓN ES UNA EPILEPSIA

INTRODUCCIÓN

Las crisis convulsivas son una causa frecuente de atención en urgencias. Aproximadamente el 8-10% de la población tendrá alguna a lo largo de su vida. El 1% de los niños y adolescentes presentarán al menos una convulsión antes de los 14 años.

En una primera crisis o crisis reiteradas es importante el diagnóstico diferencial entre un proceso sistémico tratable o una afectación del sistema nervioso central.

OBJETIVO

Importancia de una buena anamnesis al paciente y testigos son claves para llegar a un correcto diagnóstico.

METODOLOGÍA

Información Historia clínica SEM, seguimiento e Historia al alta hospitalaria.

RESULTADOS

Varón de 14 años. Correctamente vacunado. En tratamiento con Eutirox por hipotiroidismo. Crisis comiciales previas.

Presenta cuadro de cefalea intensa occipital que le despierta, por lo que acude donde sus padres a solicitar un paracetamol. Mientras se dirige a la cocina, refieren los padres escuchar un golpe. Al acudir presencian movimientos tónico-clónicos de las 4 extremi-

dades de 1-2 min de duración. Niega consumo de tóxicos. A la llegada de SEM, estado proscritico junto desorientación e importante cefalea occipital. No relajación de esfínteres. Afebril. Sin focalidad neurológica. No signos meníngeos. Se realiza ECG con QTc normal. Con la sospecha de primera crisis convulsiva se realiza traslado a centro hospitalario. Control de la saturación de oxígeno y glucemia en el primer momento.

En el caso que nos ocupa la importante cefalea occipital que presenta el paciente nos hace pensar en una posible LOE.

Se realiza analítica y TAC con el resultado: presencia de lesión hipodensa calcificada en lóbulo temporal derecho, sugerente de aneurisma trombosado de la ACM dcha. Se realiza Angiografía cerebral con RM con contraste donde se diagnóstica ganglioglioma.

CONCLUSIONES

Tanto en paciente con crisis conocidas como en una primera convulsión ha de ser trasladado al hospital siempre, tanto para asegurar el control adecuado de la crisis como para descartar patología aguda y realizar estudio diagnóstico.

Ante cualquier focalidad es obligado realizar TC multimodal incluyendo TC perfusión y/o activación de protocolo de Código ictus extrahospitalario si fuera preciso.

47

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 35

PRIMER FIRMANTE

Lautaro Llorens Falcetti

AUTORES

Lautaro Llorens Falcetti;
Orlinda Yohandra Gomez
Nieves; Víctor Alfonso
Mairena Fernández;
Cristina Burgos Forte;
Ana Isabel Malagon
Mercado;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital La Línea de la
Concepción;

061 Malaga

REANIMACIÓN ECOGUIADA EN EL BOX DE CRÍTICOS

INTRODUCCIÓN

Hombre de 49 años, sin antecedentes conocidos, que comienza con dolor torácico mientras caminaba, ingresa a box de crítico remitido por el 061. Barrera idiomática. Nos informan que ha consumido tóxicos (éxtasis, metanfetaminas y bebidas energéticas). Constantes normales. Electrocardiograma normal. Durante la transferencia se produce parada cardio-respiratoria con ritmo de AESP (actividad eléctrica sin pulso); se procede a soporte vital avanzado (SVA), se realiza ecocardio en ventana suxifoidea donde se visualiza derrame pericárdico con colapso de cavidades derechas; se lleva a cabo pericardiocentesis ecoguiada con drenaje de 300 ml de sangre, continuandose con SVA durante 20 minutos, tras lo cual se decide suspender la reanimación al no conseguir actividad cardiaca.

OBJETIVO

Evidenciar la importancia del ecógrafo en box de críticos

METODOLOGÍA

Presentación de caso clínico tras revisión bibliográfica usándose como base de datos PubMed, Tripdatabase.

RESULTADOS

Mediante ecografía en box de urgencias se pudo diagnosticar el taponamiento cardiaco por disección de raíz de aorta, hacer el seguimiento de RCP y realizar pericardiocentesis ecoguiada.

CONCLUSIONES

La disección de aorta es una afección potencialmente fatal que ocurre por un desgarro de la capa media y la íntima de la aorta; si afecta a la raíz de la aorta puede realizar un taponamiento masivo. Debe sospecharse en dolor torácico intenso y no debe demorarse la realización de un ecocardiograma.

48

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 36

PRIMER FIRMANTE

Lautaro Llorens Falcetti

AUTORES

Lautaro Llorens Falcetti;
Eva María Arias Martínez;
Víctor Alfonso Mairena
Fernández; Cristina
Burgos Forte; Ana Isabel
Malagón Mercado;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital La Línea de la
Concepción;

061 Malaga

CAUSAS REVERSIBLES DE PARADA CARDIO RESPIRATORIA CON ACTIVACION DEL PROTOCOLO DE TRANSFUSION MASIVA

INTRODUCCIÓN

Paciente de 87 años remitido por el 061 por precipitarse de 3 metros de altura.

Llegada a urgencias consciente e inmovilizado (collar cervical, tetracameral, colchón de vacío y cinturón pélvico)

A: dentaduras postizas que se retiran, sin restos hemáticos en boca. No desviación traqueal.

B: taquipneico, a 30 rpm, con sensación disneica. Sat. O₂ 98%. Auscultación Pulmonar con murmullo vesicular disminuido en pulmón izquierdo. Se solicita Rx urgente, sin evidenciarse hemo o neumotórax.

C: hipotensión a su llegada, que recupera a TAS 110 mmHg tras 1 concentrado de hemáties y 1L. de sueroterapia. Mala perfusión periférica. Pulsos distales difícil de localizar. E-FAST positivo con liquido libre en cuadrante inferior izquierdo.

D: sin déficit neurológico, consciente, orientado y colaborador. Se queja de dolor lumbar. E: en el resto de la exploración, gran deformidad en rodilla izquierda, con fx ósea.

ECG: Ritmo FA

Se solicita BodyTAC urgente, donde se objetivan Fx: L1, pélvica multirrama, y sacra bilateral no desplazada, así como Fx meseta tibial izquierda y cabeza de peroné.

Cervicales libres, retiramos collarín. Mantene-mos cinturón pélvico.

El paciente comienza con bradicardia en situación de fallo cardiaco, desaturando y con mala perfusión periférica, con parada cardiaca sin pulso.

Se inicia RCP, recuperando circulación espontanea visualizado por ecógrafo.

Tras horas de evolución se vuelve a parar y se decide no realizar nueva RCP por mal pronóstico evolutivo de las lesiones que presenta.

OBJETIVO

Identificar las posibles causas reversibles de parada cardiorrespiratorias (4T y 4H) asociadas a un trauma.

METODOLOGÍA

Presentación de caso clínico tras revisión bibliográfica usándose como base de datos PubMed, Tripdatabase, Manual de Soporte Vital al Trauma de SeMicyuc.

RESULTADOS

Cabe destacar la importancia de la activación de transfusión masiva ya que ha permitido salir de la primer parada cardiaca al paciente.

CONCLUSIONES

La identificación y el tratamiento precoz de las posibles causas reversibles de parada cardiorrespiratoria (4T y 4H) aumenta la tasa de éxito en SVA. En este caso en particular la Hipovolemia, la cual controlaríamos con aporte de líquidos, transfusiones y control del sitio de sangrado.

49

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 37

PRIMER FIRMANTE
Andreea SimioanaAUTORES
Andreea Simioana;
Franciso José Gómez
Gómez;CENTROS DE TRABAJO
Servicio Andaluz de
Salud;

IAVANTE

REPOSICIÓN POLÉMICA EN EL SHOCK HEMORRÁGICO EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

INTRODUCCIÓN

El shock hemorrágico es la primera causa de muertes en las primeras 24h del trauma, suponiendo el 30-40% de muertes. Además de la hemorragia excesiva, este cuadro viene acompañado también por hipotermia, acidosis y coagulopatía. Hay estudios que demuestran que la administración excesiva de líquidos contribuye al empeoramiento del cuadro. Por ello, varios autores proponen la hipotensión permisiva como una mejor alternativa para los pacientes politraumatizados. El objetivo de nuestra revisión bibliográfica es averiguar si la reposición volémica de grandes cantidades es adecuada en el paciente politraumatizado.

METODOLOGÍA

Para realizar nuestra revisión sistemática se han revisado la base de datos Pubmed y guías de práctica clínica. Se han empleado dos ecuaciones de búsqueda, obteniendo 121 resultados, de los cuales se han seleccionado 15 artículos. También hemos usado 8 guías de prácticas clínica de la European Resuscitation Council y del Euroepan journal of trauma and emergency surgery.

RESULTADOS

La reposición volémica de grandes cantidades de líquidos parece no presentar una di-

ferencia significativa con respecto a la hipotensión permisiva, aunque algunos autores sí describen ciertas ventajas de este última, como una menor estancia en el hospital y mayor supervivencia de los pacientes.

DISCUSIÓN

El paciente politraumatizado tiene mayor riesgo de sufrir un shock hemorrágico debido al tipo de lesiones que suele presentar, tanto heridas abiertas como hemorragias internas no detectables a simple vista. Además, las condiciones del medio también hacen que el riesgo de hipotermia sea mayor, agravando el shock y dando lugar a coagulopatías y acidosis. La resucitación del paciente mediante grandes cantidades de líquido es una técnica que se ha estado usando siempre para alcanzar unas cifras de tensión adecuadas. Esto podría agravar la coagulopatía del paciente por dilución de la hemáties y disminución de factores de coagulación en sangre. Por ello, se ha planteado la hipotensión permisiva como mejor método en caso de pacientes politraumatizados. Aunque aún está en controversia, no parece ser perjudicial para el paciente y muchos autores están a favor de esta técnica por evidencias que demuestran mejorar la supervivencia.

CONCLUSIONES

La hipotensión permisiva, administrando menos de 2L de cristaloides e iniciando las transfusiones sanguíneas al llegar al hospital parecen dar buenos resultados en los pacientes de trauma. No obstante, las muestras de los estudios son bastante heterogéneas y aún son necesarios más estudios aleatorizados y con muestras más homogéneas.

51

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 38

PRIMER FIRMANTE

Cristina Patricia Ulloa
Jerez

AUTORES

Cristina Patricia Ulloa
Jerez; María Suárez
Salvado; Guillermo García
Santos;

CENTROS DE TRABAJO

C. de Estación de San
Roque;

C.S San Roque Sur

EL SALVAVIDAS IMPLANTABLE

INTRODUCCIÓN

El Desfibrilador automático implantable (DAI), es un dispositivo utilizado para monitorizar el ritmo cardíaco y producir descargas en caso de arritmias potencialmente letales.

OBJETIVO

Manejo de paciente con DAI.

METODOLOGÍA

Descripción de un caso

RESULTADOS

Varón, 38 años, APP de Miocardiopatía familiar VI-displasia arritmogénica de VI, disfunción ventricular ligera/moderada. Portador de DAI bicameral por FV-FA persistente de larga evolución.

No RAMC

Tto: Ramipril 2.5 mg 1-0-1, recientemente cambio Sotalol por Bisoprolol 10mg/24h por aumento del QT, Sintrom.

Revisado en unidad de arritmias hace 3 días por palpitaciones bien toleradas. ECG: FA con RVR-CPV. Recomiendan citar para CVE en 1 mes y volver si síntomas.

Acude hoy a urgencias por descarga de DAI hace 1h apróx. en reposo. Refiere sensación de mareo-inestabilidad de seg. de duración previa descarga, con episodios similares le-

ves esta misma mañana y palpitaciones de carácter continuo los días previos. Niega dolor torácico.

No ángor, no clínica de IC o sincopes.

Actualmente asintomático.

Pasa a observación para monitorización estrecha.

Exploración: BEG, COC, BHYP, eupneico en reposo, excelente tolerancia al decúbito. Hemodinámicamente estable. Resto normal.

TA 94/54 FC62 T°35.9 SatO2 99%

ECG: RS a 75 lpm, en normo-eje, sin alteraciones de la repolarización.

Rx tórax: similar a previas, sin desplazamiento aparente de electrodos.

Análítica: MC negativos. GSV: pH 7'35, pCO2 51'3, HCO3 27'9, resto sin interés INR 2'1

Se IC con cardiología: se concluye vigilancia en observación hasta lectura de DAI.

Reevaluación: Asintomático, constantes normales. ACR anodina. Persiste RS sin nuevas descargas.

Revisión DAI: Descarga inapropiada por FA rápida. ECG al alta: RS a 68 lpm sin signos de isquemia aguda. Optimizamos tratamiento (Añado Multaq 400 mg/12h) y se cita en consulta de Cardiología.

CONCLUSIONES

El DAI ha demostrado su utilidad para prolongar la vida, tanto por arritmias ventriculares malignas (prevención-secundaria) como por riesgo de presentarlas (prevención-primaria), en comparación con tratamiento médico óptimo. Los portadores de DAI acuden ocasionalmente a urgencias tras descarga del dispositivo. Se realizará una evaluación inicial que incluya historia clínica, exploración física, electrocardiograma, analítica y RX de tórax. Además, deberán permanecer en el área de observación 2-3 horas mínimo, posteriormente, alta con recomendaciones.

52

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 39

PRIMER FIRMANTE

Diego Jesús Sánchez de Fez

AUTORES

Diego Jesús Sánchez de Fez; Luz María Blanco Montálvez; Tamara Aguilar Pérez; Manuel Damián González Herrera;

CENTROS DE TRABAJO

CES 061 Málaga;

SAS;

SAS Distrito Málaga-Guadalhorce;

CES 061 Málaga;

PROTOCOLO RCP POR PARTE EQUIPO DE COORDINACIÓN AVANZADA

INTRODUCCIÓN

Los Equipos de Coordinación Avanzada (E.C.A) de Andalucía surgieron en el año 1998 ante la necesidad de apoyar al servicio de coordinación, actualmente forma parte de la cartera de servicios. Este recurso consiste en la derivación al lugar de la demanda de un equipo conformado por una enfermera y un técnico en emergencias sanitarias, en contacto directo con un médico en la sala de coordinación, tercer miembro de este equipo. Estos dispositivos tienen establecidos diferentes protocolos asistenciales dependiendo del tipo de demanda asistencial, ya sean pacientes estables o pacientes inestables, entre ellas, se encuentra el protocolo asistencial ante paciente en Parada Cardio Respiratoria, se narra intervención ante una asistencia de este tipo.

OBJETIVO

Describir el protocolo de paciente en Parada Cardio Respiratoria en el contexto de una situación real.

DESARROLLO

Activación de E.C.A. por episodio de síncope recuperado en varón de 50 años sin más información. Paciente consciente, tras valoración inicial y realización de electrocardiograma se detecta situación emergente, al

observar cambios eléctricos compatibles con SCACEST, se solicita la presencia de UVI móvil y se inicia Protocolo de PACIENTE INDIA mientras acude el recurso solicitado. Mientras se asiste al paciente se detecta pérdida súbita de consciencia y se visualiza en el monitor fibrilación ventricular procediéndose a seguir protocolo de soporte vital avanzado con ritmo desfibrilable presenciada. Destacar el inicio precoz de las compresiones torácicas de calidad, desfibrilación inmediata de la arritmia ventricular detectada, siguiendo la recomendación de tres desfibrilaciones. Durante las maniobras de Reanimación cardiopulmonar el paciente recupera de forma espontánea pulso con signos de vidas, volviendo a producirse episodios de fibrilación en 2 ocasiones antes de la llegada de la Uvi móvil, ya con la presencia del médico de la UVI móvil, se estabiliza al paciente, se inician cuidados post resucitación y se realiza traslado a la unidad de hemodinámica, previamente alertada.

CONCLUSIONES

La formación y entrenamiento son elementos esenciales en el protocolo de parada cardiorrespiratoria, mostrando una mayor supervivencia en las situaciones de parada cardiorrespiratoria (PCR) extrahospitalaria.

53

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 40

PRIMER FIRMANTE
Ana María López NájeraAUTORES
Ana María López Nájera;
Almudena Morales
Sánchez; Patricia Calles
Prieto; Maria Joaquina
González Román; Jose
Izquierdo Castellano;
Manuel Pinchete de la
Calle;CENTROS DE TRABAJO
UME Béjar. Emergencias
Sanitarias. SACYL;

UDMFYD Salamanca;

HIPOTENSIÓN Y BRADICARDIA EN PACIENTE AHORCADO

INTRODUCCIÓN

En pacientes con lesión medular aguda por encima de T6, dentro de los 30 minutos posteriores a la misma, es frecuente que se produzca un shock neurogénico. Este se caracteriza por la interrupción de las vías simpáticas descendentes con un desequilibrio de la función vascular autonómica a favor del sistema nervioso parasimpático, lo que favorece la vasodilatación arterial periférica y el secuestro de sangre en el compartimento venoso además de, a nivel cardiaco, bradicardia y reducción de la contractilidad.

OBJETIVO

Descripción de un caso de paciente que sufre shock neurogénico transitorio por ahorcamiento.

METODOLOGÍA

Realización de estudio observacional y descriptivo tipo caso clínico.

RESULTADOS

Varón de 78 años con antecedentes de depresión, que es encontrado por sus familiares ahorcado. Es descolgado por familiar quien objetiva que se encuentra inconsciente pero respirando.

El recurso avanzado llega a los 30 minutos del incidente y evidencia paciente incons-

ciente con GSC 3 (01V1M1), respiración irregular con pausas de apnea, normocoloración de piel y mucosas con relleno capilar inferior a dos segundos.

TA 130/90 mmHg; FC 56 l.p.m.; SatO2 92%, glucemia 136 mg/dl.

Se procede a intubación orotraqueal tras la cual el paciente presenta TA 51/28 mmHg; FC 49 l.p.m. Se procede a administración de atropina y sueroterapia i.v. con persistencia de hipotensión, por lo que se inicia perfusión de noradrenalina i.v. consiguiéndose estabilización hemodinámica.

Es trasladado a Centro Hospitalario donde se descarta lesión cerebral y espinal en pruebas de imagen y es ingresado en UCI. A las 5 horas del ingreso mantiene estabilidad hemodinámica y se procede a retirada de sedación, extubación y de perfusión de noradrenalina. Dada la estabilidad clínica del paciente es trasladado a planta de medicina interna.

CONCLUSIONES

Se debe sospechar shock neurogénico por lesión medular por encima de T6 en todo paciente politraumatizado que presenta hipotensión y bradicardia, especialmente si no hay signos de vasoconstricción periférica. La duración del mismo es variable, con un máximo de 6 semanas.

54

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 41

PRIMER FIRMANTE
Marta Marín PedreroAUTORES
Marta Marín Pedrero;
Inmaculada Luna; María
del Carmen Quero
Sánchez;CENTROS DE TRABAJO
CS San Roque;
Cs La Velada;

NUESTRO SALVAVIDAS

INTRODUCCIÓN

La RCP es una maniobra de emergencia básica y constituye una de las técnicas de vital importancia para aumentar la supervivencia, siempre y cuando se acompañe de una correcta praxis.

OBJETIVO

Revisión y Actualización de la RCP

METODOLOGÍA

Descripción de un caso

RESULTADOS

Paciente varón de 56 años con AP de sd. Metabólico que entra al BOX de críticos en PCR con ritmo desfibrilable (FV). Se comienza protocolo de RCP avanzada con 1 descarga a 360 J en modo monofásico completando tres ciclos y administrando 1 amp de adrenalina y 2 de amiodarona (300) al tercer ciclo. Se realiza IOT durante el proceso. Recupera RS a los 7-8 minutos. ECG: rs a 75 lpm con onda T negativas en derivaciones I y aVL, TA 91/62 FC 54. Se traslada a hemodinámica descartándose lesiones isquémicas o de otra índole. Ingresa en UCI sedado con midalozam, Propofol y Remifentanilo.

Ecocardiograma: normal
Troponinas: 518 ProBNP: 576

AngioTAC: normal. Se Descarta TEP Durante su estancia el 2º día se evidencia racha de TV autolimitada saliendo en rs. Se extuba al 4º día. Se ingresa en planta de MI para estudio.

Paciente estable con ECG en rs a 67 lpm sin alteraciones en la repolarización.

Se solicita RMN cardíaca: ventrículo izquierdo de tamaño y función sistólica normal (VTDI:79mLm² FEVI: 60%) sin trastornos de la contractilidad. Foco de edema y necrosis con patrón no isquémico a nivel subepicárdico en septo inferior medioventricular. El paciente se deriva a la unidad de arritmias donde deciden implantar DAI VVI por prevención secundaria.

CONCLUSIONES

Conocer y saber ejecutar el protocolo de reanimación cardiopulmonar (RCP) básico y avanzado para aumentar la supervivencia y evitar las posibles secuelas subyacentes en la parada cardiorrespiratoria.

Son interesantes las campañas para el aprendizaje de esta técnica a la población general para la resolución de situaciones de emergencia.

55

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 42

PRIMER FIRMANTE

Laura Rocío Gómez Díaz

AUTORES

Laura Rocío Gómez Díaz;
Gonzalo Llera García;
Paula Trujillo Hernández;
Melania Esther Alonso
Curbelo;CENTROS DE TRABAJO
HUNSC

FIBRILACIÓN VENTRICULAR Y DOLOR TORÁCICO

INTRODUCCIÓN

Varón de 52 años que presenta dolor centrotorácico opresivo, no irradiado de 8 horas de evolución. Sufre parada cardiorrespiratoria en Fibrilación ventricular, requiriendo de 4 minutos de Reanimación cardiopulmonar avanzada, con recuperación de pulso y ritmo tras descarga de desfibrilador (200J). Tras realizar pruebas complementarias, el episodio de Fibrilación Ventricular se interpreta dentro del contexto de isquemia aguda.

OBJETIVO

Motivo de consulta: Dolor centrotorácico.

METODOLOGÍA

Antecedentes personales: NAMC, HTA, dislipemia, miopericarditis y COVID positivo.

Pruebas complementarias:

ECG: Ritmo sinusal, depresión milimétrica del ST en cara lateral y R alta en V2. Eleva 1 mm en III, T negativa y Q aislada en dicha derivación.

Análítica: Hb 14,2, Leucocitos 16350. Neutrofilos 12880. INR 1,44. Cr 1,02. PCR 1,24. Seriación Troponina I US: 0,084 - 1,11 -2,361 - 3,466.

Ecocardiograma: Ventrículo izquierdo conservado. FEVI conservada. Hipocinesia severa inferoseptal e inferior. Aurícula izquierda di-

latada. Esclerosis mitroaórtica sin gradientes ni regurgitaciones significativas. Alteración en la relajación.

Ecocardiograma de estrés: Negativa para isquemia a la frecuencia alcanzada.

Coronariografía: Enfermedad difusa de la arteria descendente anterior y de la circunfleja. Resonancia magnética nuclear: Función biventricular conservada con hipoquinesia, hipoperfusión, edema y fibrosis en cara inferolateral de los segmentos medio y apicales. Patrón isquémico no viable.

RESULTADOS

Juicio Diagnóstico:

Síndrome Coronario Agudo sin elevación del ST Killip I.

Fibrilación Ventricular en contexto agudo isquémico.

CONCLUSIONES

Se plantea como diagnóstico diferencial una miocarditis frente a isquemia miocárdica como desencadenante de fibrilación ventricular y parada cardiorrespiratoria.

La clínica de la miocarditis es inespecífica, suele desencadenarse por una infección respiratoria o gastrointestinal y puede provocar arritmias y muerte súbita.

En este caso, dado el incremento en los valores seriados de troponina, sin aumento de creatinquinasa y con los hallazgos en coronariografía y resonancia magnética, la Fibrilación Ventricular se interpreta dentro del contexto de isquemia aguda, descartando miocarditis.

56

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 43

PRIMER FIRMANTE
José Abuín Flores

AUTORES
José Abuín Flores;
Susana Rodríguez
Barreiro; María del
Pilar Pavón Prieto;
Gustavo Brea Torres;
José Antonio Iglesias
Vázquez; Gabina Pérez
López;

CENTROS DE TRABAJO
FPUSG-061

ESTUDIO DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS ATENDIDAS POR UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS

INTRODUCCIÓN

Nuestra comunidad autónoma (CA) compleja demográfica y geográficamente, convierte atención a la parada cardiorrespiratoria (PCR) en un desafío.

OBJETIVO

Comparar en tres periodos distintos las PCRs asistidas por las Unidades de soporte vital avanzado (USVA) del Servicio de Emergencias médicas (SEM).
Valoración epidemiológica de la PCR.
Valoración de medidas de mejora.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de las PCR asistidas por USVAs en 3 periodos: 2013-2014, 2017-2018, y primera ola del COVID febrero-abril de 2020.

Se recogen datos de las historias clínicas informatizadas. Las variables son: Número de PCRs atendidas por USVAs, sexo, edad, etiología, realización de soporte vital básico (SVB) previo al SEM, por testigos o personal sanitario ajenos al SEM, realización de SVB con compresiones o compresiones más ventilaciones, ritmo inicial, éxitus.

RESULTADOS

La media de edad en las PCRs en el 2013-2014 es de 55,56 años y predominando los

varones (70,52%). En el 2020 la edad media es 66,30 y un 61,07% varones.

El SVB con compresiones-ventilaciones en el 2013-2014 es un 21,39% y en el 2020 de un 60,40% . El SVB de testigo pasa de un 8,09% a un 6,87%.

La principal causa de PCR en 2013-2014 es de origen cardiaco (56,64%). En el 2020 pasa a ser de "origen desconocido" (47,33%). En los 2 primeros periodos estudiados encontramos fundamentalmente un ritmo inicial desfibrilable (42,77%-42,93%), siendo la asistolia (46,67) el ritmo inicial predominante en el 2020.

CONCLUSIONES

Los datos epidemiológicos de la PCR permanecen estables, predominando el paciente varón de 50 años. En el 2020 las variables de edad crecen y el porcentaje de PCRs femeninas aumenta.

Hay un aumento de SVB por testigo en el 2017-2018, disminuyendo en 2020 pero el SVB con ventilación aumenta.

La etiología principal es de origen cardiaco. En 2020 se desconoce la causa de la PCR en un porcentaje elevado. La pandemia de COVID19 parece determinante en la epidemiología de las PCRs. Serían necesarios más estudios para determinar si el ritmo inicial encontrado es debido a un aumento del tiempo de llegada a la asistencia en la PCR por la puesta de equipos de protección individual.

58

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 44

PRIMER FIRMANTE
Begoña de la Oliva
DelgadoAUTORES
Begoña de la Oliva
Delgado; Fernando
de Miguel Saldaña;
María Antonia Martínez
Vázquez;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR PROTECCIÓN
CIVIL

SINDROME CORONARIO AGUDO, ANSIEDAD COMO PRIMER INDICADOR

INTRODUCCIÓN

Varón de 53 años

Antecedentes personales: Ansiedad y depresión . No alergias conocidas, no factores de riesgo cardiovascular.

Motivo de consulta: Paciente que estando de compras , sufre un robo. Presenta cuadro de ansiedad con presión centrotorácica.

Exploración física: Normotenso, consciente, colaborador, relleno capilar enlentecido, sudoración profusa.,taquipnéico, parestesias en MMSS,

ACP: Dolor centrotorácico. En decúbito supino se observa elevación del ST cara inferior. Mareo con FV en monitor, se DF a 200 JL. Recupera ritmo y nivel de consciencia. No disnea ni sensación de dificultad respiratoria. Abdomen : Blando, depresible, ruidos hidroaéreos normales, no signos de irritación peritoneal Exploración neurológica: sin focalidad. El paciente sufre PCR in situ, y por el pasillo de hemodinámica FV refractaria.

METODOLOGÍA

Pruebas complementarias: ECG completo con elevación del ST en II,II,AVF. SCACEST INFERIOR.

Analítica . Realizados varios ciclos de RCP, en Hemodinámica se coloca STENT en coronaria derecha, ECMO, TAC con evidencias de hemoperitoneo , paciente en SHOCK

En el hospital se le realiza ecocardiografía urgente: disfunción sistólica severa en ambos ventrículos.

TC TORAX-Abdomen y pelvis: IAM inferior, tormenta arrítmica, RPC prolongada, implante de ECMO. Shock y amenización refractaria a soporte hemoterápico y drogas vasoactivas. TEP agudo bilateral, laceración hepática. Tórax: Fracturas costales derechas anterolaterales de 2S a la 7S.

TAC craneal: Infarto agudo en territorio frontera de ACM y ACP izquierda. Lesiones isquémicas agudas de pequeño tamaño de posible origen cardiaco/embólico
Canalización de 2 vías periféricas de grueso calibre, administrada medicación

RESULTADOS

Diagnóstico diferencial
Infarto agudo de miocardio, SCACEST INFERIOR, laceración hepática con gran sangrado, síndrome compartimental intraabdominal, coagulopatía por lo que se le pasan muchas unidades de fibrinógeno. Anuria con filtro Shock hemorrágico por laceración hepática , distributivo por fiebre sin foco y cardiogénico. Aumento de presión intraabdominal . Encefalopatía hipóxico-isquémico.

CONCLUSIONES

- Por su relato parecía un cuadro de ansiedad mal controlado, una monitorización precoz, y maniobras de RCP avanzadas in situ, aumentan la supervivencia de estos pacientes

-Una historia clínica eficiente y específica, una entrevista con sus familiares valorando la posible etiología, así como un examen físico, monitorización, y pruebas complementarias, deben dirigirse a evaluar la causa de la PCR

EL TRAUMA GRAVE EN LA EMERGENCIA PREHOSPITALARIA

60

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 45

PRIMER FIRMANTE

María del Pilar Pavón
Prieto

AUTORES

María del Pilar Pavón
Prieto; Susana
Rodríguez Barreiro;
José Abuín Flores;
Mónica Álvarez Álvarez;
Miguel Freire Tellado;
José Antonio Iglesias
Vázquez;

CENTROS DE TRABAJO
FPUS 061 GALICIA

INTRODUCCIÓN

El trauma grave causa en nuestro medio una importante mortalidad y discapacidad, originando un importante gasto sanitario así como una reducción de los años de vida laboral. Para la asistencia prehospitalaria al mismo disponemos de un servicio de soporte vital avanzado (SVA) con recursos aéreos y terrestres medicalizados.

OBJETIVO

Describir la epidemiología de la enfermedad traumática grave y su atención por las unidades del SVA de la comunidad autónoma (CA) durante los años 2015-2020.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivo de los pacientes traumáticos atendidos por el SVA de la CA en 6 años. Variables estudiadas: edad, sexo, diagnóstico, recurso activado, evolución 2015-2020, necesidad de ventilación mecánica, reanimación cardiopulmonar y mortalidad. Los datos son extraídos de las hojas asistenciales informatizadas del SVA.

RESULTADOS

Se ha incluido a 4652 pacientes con 51,82±24,15 años de edad media, 66,31% hombres. La etiología ha sido traumatismo craneoence-

fálico (TCE) con pérdida de conocimiento en 32,13%, politraumatizado múltiple 27,88% y TCE sin pérdida de conocimiento 27,27%. El 0,62% de los pacientes ha precisado ventilación mecánica antes de su llegada al hospital. La mortalidad prehospitalaria fue de 6,53% (con diagnóstico de politrauma el 96,71% de ellos), realizando RCP en el 0,86% de los casos.

Los accidentes laborales suponen un 6.96% de los casos analizados.

El 75,23% de los pacientes necesitaron ser trasladados a un hospital.

El número de traumas atendidos se ha mantenido prácticamente constante a lo largo del periodo estudiado.

CONCLUSIONES

Se observa una mayor incidencia de trauma grave en varones entre 30 y 70 años, requiriendo ingreso hospitalario la mayor parte de ellos. El diagnóstico principal encontrado ha sido el traumatismo craneoencefálico.

La mortalidad atribuida fundamentalmente al diagnóstico de paciente politraumatizado, es inferior a la media estatal. La mayoría de estos pacientes no fueron reanimados.

La patología traumática grave se mantiene estable durante los años analizados.

61

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 46

PRIMER FIRMANTE

Juan Carlos Sánchez
Rodríguez

AUTORES

Juan Carlos Sánchez
Rodríguez; Elena Alonso
Martínez; María Flor
Martín Rodríguez; José
Mario Hernández Gajate;
José Ramón Oliva Ramos;
Jesús Ángel Moche Loeri;CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario Río
Hortega de Valladolid;Gerencia de Atención
Primaria de Palencia;

IMPLANTACIÓN DE UN CÓDIGO PARADA EN UN HOSPITAL HORIZONTAL DE TERCER NIVEL

INTRODUCCIÓN

Las paradas cardiacas representan un problema importante en el hospital, no suficientemente evaluado. La literatura internacional considera que entre un 0,4 y un 2 % de los pacientes ingresados y hasta un 30 % de los fallecidos son subsidiarios de precisar las técnicas de RCP. La mitad de estas paradas se producen fuera de las Áreas de Críticos y en la actualidad 1 de cada 6 sobrevivirá y podrá ser dado de alta. (...)

OBJETIVO

- Identificar las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR.
- Establecer un sistema de activación del equipo de soporte vital avanzado rápido y efectivo.
- Estandarizar y actualizar el equipamiento (carros de parada y su medicación).
- Implantar un protocolo de reanimación cardiopulmonar común para todo el hospital de acuerdo con las recomendaciones internacionales actuales.
- Establecer la composición del equipo de soporte vital avanzado y las funciones de cada uno de los intervinientes.

- Desarrollar de un programa de formación y entrenamiento periódico en RCP de todo el personal sanitario y no sanitario del hospital.

- Implantar un registro de paradas cardiacas intrahospitalaria según el estilo Ulstein que permita conocer los resultados, compararnos y corregir las deficiencias detectadas.

- Instaurar unos cuidados post-resucitación de calidad, con el traslado asistido e ingreso temprano en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

METODOLOGÍA

- Establecer un mapa hospitalario de riesgos
- Distribuir los espacios en tres áreas: 1-hospitalización 2-quirúrgica 3-consultas y zonas comunes
- Cada una de las áreas es cubierta por un Equipo de Emergencias (1- UCI 2- Anestesia 3- Urgencias)
- Implantar un sistema de registro de PCR
- Establecer una metodología y calendario docente basado en la simulación de todos los posibles primeros intervinientes

RESULTADOS

Los resultados están siendo evaluados de forma continua, si bien aún no hay datos debido a la reciente implantación del Código.

CONCLUSIONES

Las Recomendaciones Internacionales hacen hincapié en una serie de aspectos. Así por ejemplo la Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations (JACHAO) considera estándares a evaluar en cuanto a la atención la PCR intrahospitalaria:

- Tener una política para las "Órdenes de no resucitación".
- Tener definidos la política, procedimientos y procesos para la aplicación de la Resucitación Cardiopulmonar (RCP).
- Tener un mapa de riesgo que permita distribuir los equipamientos, por las diversas áreas del hospital, de acuerdo con las necesidades potenciales de los pacientes.
- Tener suficientemente desarrollado el programa de entrenamiento para poder garantizar una respuesta adecuada.
- Establecer el sistema de revisión de los resultados que permita identificar oportunidades para mejorar en este campo. (...)

65

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 47

PRIMER FIRMANTE

Esteban Gacimartín
Maroto

AUTORES

Esteban Gacimartín
Maroto; María Ángeles
Jurado Sánchez; Ángel
Gacimartín Maroto;
Raquel Seguido Chacón;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PROTECCION
CIVIL;

GUARDIA REAL;

RCP Y DESA EN LA FORMACION DEL PRIMER RESPONDIENTE ¿SE MANTIENEN LOS CONOCIMIENTOS?

INTRODUCCIÓN

El programa Primer Respondiente está dirigido a colectivos que, por las características propias de su actividad, son susceptibles de ser los primeros en atender una emergencia sanitaria: policías, bomberos, guardias civiles, personal de aeropuerto, docentes, personal de polideportivos, vigilantes de seguridad, etc. Los cursos se programan bien en base al catálogo existente de formación a la ciudadanía o ad hoc para el solicitante, estudiando sus necesidades de formación y analizando las necesidades del colectivo que lo solicita. SAMUR - Protección civil ha formado desde 2017 como año de referencia a 26.450 alumnos en primer respondiente pero nunca se chequea si con el paso del tiempo se reciclan o mantienen los conocimientos aprendidos.

OBJETIVO

Conocer el nivel de conocimiento que mantienen los alumnos que han recibido formación de primer respondiente con el paso del tiempo.

Conocer si estamos dando bien la formación y somos capaces de transmitir los conocimientos y habilidades para hacer una RCP básica de calidad y usar un DEA

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio analítico en el que

comprobaremos lo que los alumnos formados han retenido con el paso del tiempo después de haber recibido la formación mediante un cuestionario de 5 preguntas sobre puntos clave de la RCP Básica no instrumental y DEA.

RESULTADOS

Sobre una población de 565 alumnos de la Guardia Real formados en el segundo semestre de 2021 o antes, se realizan un total de 200 cuestionarios (35,39%) pertenecientes a cuerpos de seguridad, el 95% contesta correctamente al 100% de las preguntas mientras que un 5% tiene al menos 2 fallos.

CONCLUSIONES

La formación impartida es de buena calidad, los resultados después de varios meses son buenos y los alumnos mantienen en la mayoría los conocimientos adquiridos.

Es necesario mantener sesiones de reciclaje periódicos al menos cada dos años para que los alumnos formados mantengan sus habilidades como primeros respondientes en una situación real.

66

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 48

PRIMER FIRMANTE

Susana Rodríguez Barreiro

AUTORES

Susana Rodríguez Barreiro; María del Pilar Pavón Prieto; José Abuín Flores; Carmen María Gándara Quintas; Miguel Freire Tellado; Ursino Veloso García;

CENTROS DE TRABAJO
FPUSG-061;Gestión y control
residencial de Galicia:

EL TRAUMA PEDIÁTRICO EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

INTRODUCCIÓN

El trauma es la principal causa de muerte e incapacidad en niños a partir de 1 año en nuestro medio. Nuestra comunidad autónoma (CA) caracterizada por su dispersión geográfica y peculiar orografía, cuenta con 12 recursos medicalizados terrestres y 2 recursos aéreos de emergencias.

OBJETIVO

Estudio de la epidemiología del trauma pediátrico asistido por el servicio de soporte vital avanzado (SVA) de una CA.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes de 0 a 14 años con diagnóstico de trauma pediátrico atendidos por el SVA. Variables estudiadas: edad, sexo, diagnóstico, tiempo de asistencia, recurso activado, evolución 2015-2020, reanimación cardiopulmonar y exitus. Los datos son extraídos de las hojas asistenciales informatizadas del SVA.

RESULTADOS

Hemos atendido 4652 pacientes con diagnóstico de trauma, de los cuales un 7% tenían entre 0 y 14 años. Sobre un 20% de ellos han sido atendidos en el año 2015, disminuyendo paulatinamente hasta el año 2020. El 11% del trauma pediátrico ha sido trasla-

do en un recurso aéreo.

El mayor número de casos se concentra en los 3 años de edad, siendo la media 7,55. El 67% eran varones.

El tiempo medio de llegada del SVA alcanza 25 minutos, a pesar de que el 40% de los casos se han producido en las ciudades más pobladas.

El diagnóstico principal en más de la mitad de los servicios ha sido traumatismo craneoencefálico, representando el politrauma un 30% de los casos.

De nuestra serie de casos han sido éxitos el 1,13% de los pacientes, realizando RCP previa en el 50% de ellos.

CONCLUSIONES

El TCE es el diagnóstico más habitual, sin embargo la etiología de la totalidad de los éxitos ha sido politraumatizado múltiple con afectación general.

La mayoría de los pacientes han sido varones con dos picos de incidencia: edad preescolar y adolescente.

Cerca de la mitad de los casos atendidos han sido en las dos principales ciudades de la CA. Será necesario valorar en un futuro la implantación de nuevos recursos en zonas con mayor dispersión geográfica para disminuir el tiempo de asistencia al trauma pediátrico.

67

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 49

PRIMER FIRMANTE

Alba María Baena
Angulo

AUTORES

Alba María Baena
Angulo; Cristina López;
María del Carmen
Bermúdez; Lorena
Prados;CENTROS DE TRABAJO
HOSPITAL
UNIVERSITARIO REINA
SOFÍA (Córdoba)

PARADA CARDIORRESPIRATORIA CON PROTOCOLO DE SOPORTE VITAL AVANZADO EN CIRUGÍA EXTRACORPÓREA

INTRODUCCIÓN

La cirugía extracorpórea lleva asociada la necesidad de conocer protocolos diferentes de actuación ante una parada cardíaca. La mayoría de situaciones que precisan protocolo CALS lo hacen por complicaciones mecánicas tras técnicas quirúrgicas, a pesar de ello no podemos olvidar el resto de causas (sintetizadas tradicionalmente en 4H y 4T) que pueden originar una parada cardiorrespiratoria.

OBJETIVO

Reconocer situaciones de emergencia con parada cardíaca tras cirugía extracorpórea y aplicar protocolos de soporte vital específicos; también en los casos que no siempre van asociados a complicaciones de la técnica o mecánicas.

METODOLOGÍA

Presentación de un caso clínico de una mujer de 71 años sin antecedentes relevantes que se somete a una sustitución valvular y en el postoperatorio precoz sufre una parada cardíaca por hiperpotasemia que requirió realización de reesternotomía con masaje interno junto a tratamiento médico para su resolución.

RESULTADOS

Presentación de un caso clínico de una mu-

jer de 71 años sin antecedentes relevantes que se somete a una sustitución valvular y en el postoperatorio precoz sufre una parada cardíaca por hiperpotasemia que requirió realización de reesternotomía con masaje interno junto a tratamiento médico para su resolución.

CONCLUSIONES

-La prevención de las paradas cardiorrespiratorias en el postoperatorio precoz de cirugía cardíaca debe incluir el resto de causas posibles en todos los pacientes y no solo las mecánicas.

-Sería necesario realizar una formación específica del personal de aquellos hospitales que disponen de cirugía cardiovascular en soporte vital avanzado en postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca.

69

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 50

PRIMER FIRMANTE

M^a Isabel López
Fernández

AUTORES

M^a Isabel López
Fernández; Fernando
Ferrerías Nogales;

CENTROS DE TRABAJO

SAMUR PC-
AYUNTAMIENTO DE
MADRID

ECOGRAFÍA DURANTE LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

INTRODUCCIÓN

El tromboembolismo pulmonar (TEP) supone hasta el 13% de las paradas cardiorrespiratorias (PCR) inexplicables. Según las series se estima que entre el 4,2 y el 18% de los pacientes con TEP cursan con inestabilidad hemodinámica falleciendo hasta el 65% de los mismos. Las maniobras de reanimación cardiopulmonar deben ir encaminadas desde su inicio a identificar y tratar la causa de la PCR disponiendo en la actualidad de herramientas como la ecografía y los agentes trombolíticos que lo permiten.

OBJETIVO

Mostrar a través del caso que debemos incluir la ecografía como una maniobra más de reanimación para identificar causas tratables de PCR, así como la elección de la terapia trombolítica en los casos que proceda, durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar dada la clara ventaja del beneficio sobre el riesgo.

METODOLOGÍA

Identificación de los posibles hallazgos ecográficos del TEP durante la reanimación cardiopulmonar que apoyen la decisión de administrar terapia trombolítica in situ: agrandamiento/dilatación del ventrículo derecho, desviación a la izquierda o aplanamiento del

tabique interventricular y dilatación de vena cava. Exposición del caso. Revisión de la bibliografía.

RESULTADOS

Mujer de 30 años con antecedentes personales desconocidos. Síncope. Consciente, agitada y disneica que sufre PCR durante la valoración por el servicio de emergencia con ritmo de asistolia. Recuperación de la circulación espontánea (ROSC) a los cuatro minutos seguido de nuevos episodios de PCR alternando el ritmo de asistolia con la actividad eléctrica sin pulso. Ecografía durante la reanimación objetivando dilatación de vena cava. Se administra terapia trombolítica recuperándose de la PCR. Traslado a hospital terciario e ingreso en UCI. Hematoma hepático y hemo-peritoneo durante la evolución. Recuperación ad integrum y alta a su domicilio a los 14 días.

CONCLUSIONES

Los hallazgos ecográficos permitieron tomar la decisión de administrar terapia trombolítica consiguiendo la recuperación de la PCR y la supervivencia a corto y largo plazo con recuperación neurológica íntegra. La PCR secundaria a TEP tiene una alta mortalidad. El aumento de la supervivencia es posible estando estrechamente unida al inicio de la terapia de reperfusión. La implementación de la ecografía precoz como una maniobra más de reanimación permitiría el diagnóstico y tratamiento precoces a los equipos de emergencia.

LA CIBERASISTENCIA EN LA CADENA DE SUPERVIVENCIA

70
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 51

PRIMER FIRMANTE

María Patricia González Rico

AUTORES

María Patricia González Rico; María Luisa Domínguez Pérez; Ana María Cíntora Sanz; Soledad Gómez de la Oliva; Patricia Blanco Hermo; Pilar Medina Díaz;

CENTROS DE TRABAJO
SUMMA 112

INTRODUCCIÓN

En pleno siglo XXI no puede ser ignorado el avance tecnológico, presente en muchos contextos de nuestro día a día, donde el uso de la tecnología como miembro activo en la Cadena de Supervivencia podría ser un elemento de mejora sustancial.

El incremento de la utilización de las nuevas tecnologías se ha hecho evidente en los últimos años, con un especial impacto en el ámbito sanitario. En la vida cotidiana se presentan gran variedad de situaciones de emergencia donde hay compromiso para la vida, como el caso de las paradas cardiorrespiratorias, en las que se debe actuar de manera precoz para poder garantizar la supervivencia y calidad de vida de la persona afectada.

OBJETIVO

Valorar la inclusión dentro de la Cadena de Supervivencia del "CHARM" de ciberasistentes como elemento de ayuda para preservar la vida humana, facilitando la resucitación de alta calidad y cuyo uso es de disposición universal.

METODOLOGÍA

Análisis descriptivo de proyectos de investigación e innovación con ciberasistencia, bibliografía y revisiones sistemáticas de la temática.

RESULTADOS

Los drones (ciberasistentes) han mejorado el sistema de mapeo para acceso al paciente así como la efectividad de asistencia en situaciones de riesgo tanto para víctimas como primeros intervinientes.

CONCLUSIONES

Los ciberasistentes son un elemento a tener en cuenta en la cadena de supervivencia, dado que mejoran los tiempos de asistencia y localización a las víctimas de manera precoz, hasta la llegada al lugar del incidente de los equipos de emergencia.

71

EXPOSICIÓN PERMANENTE

Panel: 52

APOSTANDO POR EL RECUERDO. PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUA EN SOPORTE VITAL BÁSICO Y DEA.

INTRODUCCIÓN

El aprendizaje sufre un deterioro con el paso del tiempo. Según la teoría sobre memoria de la Curva del Olvido, los repasos favorecen el mantenimiento del conocimiento.

El ámbito digital, es clave para la formación. Su uso puede determinar una mejora en la calidad formativa.

OBJETIVO

Verificar que el refuerzo online mejora el mantenimiento del conocimiento impartido en formación presencial.

Objetivo secundario: Medir el grado de satisfacción de los alumnos.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo sobre el mantenimiento del conocimiento en soporte vital básico y desfibrilador semiautomático (SVB+DEA).

El instrumento aplicado fue un cuestionario de elaboración propia de 19 preguntas con opción múltiple divididas en tres bloques: datos de formación, evaluación de conocimientos y valoración de satisfacción. Se utilizó la plataforma Forms para alojar la encuesta.

La población diana a la que está dirigido el cuestionario eran 800 sanitarios que recibieron formación presencial en los dos últimos

años y han tenido disponibilidad de realizar hasta tres módulos de formación online. (Protocolo de SVB, Posición lateral de seguridad y Cadena de supervivencia).

RESULTADOS

La muestra ha estado conformada por 157 sanitarios que recibieron formación presencial y tres módulos online el 45%, 2 módulos on-line el 11% y 1 módulos on-line el 3.8%.

Se ha observado que, en el grupo formado presencialmente en el último año (con mayor significancia), los que realizaron 3 módulos on-line obtuvieron menor porcentaje de error que los habían completado 2 o 1 módulo en diversas preguntas.

Así mismo, se ha detectado una mayor tasa de error en aquellas preguntas que versan sobre temas no tratados hasta la fecha.

El 79.6% de los encuestados otorgaron un grado de satisfacción del programa de 4.39 sobre 5 puntos.

CONCLUSIONES

El programa de formación online propuesto contribuye a mantener el recuerdo en Soporte Vital Básico y DEA.

El elevado grado de satisfacción del formato elegido para refuerzo de formación presencial en SVB+DEA, indica continuar en la misma senda para favorecer el mantenimiento del conocimiento.

PRIMER FIRMANTE
Vanessa Fernández Estévez

AUTORES
Vanessa Fernández Estévez; Noelia Grandal Vila;

CENTROS DE TRABAJO
Mutua Universal

73

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 53

PRIMER FIRMANTE

Israel Coronado
Contreras

AUTORES

Israel Coronado
Contreras; Beatriz Polo
Gaitán; Gloria Barneto
Calero; Eva Gañán
Torrado; Laura Cidoncha
Morales;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Universitario
de BadajozREVISIÓN DE LA UTILIDAD DE LA ESCALA Q-SOFA COMO
PREDICTORA DEL PACIENTE POTENCIALMENTE GRAVE

INTRODUCCIÓN

Los planes específicos de reanimación cardiopulmonar (RCP) incluyen herramientas que, desde el triaje de un servicio de urgencias hospitalario (SUH), establezcan de forma rápida el potencial deterioro de un paciente. Determinadas patologías como la sepsis, o aquellas englobadas en las de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), pueden derivar de la manera descrita. Una de las escalas más usadas en nuestro medio es la q-SOFA, que mide tres parámetros: tensión arterial sistólica, frecuencia respiratoria y estado mental a través de la escala de Glasgow. Su manejo rápido, en un contexto patológico tiempo-dependiente, ha permitido su implante de manera generalizada en el triaje de los SUH.

Sin embargo, la evidencia y revisiones de estudios indican que puede no ser la escala inicial de cribaje más adecuada.

OBJETIVO

Comprobar la utilidad de la escala q-SOFA para el cribaje inicial de un paciente séptico o cuya evolución sea potencialmente grave desde el triaje de un SUH.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en Pubmed y Medline.

RESULTADOS

La capacidad pronóstica de q-SOFA es limitada, sobre todo en relación a otras escalas como NEWS2. Esta última tiene en cuenta, además de los parámetros de q-SOFA, la saturación de oxígeno (SpO2), la temperatura y la frecuencia cardíaca. Tienen aún mayor predicción otras escalas, como la SOFA, que incluyen valores analíticos, entre ellos el lactato. Esta última determinación podría hacerse de manera capilar, aún mostrando la literatura científica que los valores aportados son mayores que el lactato venoso.

CONCLUSIONES

Al ser limitada la utilidad, en cuanto a nivel predictivo, de la escala q-SOFA, se tendrían que añadir otras tomas de constantes que permitan un cribaje rápido y más efectivo del paciente. La escala NEWS2 cumple esas características. Añadir la determinación de lactato capilar a través de una modificación validada aumentaría el éxito de la predicción del paciente potencialmente grave desde el triaje de un SUH. Se debería, en este caso, pasar de un triaje estructurado a uno avanzado.

74

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 54

PRIMER FIRMANTE
Eva Gañán TorradoAUTORES
Eva Gañán Torrado;
Luis Colorado Sánchez-
Arévalo; Israel Coronado
Contreras; Beatriz Polo
Gaitán; Gloria Barneto
Calero; Laura Cidoncha
Morales;CENTROS DE TRABAJO
Centro de Salud de
Talavera la Real;Hospital Universitario de
Badajoz;

ACTUACIÓN ANTE UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN URGENCIAS QUE DERIVA EN SHOCK HIPOVOLÉMICO Y SU REVALUACIÓN POR PARTE DE ENFERMERÍA EN TRIAJE.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una patología frecuente y causa importante de ingreso hospitalario y morbimortalidad. Definida como todo sangrado digestivo de origen proximal al ángulo de Treitz. Suele presentarse con hematemesis.

Ante una hipovolemia, los síntomas que se pueden presentar son palidez, hipotensión, síncope o shock. Sus causas por orden de frecuencia son úlcera péptica, hipertensión portal y esofagitis erosiva.

OBJETIVO

- Detectar síntomas precoces de gravedad de la HDA para poder actuar con urgencia.
- Demostrar la actuación eficaz y eficiente por parte del personal de enfermería en la HDA y shock hipovolémico.
- Mejorar la atención de enfermería ante pacientes con HDA y shock hipovolémico.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en Pubmed, Cuiden.

RESULTADOS

Mujer de 58 años, acude al servicio de urgencias por episodio de vómitos oscuros hace cinco días. Refiere deposiciones melénicas de una semana de evolución. La paciente es atendida en triaje estableciendo una priori-

dad 3 en el Sistema Manchester dada su estabilidad en un primer momento. Durante su estancia en sala de espera, realiza un vómito oscuro, comenzando repentinamente con mareo, palidez, obnubilación, sudoración y sufriendo un síncope por lo que es trasladada a sala de críticos para tratarla.

En un primer momento el reto es estabilizar al paciente mediante el conocimiento de pautas de actuación ante esta urgencia cardiovascular.

A su llegada a dicha sala, la mujer realiza otro vómito en "poso de café" sufriendo repentinamente un shock hipovolémico. Se decide canalizar dos vías periféricas de gran calibre, se monitorizan constantes vitales, se realiza electrocardiograma, analítica completa con hemograma, bioquímica y pruebas cruzadas. Se comienza a administrar sueroterapia para corregir la hipotensión.

Posteriormente se coloca sonda de aspiración nasogástrica y lavado de suero salino a temperatura ambiente y se programa gastroscopia urgente con posterior ingreso en unidad de cuidados intensivos.

CONCLUSIONES

Cabe destacar que la enfermera juega un papel importante, ya que es la encargada de triar y reevaluar a los pacientes en sala de espera y también de garantizar todos los cuidados y llevar a cabo las medidas necesarias para prevenir la aparición de problemas que puedan empeorar o agravar la situación del paciente.

75
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 55

PRIMER FIRMANTE
Alba María Baena
Angulo

AUTORES
Alba María Baena
Angulo; Tania Amat;
María del Carmen
Bermúdez; Lorena
Prados; Cristina López;
Carmen de la Fuente;

CENTROS DE TRABAJO
HOSPITAL
UNIVERSITARIO REINA
SOFÍA (Córdoba);

Complejo Hospitalario
de Jaén;

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS DEL REGISTRO DE ASISTENCIA DE PARADAS CARDIORESPIRATORIAS INTRAHOSPITALARIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. GRUPO ARIAM.

INTRODUCCIÓN

Análisis descriptivo de las maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada (RCP) en pacientes que sufren parada cardiorespiratoria intrahospitalaria; en cuanto a datos epidemiológicos, tiempo de actuación, supervivencia y secuelas neurológicas.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio descriptivo que analiza los pacientes a los que se les ha atendido por PCR en el Hospital Universitario Reina Sofía a lo largo de 10 años (2012- 2022). Datos obtenidos del registro andaluz ARIAM de PCR. Se han analizado las variables: demográficas, lugar donde ocurre la parada, ritmo inicial, causa, resultado final y situación del paciente al alta.

RESULTADOS

Se han incluido un total de 808 pacientes. Las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) se realizaron en el 84% de los casos, siendo considerada fútil en el 9% y no necesaria en un 6%. Los lugares donde ocurrieron la parada más frecuentes son: Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos y Cardiología. En un 28% de los casos la parada fue presenciada por el propio equipo de RCP y en un 55% fue presenciada por personal sanitario. El ritmo de parada más frecuente fue la asis-

tolia (53%) seguido de la fibrilación ventricular (FV) (21%), y la principal causa de PCR fue cardiaca (49%). La mediana de tiempo desde que se activa la alarma de parada hasta que llega el equipo de UCI fue de 2 minutos. Del total de las PCR en las que se realizó RCP, no recuperaron signos de circulación efectiva el 40%; y el 45% mantuvieron circulación efectiva tras 20 minutos desde su recuperación. Al alta hospitalaria la mortalidad total fue del 79%. De los supervivientes (N=166), 150 pacientes presentaban buen estado neurológico, 3 con incapacidad severa, 5 moderada, 3 sin conocer su situación neurológica y 5 en estado vegetativo.

CONCLUSIONES

En nuestra serie objetivamos una mortalidad ligeramente superior a la descrita en la literatura, esto varia si no consideramos a los pacientes fútiles desde el inicio de la asistencia; aunque en los supervivientes los resultados neurológicos a corto plazo son mejores que los revisados, probablemente secundario a que fallecen los que están en peor situación y con más sufrimiento neurológico.

DEL SIMULACRO A LA REALIDAD EN EL CODIGO ICTUS

76

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 56

PRIMER FIRMANTE

Daniel Moral Alguacil

AUTORES

Daniel Moral Alguacil;
Susana Jurado Fernández;
Salvador Rosado Martín;
Dario Quintana Lavado;
M^a Elena Pendón Nieto;

CENTROS DE TRABAJO
AGS ESTE MÁLAGA
AXARQUÍA

INTRODUCCIÓN

El ictus o enfermedad cerebrovascular aguda se ha convertido en una de las afecciones más importantes representando actualmente la segunda causa de muerte en España. Un adecuado abordaje precoz en las primeras horas resulta fundamental para asegurar una buena recuperación del paciente.

La simulación clínica es considerada una potente metodología para adquirir y entrenar habilidades. La simulación es una representación artificial de un proceso real que debería ser tan rigurosa como fuera posible con el fin de que los participantes la sientan como real.

OBJETIVO

El proyecto tiene como objetivo:

1. Identificar los puntos de mejora.
2. Optimizar el recorrido del paciente con ictus, basándonos en la evidencia científica.
3. Estandarizar el proceso, con la conformidad de todo el equipo multidisciplinar implicado.

METODOLOGÍA

Utilizamos una metodología de enseñanza aprendizaje capaz de interferir positivamente en el profesional.

Se lleva a cabo un simulacro de un paciente

con ictus (paciente simulado) en el Hospital Comarcal de la Axarquía, con la colaboración del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) Axarquía-Málaga Este, el Servicio de Emergencias 061 Málaga, y el Servicio de Neurología del Hospital Regional Universitario de Málaga (centro de referencia), para analizar los tiempos que transcurren desde el inicio de los síntomas, la llegada y actuación de los servicios de emergencias sanitarias, transferencia del paciente al hospital, y continuación del proceso hasta que el paciente recibe tratamiento de reperfusión.

En el simulacro intervienen todos los profesionales relacionados con el manejo del paciente con ictus en el hospital, además del equipo de ictus del SUAP, el centro coordinador del 061 y el neurólogo del hospital de referencia.

RESULTADOS

Se realiza la asistencia sanitaria siguiendo todos los objetivos de calidad establecidos en el proceso de Código Ictus.

Durante el debriefing, se analizaron las áreas de mejora intercambiando los puntos de vista sobre la estrategia utilizada.

CONCLUSIONES

Muy buenas sensaciones compartidas por los profesionales y el paciente simulado, además de satisfacción con los resultados del ejercicio práctico.

Se valora, por tanto, utilizar este tipo de ejercicios prácticos en futuras ocasiones (con diferentes casos clínicos e, incluso, para otras patologías).

79

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 57

PRIMER FIRMANTE
Cristina Burgos ForteAUTORES
Cristina Burgos Forte;
Trinidad María Lopez
Martin; Julio Gállego
Martinez; Lautaro
Llorens Falcetti;
Africa Pacheco Pérez;
Guillermo García Santos;CENTROS DE TRABAJO
CS San Roque;
CS La Línea Velada;
CS La estación de San
Roque;

ENTRE BRADICARDIA Y TAQUICARDIA EN UNA ENFERMEDAD DE CHAGAS

INTRODUCCIÓN

Paciente de 56 años, original de Bolivia, sin alergias medicamentosas y sin tratamiento en la actualidad, acude a urgencias por síncope sin pródromos con resolución espontánea sin período postcrítico. No pérdida de control de esfínteres, no movimientos tónico-clónicos asociados.

Comenta episodios de astenia extrema intercalada con sensación de "palpitaciones" de meses de evolución. Niega dolor torácico o disnea. En el electrocardiograma se objetiva bradicardia a 38lpm junto a un bloqueo completo de rama derecha y un bloqueo aurículo ventricular 2:1. En el Holter se objetiva FA/Flutter con frecuencia ventricular rápida asociadas a rachas de FA lenta con algunas rachas de bigeminismos. Ecocardiografía se objetiva miocardiopatía dilatada con fracción de eyección conservada. Serología positiva a enfermedad de Chagas, se inicia tratamiento con Mebendazol 600mg/24h.

Esperando la cita para implantación de marcapasos definitivo, acude a urgencias por taquicardia a 260lpm de QRS estrecho, asociada a dolor torácico e hipotensión. Tras administración de 12mg de adenosina iv se objetiva Flutter auricular 130lpm. Se procede a la cardioversión eléctrica tras analgesia y

sedación (fentanilo y propofol) recuperando ritmo sinusal a 60lpm. Se cursa el traslado emergente para implantación de marcapasos definitivo.

OBJETIVO

La importancia de un correcto tratamiento de las arritmias preprogramadas, además de recalcar la importancia de la correcta realización de la anamnesis incluso en situaciones emergentes, permitiéndonos sospechar una patología poco frecuente en nuestra área como esta.

METODOLOGÍA

Utilización bases de datos para realizar la revisión sobre la patología (Uptodate, Pubmed) además de las últimas guías (ERC, AHA) en el manejo de las arritmias periparada.

RESULTADOS

Gracias al tratamiento antiparasitario y a la implantación de un marcapasos definitivo, la paciente mantiene buena calidad de vida y buena tolerancia al ejercicio.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Chagas, endémica en 21 países de Latinoamérica, está causada por un protozoo denominado Trypanosoma cruzi. Afecta principalmente en aparato digestivo y al tejido miocárdico, pudiendo causar desde miopericarditis aguda hasta miocarditis crónica fibrosante. Será fundamental el tratamiento antitripanosoma vía oral junto con un estricto control de las complicaciones cardíacas, siendo las arritmias, la insuficiencia cardíaca, la muerte súbita y los fenómenos tromboembólicos las más severas.

80

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 58

PRIMER FIRMANTE
Cristina Burgos ForteAUTORES
Cristina Burgos Forte;
David Jose Deblas
Sandoval; Cristina Patricia
Ulloa Jerez; Victor Alfonso
Mairena Fernández;
Guillermo García Santos;
Gloria Rodriguez Urrutia;CENTROS DE TRABAJO
CS San Roque;
Hospital La Linea de la
Concepción;
CS San Roque Sur;
CS Estación de San Roque

MIOPERICARDITIS POSTVACUNACIÓN COVID19

INTRODUCCIÓN

Paciente varón de 22 años sin alergias medicamentosas ni antecedentes patológicos de interés, que acude a Urgencias por dolor punzante centrotorácico de 72 horas de evolución, no irradiado, que mejora parcialmente con la inclinación anterior, no asociado a cortejo vegetativo. Asocia fiebre de 39° y mejoría de los síntomas con paracetamol. Fue vacunado de la segunda dosis de vacuna Covid19 ARNm coincidiendo con el inicio del cuadro. El electrocardiograma mostraba ritmo sinusal a 75lpm sin alteraciones del segmento ST ni otros signos de isquemia. En la seriación de Troponina I se objetivaron valores ascendentes 3302ng/L, 3747ng/L. En la ecocardiografía no se objetivaron valvulopatías ni alteraciones de la contractilidad, fracción de eyección preservada pero que se acompaña de un importante realce de la membrana pericárdica.

OBJETIVO

A pesar de la importancia de las vacunas, y su importante papel en la pandemia por Covid19, se indaga en un efecto secundario de las vacunas tipo mRNA con la intención de difundir una patología que debe ser considerada como diagnóstico diferencial en pacientes jóvenes que tras la segunda pauta vacunal presentan dolor torácico.

METODOLOGÍA

He realizado una revisión bibliográfica, principalmente a través de PubMed donde ya se ha relacionado la segunda dosis de algunas vacunas con episodios similares.

RESULTADOS

Casi la totalidad de pacientes que han presentado miopericarditis o pericarditis asociadas a la segunda dosis de vacuna, han respondido bien al tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, manteniendo en las revisiones anuales tras el episodio una fracción de eyección preservada y resolución del cuadro sin secuelas (Controles con RMN cardíaca).

CONCLUSIONES

Desde el pasado 2020 y tras la vacunación generalizada de la población, se comenzaron a objetivar eventos similares al descrito tras la segunda pauta de vacunas de ARN mensajero. Las series de casos descritas hablan de varones adolescentes o adultos jóvenes (13-39 años) que comienzan con los síntomas tras 24-48h de la administración, teniendo un curso benigno y bajas tasas de letalidad. Aunque los mecanismos fisiopatológicos son desconocidos, las especulaciones más extendidas hablan de una malinterpretación como antígeno del mRNA, que conlleva una cascada inflamatoria que acaba afectando finalmente a miocardio y pericardio.

82

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 59

PRIMER FIRMANTE
Cristina Lopez MartínAUTORES
Cristina Lopez Martín;
M^a del Carmen Bermúdez
Ruiz; Fernando Onieva
Calero; Alba María Baena
Angulo; Juan Carlos
Robles Arista; Carmen
De la Fuente Martos;CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario
Reina Sofía

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA REANIMADA

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCR-EH) es una patología tiempo-dependiente y una de las principales causas de muerte, considerándose un problema sanitario de envergadura, dado que, pese a ser un proceso potencialmente reversible, las probabilidades de recuperación todavía son escasas aunque desde la creación de sistemas de emergencias médicas se haya logrado aumentar ligeramente la supervivencia. Son muchas las variables que influyen en el resultado final tras las maniobras de reanimación cardiopulmonar fuera del ámbito hospitalario.

OBJETIVO

- Descripción de cohorte de pacientes con PCR-EH.
- Descripción de variables demográficas y factores de riesgo.
- Identificación de las causas de PCR.
- Descripción del soporte recibido, tipo de parada y evolución.

METODOLOGÍA

- Tipo de estudio: observacional, cohortes.
- Se incluyeron pacientes con domicilio en Córdoba que presentaron PCR-EH entre mayo de 2021 y octubre de 2022, y que fueron trasladados a nuestro centro.
- Variables del estudio: demográficas, comor-

bilidades, motivo de ingreso, soporte recibido y evolución.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 10 pacientes que ingresaron tras PCR-EH, 80% varones, edad media de 66,5 años. Entre los principales factores de riesgo se encuentran la hipertensión arterial (90%) y la enfermedad respiratoria previa 40%. En un 40% se desconoce la causa de parada, siendo la segunda causa más probable la cardiopatía isquémica. El ritmo de PCR más frecuente fue la asistolia (70%). La mediana de tiempo de soporte vital avanzado aplicado es de 41,5 minutos. Se realiza manejo de la vía aérea en el 50% de los casos consiguiendo el aislamiento definitivo en 3 de los pacientes. La mortalidad de la cohorte de pacientes es del 80%.

CONCLUSIONES

Los principales factores de riesgo en los pacientes que presentan PCR-EH fueron la hipertensión y la patología respiratoria previa.

Hasta en un 40% de los casos no se llega a conocer la causa de la parada.

La mortalidad de la PCR-EH continua siendo elevada a pesar de la creación de sistemas de emergencias y protocolos dado las múltiples variables asociadas.

83

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 60

PRIMER FIRMANTE

María del Carmen
Bermúdez Ruiz

AUTORES

María del Carmen
Bermúdez Ruiz; Cristina
López Martín; Alba María
Baena Angulo; Raquel
Moya Riballo; Juan Carlos
Robles Arista; Carmen De
la Fuente Martos;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Universitario
Reina Sofía

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) intrahospitalaria es un evento agudo, tiempo-dependiente y con una gran mortalidad. Puede afectar potencialmente a cualquier paciente hospitalizado.

Es importante conocer las características de estos pacientes para establecer protocolos que ayuden a anticipar la PCR intrahospitalaria y mejoren las tasas de supervivencia.

OBJETIVO

- Descripción de cohorte de pacientes con PCR intrahospitalaria.
- Descripción de variables demográficas, factores de riesgo y motivo de ingreso.
- Análisis de mortalidad según tiempo transcurrido hasta el inicio de soporte vital básico y avanzado.

METODOLOGÍA

- Tipo de estudio: observacional, cohortes.
- Se incluyeron pacientes con domicilio en Córdoba que presentaron parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria entre septiembre de 2021 y septiembre de 2022.
- Variables del estudio: demográficas, comorbilidades, motivo de ingreso, soporte recibido y evolución.
- Análisis estadístico con el programa SPSS.

Comparación de medias mediante T de Student.

RESULTADOS

Se analizó una muestra con una n de 64 pacientes. Un 67,2% fueron hombres, con una mediana de edad de 66 años. Los principales factores de riesgo fueron la hipertensión arterial (60,9%), la diabetes (39,1%) y el tabaquismo (29,7%). El ritmo de PCR más frecuente fue la asistolia (54,69%). Dentro de la cohorte, la mortalidad fue del 68,8%.

En cuanto a los tiempos hasta el inicio del soporte vital, no se hallaron diferencias significativas en la mortalidad en función de los minutos hasta el inicio del soporte vital básico ($P=0,929$) y avanzado ($P=0,790$).

CONCLUSIONES

-Los factores de riesgo más prevalentes fueron la hipertensión arterial, la diabetes y el tabaquismo.

-El ritmo de PCR más frecuente fue la asistolia. Los pacientes ingresaron fundamentalmente por patología cardíaca.

-No se hallaron diferencias en la mortalidad en función del tiempo transcurrido hasta el inicio del soporte vital básico y avanzado, lo cual podría implicar que los tiempos de atención a la PCR en nuestro centro son óptimos.

84

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 61

PRIMER FIRMANTE

Ana Isabel Crespo
Martínez

AUTORES

Ana Isabel Crespo
Martínez;
Félix Martín Álvarez;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Salamanca;

Emergencias Sanitarias
Castilla y León, base
Zamora

"AY PENA, PENITA, QUE HASTA EL CORAZÓN ME QUITA"

OBJETIVO

Realizar diagnóstico diferencial de una cardiopatía que cursa con dolor torácico y simula un Síndrome coronario agudo (SCA) en mujer postmenopáusica, precedido de un factor estresante físico o emocional; tratar de establecer el tratamiento óptimo inicial y revisar el síndrome de discinesia apical transitoria.

METODOLOGÍA

Estudio observacional de un caso clínico con criterios diagnósticos de Miocardiopatía por estrés y que lo diferencian del SCA propiamente dicho.

RESULTADOS

Paciente de 58 años con factor estresante previo que comienza con dolor torácico y disnea. Presenta discretas alteraciones en el electrocardiograma (ECG) y en las pruebas enzimáticas. Del análisis de estos datos, junto con el resultado del cateterismo y ecocardiograma, se diagnostica la Enfermedad de Tako Tsubo, con cumplimiento del 100% de los criterios diagnósticos requeridos (Clínica Mayo 2008, modificados: acinesia apical con hipercinesia de segmentos basales, situación de stress desencadenante, ausencia de lesiones en el árbol coronario, nueva aparición de alteraciones en ECG o elevación modesta de enzimas cardíacas y ausencia de feocro-

mocitoma o miocarditis) que llevan a diferenciar esta miocardiopatía del SCA.

CONCLUSIONES

En la casuística de este síndrome destacan, como manifestaciones clínicas: dolor torácico (el más frecuente), disnea y síncope. Los hallazgos electrocardiográficos iniciales y la elevación de los enzimas cardíacos, hacen a esta enfermedad, indistinguible de un SCA, pero el resto de pruebas complementarias permiten realizar claramente, el diagnóstico diferencial. Existen enfermedades cardíacas que simulan un SCA sin serlo realmente según la evidencia en el momento actual. Esto lleva consigo la aplicación de tratamientos, sobre todo, a nivel prehospitalario (fibrinólisis) en el que se tendrá que valorar el riesgo/beneficio para el paciente, si realmente se sospecha que puede presentar este síndrome (aunque, según la literatura revisada, el tratamiento inicial es el mismo) (...)

85

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 62

PRIMER FIRMANTE

Patricia Valiente Raya

AUTORES

Patricia Valiente Raya;
Vitor Yordanov Zlatkov;
Guillermo Rubio de la
Garza; Alba Palazón
Blanco; Patricia Alonso
Martínez; Carlona Postigo
Hernández;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Clínico San Carlos

FORMACIÓN EN DESFIBRILACIÓN AUTOMÁTICA EXTERNA Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN LA UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA. ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN Y COSTES

INTRODUCCIÓN

Los contrastes yodados usado durante las angiografías coronarias o cerebrales puede inducir neurotoxicidad como consecuencia de la penetración del contraste en la barrera hematoencefálica. Los síntomas son variados y generalmente reversibles en 24-72h. El diagnóstico requiere de un TAC que descarte complicaciones asociadas al procedimiento y en el que se objetiva realce anormal del contraste cortical y edema.

OBJETIVO

Reporte de un caso de encefalopatía tras la administración de contraste yodado.

METODOLOGÍA

Estudio observacional y descriptivo del tipo caso clínico.

RESULTADOS

Se trata de una mujer de 72 años alérgica a diclofenaco, HTA, con fibrilación auricular e hipotiroidea que ingresa en nuestro servicio en mayo de 2022 para monitorización tras colocación de stent tipo "flow diverter" en aneurisma de ACI-i (arteria carótida interna izquierda). Diagnóstico en noviembre 2020 tras hemorragia subaracnoidea postraumática.

El procedimiento transcurrió sin incidencias, pero a su llegada a nuestra unidad se objetiva afasia mixta y paresia de MSD (miembro superior derecho, fuerza 2/5). Se realiza TAC en el que se observa extenso edema cerebral en hemisferio izquierdo asociado a hiperdensidad cortical y de ganglios basales compatible con encefalopatía por contraste.

Se inicia tratamiento con corticoides. La paciente presentó deterioro de nivel de conciencia en hasta Glasgow 10/15 con recuperación en las siguientes 24h. No requirió aislamiento de la vía aérea. Se repitió TAC craneal al octavo día objetivándose resolución del edema cerebral izquierdo con stent en ACI-i y trombosis en evolución. Persiste paresia leve en MSD al alta a planta.

CONCLUSIONES

La encefalopatía por contraste es una entidad poco frecuente que es causa de déficits neurológicos generalmente reversibles aunque puede causar la muerte. Debemos tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de un déficit neurológico tras un procedimiento con contraste. Conocer mejor el mecanismo neurotóxico puede ayudarnos a prevenir esta complicación.

86

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 63

PRIMER FIRMANTE

Patricia Valiente Raya

AUTORES

Patricia Valiente Raya;
Raquel González
Casanova; Verónica
García Pacios; Inés
García González; Sara
HelelNa De Miguel
Martín; María Bringas
Bollada M;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Clínico San
Carlos

ENFERMEDAD DE MOYA MOYA COMO CAUSA DE ICTUS HEMORRÁGICOS

INTRODUCCIÓN

El Moya Moya es una entidad caracterizada por la estenosis y oclusión bilateral y progresiva de las arterias carótidas internas y sus ramas con la formación compensadora de una red vascular anormal con microaneurismas. La etiología puede ser idiopática (Síndrome de Moya Moya) o genética y adquirida (Enfermedad de Moya Moya). En función de la edad de presentación la clínica será isquémica (niños) o hemorrágica (adultos). El tratamiento es endovascular.

OBJETIVO

Reporte de un caso de enfermedad de Moya Moya diagnosticado tras ictus hemorrágico.

METODOLOGÍA

Estudio observacional y descriptivo tipo caso clínico.

RESULTADOS

Mujer de 50 años traída como código ictus por alteración del lenguaje y hemiparesia derecha. A la exploración inicial mutista, parálisis facial derecha grave, hemiparesia derecha e hipoestesia leve de miembro inferior derecho. Ingresó en nuestra unidad por deterioro del nivel de conciencia tras objetivarse en TAC y angioTAC hematoma en núcleos basales izquierdos y HSA (hemorragia suba-

racnoidea) adyacente así como aneurisma en arteria lenticuloestriada.

Se realizó arteriografía durante el ingreso en la que se objetivó oclusión de ACM-i (arteria cerebral media izquierda) M1 proximal que se repermeabilizó por colaterales profundas en M1 distal y dilatación sacular aneurismática (3mm) en arteria lenticuloestriada (aneurisma de Charcot). Se embolizó el aneurisma. Se completó el estudio etiológico con serologías y perfil de autoinmunidad que resultan negativos. Al alta afasia mixta y disartria leve, paresia distal de miembro superior derecho y parálisis facial derecha leve.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Moya Moya es una entidad poco frecuente causa de ictus hemorrágicos en la edad adulta. Debemos tenerla presente en el diagnóstico diferencial de esta patología en no hipertensos. La angiografía cerebral es la prueba de elección para el diagnóstico, aunque los hallazgos ya pueden ser visibles en el angioTAC.

87

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 64

PRIMER FIRMANTE
Israel Coronado ContrerasAUTORES
Israel Coronado Contreras;
Eva Gañán Torrado;
Elena Sanabria Sánchez;
Beatriz Polo Gaitán;
Gloria Barneto Calero;
Laura Cidoncha Morales;CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario de
Badajoz

ESTUDIO DEL TIEMPO PUERTA-TAC EN LOS CÓDIGOS ICTUS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

INTRODUCCIÓN

El ICTUS es una enfermedad cerebrovascular con gran impacto sanitario y social debido a su elevada incidencia y prevalencia. Constituye la primera causa de discapacidad adquirida en el adulto, y la segunda de demencia tras el Alzheimer. Supone, así mismo, una gran carga personal y familiar por su impacto en la vida diaria tanto de pacientes como de cuidadores. El tratamiento precoz de esta patología constituye un reto para los servicios de salud: identificar de manera adecuada en cualquier punto un posible ictus, trasladarlo al centro sanitario adecuado e instaurar tratamiento en el menor tiempo posible. Tal circunstancia ha llevado a crear, en las diferentes comunidades autónomas, planes específicos a través de los llamados "Código ICTUS". En ellos se establecen tiempos medios máximos desde la activación del código. Entre dichos tiempos, figura el de "puerta-TAC" (Intervalo P-TC), que sería el tiempo que pasa desde que el paciente es admitido en el servicio de urgencias hospitalario hasta que se realiza el TAC.

OBJETIVO

Medir el Intervalo P-TC en nuestro hospital y compararlo con el que marca el Código ICTUS de nuestro servicio de salud.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo mediante recogida de datos.

RESULTADOS

Se recogieron datos de 42 pacientes que llegaron al SUH con un código ictus activado, durante el periodo abril-junio de 2022. Se descartaron a 10 pacientes (desactivación del código a su llegada, tratamiento ya instaurado en otro centro de menor nivel, TAC ya hecho). El tiempo medio del intervalo P-TC fue de 18 minutos.

CONCLUSIONES

Se alcanzan los objetivos marcados, en cuanto a tiempo, en el intervalo P-TC de nuestro Código ICTUS. Para dicho intervalo, se marcan 25 minutos como máximo deseable. Esto supone que se realiza un trabajo en equipo coordinado entre facultativo de urgencias, neurólogo, radiólogo y profesionales de Enfermería.

88

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 65

PRIMER FIRMANTE

Antonia Martínez
Vázquez

AUTORES

Antonia Martínez
Vázquez; Eduardo
Barrero Barrero; Carlos
Rodríguez Blanco;
Begoña de la Oliva
Delgado; Abel Jimeno
de Pablo; Carmen María
Benito Romeral;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC Madrid

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON IMAGEN DE ST "EN LAPIDA"

INTRODUCCIÓN

Identificar precozmente desde el ámbito extrahospitalario el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) es relevante en la morbi-mortalidad

OBJETIVO

Identificar un IAM con imagen de ST "en lápida" ayuda a prevenir las complicaciones, ya que esta unido a un aumento de la mortalidad, shock cardiogénico y Fibrilación Ventricular, y permite activar precozmente los códigos específicos para su atención.

METODOLOGÍA

Caso clínico

RESULTADOS

DActivación de Unidad de Soporte Vital Avanzado (USVA) enfermero por cercanía para la atención de un paciente (llegada en 2 minutos) por mareo.

Valoración inicial: Varón de 59 años en el suelo, consciente y alerta, vía aérea permeable, eupneico, no cianosis, pulso radial presente, pálido y diaforético, glucemia capilar: 184mg/dl. Refiere mareo intenso y dolor torácico de 2 horas de evolución.

Antecedentes personales: niega alergias medicamentosas, diabético no insulín dependiente

Paciente estable, Tensión arterial:139/108,

Frecuencia respiratoria:15, Glasgow:15, Frecuencia cardiaca:91, sensación de "muerte inminente", saturación basal de 96%

En la monitorización electrocardiográfica se aprecia una hiperelevación del segmento ST y se activa USVA medicalizada, comunicamos que se trata de un posible IAM.

Se canalizan dos accesos venosos y se toma muestra de sangre para analítica (parámetros normales excepto lactato:4,58 y EB: -2,9)

Se inestabiliza hemodinámicamente, hipotensión severa. Colocamos parches de desfibrilación.

Electrocardiograma en el que se objetiva un IAM anterolateral con ST "en lápida" que corrobora la USVA medicalizada a su llegada a los 8 minutos. El paciente entra en shock cardiogénico, se administra antiagregación, reposición de volumen y perfusión de aminos.

No mejora, se inicia traslado con preaviso al hospital receptor con Código Infarto donde los cardiólogos nos esperan en la Unidad de Hemodinámica, se confirma una oclusión de la arteria descendente anterior proximal complicada y aspiran trombo, el paciente necesita un balón de contrapulsación con una disfunción ventricular grave.

CONCLUSIONES

La identificación de un IAM con imagen de ST "en lápida" nos debe alertar sobre el aumento de la probabilidad en la aparición de complicaciones graves, adelantarnos a la aparición de esas complicaciones disminuye la morbi-mortalidad. La comunicación entre los distintos niveles asistenciales, con la activación del Código infarto es prioritario en estos pacientes

89

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 66

PRIMER FIRMANTE
Inmaculada Naranjo
SaucedoAUTORES
Inmaculada Naranjo
Saucedo; Manuel Jesús
López Gallego; María José
Fernández Fernández;CENTROS DE TRABAJO
Centro de Salud San
Isidro. Los Palacios y
Villafranca (Sevilla);PREMERGE Entrenamiento
en Emergencias

EL ERROR COMO METODOLOGÍA DE APRENDIZAJE PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LAS COMPRESIONES TORÁCICAS

INTRODUCCIÓN

Tras realización de taller de reanimación cardiopulmonar (RCP) a docentes, se les solicita que cumplimenten una encuesta para valorar su grado de satisfacción como elemento de retroalimentación en cuanto a estructura, metodología y desarrollo del taller.

OBJETIVO

- Conocer el grado de satisfacción de la nueva metodología didáctica empleada.
- Comparar este método respecto al tradicional de aprendizaje.
- Evaluar el nivel de motivación de los participantes ante la nueva dinámica de enseñanza.
- Valorar la incorporación de nuevas tecnologías (sistema QCPR de Laerdal Medical®) en la fase práctica del taller.

METODOLOGÍA

Se les entrega encuesta de satisfacción telemática (puntuando del 1 al 10 diferentes ítems, en orden ascendente) a los correos electrónicos de los asistentes, donde se les cuestiona acerca de la nueva estructura desarrollada basada en la metacognición de las habilidades en las compresiones torácicas de RCP, mediante la visualización de los resultados suministrado por el sistema QCPR®.

RESULTADOS

- Docentes que han participado en el taller: 134.
- El nuevo método educativo aplicado al taller ha sido valorado con una puntuación superior a 8 por el 98.4% de los docentes.
- El nuevo formato utilizado les ha resultado más atractivo y motivador que el clásico "explicar y practicar", siendo calificado por encima de 8 por el 98.5% de los participantes.
- La incorporación de la app QCPR Training (metodología de RCP en tiempo real mediante app) al taller ha sido puntuada superior a 8 por el 96.2%.

CONCLUSIONES

Tras el análisis de los resultados obtenidos se concluye que el nuevo método y estructura aplicada al taller ha alcanzado un alto grado de satisfacción al obtener, en las tres principales cuestiones planteadas, un porcentaje superior al 95%.

90
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 67

PRIMER FIRMANTE
Eduardo Barrero Barrero

AUTORES
Eduardo Barrero Barrero;
Daniel Fernández
Castro; Antonia Martínez
Vázquez; María Isabel
Vázquez García;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC MADRID

ESTUDIO DESCRIPTIVO ACCIDENTES DE BICICLETAS ¿INFLUYE EL SEXO EN SU TIPOLOGIA?

INTRODUCCIÓN

Las mujeres tienen un comportamiento, en general, más respetuoso con las normas de tráfico, menor asunción del riesgo; por tanto, menor número de infracciones e implicación en accidentes, teniendo una menor lesividad respecto al sexo contrario.

OBJETIVO

Conocer la prevalencia de los accidentes de bicicleta, ocurridos en 2019 y 2021. Determinar su variabilidad por sexo en su causa y lesiones más frecuentes.

METODOLOGÍA

Estudio Comparativo Descriptivo, error muestral de cero, tamaño de la muestra coincide con la población diana y con el universo de muestra.

Variables analizadas: sexo, edad, lesiones, tipo de accidente, uso del casco, unidad asistencial y resolución.

Normalidad de datos (prueba Kolmogorov Smirnov). Comparación medias según factores de estudio. Comprobación de variables, prueba Chi Cuadrado. Nivel Significación $p < 0,05$. Programa SPSS 25.

RESULTADOS

2034 accidentes de bicicleta, (2019 (983) -

2021 (1051)), atendidos por un Servicio de Emergencias Extrahospitalarias, 1555 hombres (76,45%) - 479 mujeres (23,54%).

Los hombres entre los 45-55 años (21,3%), frente a las mujeres entre 35-45 años (30,5%) son los más accidentados. ($p < 0.0001$).

Lesión más frecuente en ambos sexos "Contusiones menores" (hombres 57,9% - mujeres 68,3%). Le siguen los "Traumas Ortopédicos" (hombres 17,2% - 12,5% mujeres). Los Traumatismos craneoencefálicos (TCE) en hombres suponen un 8,6% y en mujeres 8,1%. ($p < 0.0001$)

La "Caída Accidental" es lo más común (75,1% hombres - 81,0% mujeres), los hombres son los que más sufren una "Colisión con otros vehículos" (21,2% frente al 15,2%). ($p = 0.016$)

El uso del casco no se refleja en la mayoría de Informes. Cuando se especifica son los hombres (27,8% frente al 15,2%) los que más lo usan. ($p < 0.0001$)

Los SVB trasladan más a las mujeres (43,4% frente 38,3%), mientras que los SVA trasladan a los hombres (26,2% frente 16,9%). Los Preavisos Hospitalarios mayormente en hombres (1,7% frente 0,6%). ($P < 0.0001$)

CONCLUSIONES

Podemos determinar variabilidad en los accidentes de bicicleta entre sexos. Aunque la mayoría de los accidentes son por Caídas que producen mayormente "Contusiones menores", son los hombres los que sufren un mayor número de "Colisiones contra otros vehículos" así como de lesiones Traumáticas y TCE, y por tanto su traslado en SVA y Preavisos.

92

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 68

PRIMER FIRMANTE
Beatriz Polo GaitánAUTORES
Beatriz Polo Gaitán;
Gloria Barneto Calero;
Israel Coronado Contreras;
Eva Gañan Torrado;
Laura Cidoncha Morales;
Elena Sanabria Sanchez;CENTROS DE TRABAJO
Servicio Extremeño de
Salud

LA IMPORTANCIA DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON TCE GRAVE INTRAHOSPITALARIO

INTRODUCCIÓN

Un traumatismo craneoencefálico (TCE) es una situación en la que se producen alteraciones a nivel de las estructuras craneales e intracraneales, como consecuencia de la acción de un mecanismo externo. Conlleva alteraciones neurológicas. El TCE es la causa de muerte en los traumatismo de un 70%, siendo la causa principal los accidentes de tráfico.

OBJETIVO

- Mejorar el desarrollo del pensamiento crítico de enfermería respecto a las actuaciones ante un TCE.
- Identificar los riesgos potenciales así como, las intervenciones, evaluación y tratamiento a través de planes de cuidados de enfermería dentro las urgencias intrahospitalaria.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica: Pubmed, Scielo, Cuidatge.

RESULTADOS

Paciente de 21 años traída por el 112 tras accidente de tráfico. Se justifica la rápida evaluación inicial del paciente TCE a través del sistema de triaje Manchester intrahospitalario, con prioridad 1 (critico).

En la sala de críticos, nos encontramos un Glasgow 5, vía aérea comprometida con saturaciones de oxígeno de 84%, decorticación, pupilas midriáticas arreactivas, Taquicardia arrítmica, FC (140 lpm) con una exploración física de mala perfusión periférica, hematoma facial, otorragia, equimosis periorbitaria.

La primera medida de actuación es una valoración primaria (ABCDE, escala de Glasgow y valoración pupilar) realizamos una intubación endotraqueal (Glasgow < 9) como primer objetivo de garantizar la permeabilidad de la vía aérea, estabilización hemodinámica, y examen neurológico. Se realiza INR en paciente anticoagulado con acenocumarol. Seguidamente, se le canalizaron 2 vías venosas periféricas de gran calibre, oxigenoterapia, analgesia y fluidoterapia, monitorización continua de electrografía, frecuencia respiratoria, tensión arterial, saturación oxígeno, glucemia, temperatura y EKG de 12 derivaciones, identificamos signos de hipertensión intracraneal, adaptación al respirador, aspiración de secreciones. El paciente en posición neutra. Se realiza un TAC e inmovilización de cuello y cabeza, movilización mínima o en bloque.

CONCLUSIONES

La buena formación, las destrezas y habilidades son de importancia para actuar con rapidez y profesionalidad.

Destacar el papel de enfermería ya que es ella la que realiza la primera anamnesis en el triaje y seguidamente lidera el manejo de la monitorización, reevaluación, técnicas y observar cambios en el individuo.

93

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 69

PRIMER FIRMANTE

Fernando Estevez-
González

AUTORES

Fernando Estevez-
González; Rosalía Peral-
Rodríguez;

CENTROS DE TRABAJO

Servicio de Urgencias
de Atención Primaria
Roquetas de Mar;Hospital de Poniente de
Almería

ASISTENTE DE RCP: ¿QUE PUEDE APORTAR UNA APLICACIÓN PARA DISPOSITIVOS MÓVILES EN LA PARADA CARDIORESPIRATORIA?

INTRODUCCIÓN

La Parada Cardiorespiratoria es principal causa de mortalidad en los países industrializados, afectando aproximadamente a uno de cada 1.000 habitantes al año.

Cuando una persona sufre una Parada Cardiorespiratoria, su supervivencia depende de lo que se tarde en actuar. Con frecuencia es presenciada por testigos y muy a menudo es un familiar o conocido. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones no se inician las maniobras.

OBJETIVO

El objetivo de esta aplicación es guiar a cualquier persona de forma simple, eficaz y en tiempo real en situaciones de Parada Cardiorespiratoria.

METODOLOGÍA

Durante un curso de Soporte Vital Básico a la ciudadanía surgió la idea de crear esta aplicación. Los creadores son Instructores en Resucitación Cardiopulmonar del Plan Nacional de RCP. Tras el diseño inicial se comenzó su desarrollo en agosto de 2012 con una empresa tecnológica, finalizando en junio de 2013.

RESULTADOS

Tras estos años de análisis y pruebas con la aplicación hemos constatado que:

El Asistente de RCP puede guiar de forma simple, eficaz y en tiempo real en situaciones de emergencia médica grave a cualquier persona, con o sin formación en RCP previa (1). Para ello emplea mensajes auditivos y visuales que facilitan la realización de las maniobras en tiempo y forma adecuada, consiguiendo un inicio de las compresiones temprano. Facilita la llamada a los servicios de emergencias médicas.

Proporciona la localización GPS a usuario y servicios de emergencia.

Las secuencias y maniobras de actuación siguen estrictamente las recomendaciones de las principales Sociedades Científicas Internacionales.

Contiene información con los principios básicos de RCP y se puede adaptar el asistente al nivel de entrenamiento del rescatador.

Es una herramienta útil ante una parada cardiorrespiratoria cuando se usa. Superando en diferentes aspectos a la asistencia telefónica durante la parada (2).

CONCLUSIONES

Las nuevas tecnologías brindan novedosas herramientas para el abordaje de problemas de salud pública. Las aplicaciones móviles para ayudar al rescatador en la RCP están mostrando su utilidad, superando incluso a otras medidas de apoyo utilizadas hasta ahora.

95

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 70

PRIMER FIRMANTE

Henar las Heras González

AUTORES

Henar las Heras González ;
Mercedes Moledo Rivero ;
Dácil de León Pérez;
Guacimara Guerra Ruíz;
Raul Salmerón Fuentes;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital General de
FuerteventuraTAQUICARDIA VENTRICULAR SECUNDARIA A CARDIOTOXICIDAD
MEDICAMENTOSA

INTRODUCCIÓN

Paciente varón de 79 años con antecedentes personales: fibrilación auricular crónica, carcinoma de próstata intervenido, cardiopatía isquémica crónica con Infarto Agudo de Miocardio en 2007 y 2012 que precisó angioplastia con colocación de 4 stents. Leucemia linfocítica crónica a tratamiento con Ibrutinib. Paciente traído por síncope sin pródromos. Presentó episodios similares de síncope en dos ocasiones seis días antes. Disnea desde hace seis meses que ha ido en aumento en los últimos días sin presencia de fiebre, tos o dolor torácico.

A su llegada al servicio está consciente y orientado, sudoroso, con disnea, saturación 90% con bolsa reservorio TA:140/60mmHg, FC: 114, FR: 24, Tª 35,7°C.

METODOLOGÍA

Exploración física (EF):

En la EF destaca: crepitantes bibasales, taquipnea con tiraje abdominal, ingurgitación yugular, edemas en MMII

Pruebas de laboratorio, destacan: hemoglobina: 5,10g/dl; Hematocrito 16%; plaquetas 43K/ui, PCR 1,99mg7dl, troponina 0,012ng/dl, Gasometría venosa (pH: 7.42mmHg, pO2:35.2mmHg, pCO2:35mmHg, HCO3:23mmol/l, EB: -1 mmol/l), Coagulación

(Act. Protrombina 27%, INR: 2,74.

Radiografía de tórax: cardiomegalia. Infiltrados pulmonares bilaterales con hilos congestivos.

Medidas aplicadas:

Se inicia perfusión con nitroglicerina y monitorización cardíaca en cual se objetiva bigeminismos ventriculares. Tras unos minutos presenta taquicardia ventricular (TV) con pulso que precisa tres cardioversiones con una energía de 120Julios (J), 150 J y 150J ineficaces por lo cual se inicia administración de 300mg de amiodarona intravenosa en 10 minutos con cual baja la frecuencia cardíaca a 90 lpm. Se procede a la intubación orotraqueal, previa sedación y relajación muscular. Posteriormente ingresa en la unidad de Cuidados Intensivos donde unos días más tarde fallece.

RESULTADOS

TV como efecto secundario del tratamiento con Ibrutinib en un paciente con cardiopatía isquémica previa.

CONCLUSIONES

Se trata de un efecto adverso de Ibrutinib (antineoplásico inhibidor de BTK), tratamiento aplicado a nuestro paciente que ya presentaba cardiopatía previa. Los síncope del paciente se atribuyeron a probables rachas de TV no sostenida.

96

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 71

PRIMER FIRMANTE

Laura Cidoncha Morales

AUTORES

Laura Cidoncha Morales;
Beatriz Polo Gaitan;
Israel Coronado
Contreras; Gloria
Barneto Calero; Eva
Gañan Torrado;
Elena Sanabria Sanchez;

CENTROS DE TRABAJO

Servicio Extremeño de
Salud

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM) EN URGENCIAS Y LA IMPORTANCIA EN LOS TIEMPOS DE REPERFUSIÓN CORONARIA SEGÚN EL CÓDIGO INFARTO EN EXTREMADURA (CODINEX)

INTRODUCCIÓN

El infarto agudo de miocardio (IAM) se manifiesta con elevación de ST en el electrocardiograma, la cual se debe a una oclusión trombótica de una arteria coronaria.

Es una patología muy frecuente en los servicios de urgencias. Su forma de presentación y características de la dolencia es variable, y dado su riesgo de mortalidad la hacen una condición que debe ser conocida y manejada en urgencias.

Por ello, es necesario protocolizar su manejo, lo que permite el diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado a cada paciente.

En Extremadura tenemos el CodInEx (Estrategia de reperfusión en el síndrome coronario agudo con elevación del ST). Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en nuestra población, siendo la primera en mujeres y la segunda en hombres.

OBJETIVO

- Detectar síntomas precoces de gravedad ante un dolor torácico típico y estabilización hemodinámica.
- Demostrar y mejorar la actuación competente por parte del personal de enfermería ante un dolor torácico.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en Pubmed, Cuiden y Gestor documental de JARA asistencial.

RESULTADOS

Mujer de 77 años que acude a su centro de salud por un dolor torácico que presentó hace 7 días, que tras subir una cuesta tuvo un episodio de opresión en mandíbula irradiado a espalda que cedió con el reposo. Tras ese episodio, vuelve a presentar dolor torácico, esta vez, en reposo, durando unos minutos.

Realizan un electrocardiograma en el centro de salud y objetivan ascenso de ST en V3 y V4, activan el 112 y la llevan al SUH.

A su llegada al hospital entra en sala de críticos, procediendo a monitorización de constantes vitales, canalización de vía venosa periférica, analítica completa que incluye Troponinas, electrocardiograma y administración de dosis de carga (Adiro 300 mg, Ticagrelor 180 mg y Atorvastatina 80 mg).

Se avisa al Cardiólogo de guardia y decide ingreso en Coronarias.

CONCLUSIONES

Hacer hincapié en la formación actualizada y desempeño de la praxis por parte del equipo de enfermería ante una situación de necrosis coronaria objetivizada en el electrocardiograma junto a su monitorización, y así resolver la patología de forma aguda para posteriormente corregir sus causas desencadenantes.

97

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 72

PRIMER FIRMANTE

María Araceli Miró López

AUTORES

María Araceli Miró López

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR PC

CUANDO EL RUIDO NO NOS DEJA VER

INTRODUCCIÓN

Los accidentes son la cuarta causa de mortalidad global a todas las edades y la 1º causa de mortalidad en menores de 45 años. Reestablecer la oxigenación y controlar la hemorragia son la prioridad en estos pacientes.

El paciente politraumatizado presenta lesiones a consecuencia de un traumatismo que afecta a dos o más órganos o presenta al menos una lesión que pone en peligro su vida. La actuación rápida es de vital importancia, pero a veces elementos distractores pueden hacer que se tarde en reconocer que estamos ante un caso y por lo tanto empeorar el pronóstico del paciente. Tratar a todos nuestros pacientes a través de un abordaje Vía aérea(A) Respiración (B) Circulación (C) Deterioro (D) Exposición (E), puede evitarlo.

OBJETIVO

Resaltar la importancia de un abordaje sistemático ante todos los pacientes, a través de un abordaje ABCDE nos ayudará a establecer un diagnóstico adecuado y evitar que elementos distractores puedan retrasar la identificación de un politrauma y su manejo.

METODOLOGÍA

En este trabajo se describe un caso clínico donde el paciente refiere presentar antecedentes de esquizofrenia y consumo de co-

caína y hachís. El estado de agitación que presentaba y la insistencia en que quería acudir al hospital por el consumo de drogas sirvieron como elemento distractor de lo acontecido. La realización de un abordaje sistematizado, ABCDE objetivó lesiones propias de un paciente politraumatizado, identificando lesiones potencialmente letales como un neumotórax a tensión y una fractura de pelvis, aplicando el tratamiento correspondiente y no retrasando el traslado al hospital

RESULTADOS

La realización un abordaje adecuado hace posible identificar lesiones potencialmente letales, tratándolas in-situ y optimizando la inmovilización y tratamiento en las restantes, consiguiendo la supervivencia del paciente. El realizar un abordaje sistematizado evita que elementos distractores como el consumo de sustancias y la agitación del paciente en nuestro caso, puedan hacer que no veamos el problema real que está comprometiendo la vida del paciente.

CONCLUSIONES

La realización sistemática a todos nuestros pacientes de abordaje ABCDE nos evita caer en el error de dejarnos guiar por elementos distractores que retrasen el diagnóstico y tratamiento definitivo del paciente.

98

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 73

PRIMER FIRMANTE

María Araceli Miró López

AUTORES

María Araceli Miró López

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR PC

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA. CUANDO LA CEFALEA NO ES EL PRIMER SÍNTOMA

INTRODUCCIÓN

La hemorragia subaracnoidea (HSA) se produce por la salida de contenido hemático al espacio subaracnoideo por la rotura de un vaso. La incidencia es de 2-22 casos por cada 100.000 individuos, correspondiendo al 5% de todos los ictus. La media de edad son 55 años, teniendo un mayor impacto en la población activa. Es más prevalente en mujeres. La mortalidad es del 45%, y un 10-15% de los pacientes fallecen antes de llegar al hospital. El síntoma guía es la cefalea, aunque aquí presentamos dos casos donde el primer síntoma es un síncope y una hemiparesia, en dos mujeres de edad menor a la media de aparición.

OBJETIVO

Concienciarnos de la importancia de una buena anamnesis y exploración neurología del paciente, buscando indicios que nos hagan sospechar esta patología, a pesar de que la epidemiología y clínica no sea la más frecuente.

METODOLOGÍA

Se describen dos casos de pacientes diagnosticadas de HSA cuya epidemiología, mujeres de 30 y 40 años y motivo de consulta síncope y hemiparesia no coinciden con la presentación típica de esta etiología. En el

primer caso la paciente curso con una crisis hipertensiva de 230/130mmHg y síncope y el segundo con hemiparesia. En el primero, los familiares refirieron hipertensión de mal cumplimiento terapéutico y en el segundo TCE leve previo. En ambos fue de gran importancia la realización de una buena historia clínica así como una actuación rápida con preaviso hospitalario para un reconocimiento precoz de la lesión y su tratamiento.

RESULTADOS

Realizar un abordaje adecuado hace posible identificar situaciones potencialmente letales así como un tratamiento óptimo y precoz de estos pacientes. La adecuada anamnesis nos hizo sospechar patología cerebral hemorrágica aportando este tipo de información en el preaviso hospitalario.

CONCLUSIONES

Es de vital importancia tener siempre en mente los posibles diagnósticos diferenciales que puedan comprometer la vida del paciente pese a que su presentación no sea las más típicas. Realizar una correcta anamnesis así como una intervención rápida en contacto estrecho con el hospital hacen que se pueda realizar un diagnóstico precoz de estas patologías, mejorando su abordaje y supervivencia.

101

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 74

PRIMER FIRMANTE
José Diego Tendero
Rebollo

AUTORES
José Diego Tendero
Rebollo; Ana Isabel Alba
Vargas; Jordi Molina
Carrillo; Ricardo Triguero
Pérez;

CENTROS DE TRABAJO
FALCK

“SIMULAR”. ¿ENSEÑAMOS BIEN RCP?

INTRODUCCIÓN

El aprendizaje de las ciencias médicas ha sido siempre mediante la utilización de métodos de enseñanza clásica. La enseñanza en RCP, en especial el Soporte Vital Básico y DESA, ha sido la menos evolucionada en ese aspecto y aunque las guías incluyen aspectos relacionados con las habilidades no técnicas y la simulación no se establece un contenido homogéneo sobre cómo implantarlo.

OBJETIVO

Exponer una comparativa concluyente que justifique la necesidad de modificar la manera de enseñar la reanimación y homogeneizar el sistema.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo de tres publicaciones: “Simulación de alta fidelidad y método pausa reflexión de la UNAM” (Daniel Alba et al); “Utilización de la simulación para el aprendizaje del algoritmo de la RCP”(Revista Médica Ocronos); “Simulación para la enseñanza de la RCP-RLAE (Alves EC et al).

RESULTADOS

1.-El primer estudio (Daniel Alba et al) muestra la mejora en habilidades no técnicas con el simple hecho de asignar un líder (26% vs 74%) y en habilidades técnicas (12% vs 74%).

2.-Segundo estudio (Ocronos) establece que si bien en un inicio los alumnos muestran mejor competencia en el aprendizaje a los tres meses este disminuye siendo insuficiente la calidad de la RCP aportada por profesionales.
3.-Tercer Estudio (Alves EC) muestra un aumento en el aprendizaje cognitivo del 81,9%, pero que los conocimientos teóricos fueron insuficientes.

CONCLUSIONES

Las guías de RCP de referencia y aval científico son documentos que no inciden suficiente en las habilidades no-técnicas; siendo la simulación clínica una opción óptima para el proceso de enseñanza-aprendizaje en medicina ya que permite al profesional adquirir las herramientas y competencias adecuadas para mejorar sus conocimientos; los profesionales que participan en ella no asimilan previamente los contenidos teóricos de las formaciones ni las organizaciones implantan en la práctica pilares fundamentales que constituyen las habilidades no técnicas.

102

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 75

PRIMER FIRMANTE
Lucía García Marcos

AUTORES
Lucía García Marcos;
Ana Domínguez León;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario
Virgen de la Victoria;

UGC Alozaina

NECESIDAD DE FORMACIÓN EN RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA PARA AUMENTAR LA SUPERVIVENCIA A UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

INTRODUCCIÓN

En España se estima que se producen unas 50.000 paradas cardiorrespiratorias anuales. El inicio en la realización de una buena resucitación cardiopulmonar temprana, dentro de los primeros 3 - 4 minutos, puede aumentar las posibilidades de supervivencia del paciente en más de un 50%, por ello es crucial la actuación de los testigos.

Además, según la SEMG (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia), entorno a el 80% de los paros cardíacos diarios suceden en el hogar, muchas veces en presencia de familiares. Las maniobras correctas sólo se le realizan a una de cada cinco personas en situaciones de parada extrahospitalaria, por lo tanto se agudiza el problema del escaso conocimiento que tiene la población adulta sobre nociones de soporte vital básico. Esto, si fuera abordado durante los años de colegio e instituto, conseguiría que los jóvenes tuvieran formación sobre ello, haciendo así, gracias a su impartición durante el curso escolar, que cada vez más personas sean capaces de salvar una vida.

Para esto, la campaña propuesta por el Consejo Europeo de Reanimación, respaldada por la Organización Mundial de la Salud (OMS): "Kids Save Lives" se ha dedicado a resumir los principios clave para la implementación de estas maniobras en niños a partir de 12

años.(...)

OBJETIVO

El presente trabajo busca dar a conocer la importancia de la implantación de talleres de RCP Básica en los colegios e institutos de España, consiguiendo de esta manera la buena formación de todas las generaciones en este ámbito.

METODOLOGÍA

Tras la revisión bibliográfica de varios artículos avalados por asociaciones como la Sociedad Española de Cardiología o la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, como del proyecto propuesto por el Consejo Europeo de Reanimación, podemos conseguir un amplio estudio con datos reales sobre este problema.

RESULTADOS

Con esta investigación podemos afirmar una vez más que los chicos y las chicas jóvenes son capaces de aprender maniobras que pueden salvar vidas, siempre con ayuda para la formación de estos de expertos sanitarios y un proyecto claro adaptado a sus edades. Así, empezando a formarles desde jóvenes, además conseguiremos en un futuro adultos capaces de identificar y realizar maniobras de resucitación con éxito.

CONCLUSIONES

La gran mayoría de las paradas cardiopulmonares ocurren en el entorno del hogar, por lo tanto, es necesaria una buena enseñanza sobre RCP básica a la población, incluyendo también a los jóvenes que se encuentran en edad escolar.

Con esto conseguiremos que tanto los más niños de hoy como los adultos en los que se convertirán mañana puedan realizar una RCP Básica de calidad para aumentar la supervivencia en la parada cardiorrespiratoria y así, salvar una vida.

103
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 76

PRIMER FIRMANTE
Ana Domínguez León

AUTORES
Ana Domínguez León;
Lucía García Marcos;

CENTROS DE TRABAJO
UGC Aozaina;

Hospital Universitario
Virgen de la Victoria

NECESIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES EXTRAHOSPITALARIOS, DURANTE EL TRASLADO EN AMBULANCIA. HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN SANITARIA

INTRODUCCIÓN

La atención sanitaria ha sufrido diversos cambios en los distintos hábitos que la conforman desde el inicio de la pandemia por el comúnmente conocido como Covid - 19, limitando la libre circulación de personas en los hospitales, o el acompañamiento familiar a un acompañante por paciente durante la hospitalización, o como puede ser en urgencias, que si no nos encontramos ante una persona con cierta dependencia no está permitido el acompañamiento para evitar aglomeraciones.

OBJETIVO

Conocer si es éticamente correcto privar al paciente, en estado crítico y/ tras estabilizarlo de acompañamiento familiar durante el traslado al centro útil para el tratamiento de la patología aguda que pone en peligro su vida.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión de la bibliografía en distintos metabuscadores: Trip y Epistémicos, tanto en inglés como en español, desde el 2020 hasta la actualidad, obteniendo un total de 483 artículos de los cuales nos hemos quedado por título y abstract con un total de 3. Además de tener en cuenta la legislación vigente en el momento.

RESULTADOS

En el caso de los pacientes estables, que precisen traslado al hospital, siempre y cuando no se ponga en riesgo al equipo que lo atiende, podría ser de ayuda que el paciente fuera acompañado, brindándole un ambiente menos hostil durante su traslado, pero por el contrario en el caso de pacientes inestables, puede ser contraproducente que en la ambulancia se traslade a un familiar, ya que puede interferir en la atención que se brinde.

CONCLUSIONES

A pesar del Covid-19 hay que sopesar que es lo mejor para el paciente en las distintas circunstancias no solo a nivel físico, sino también psicológico, sopesando todas las opciones e intentando siempre ofrecerle el mayor confort.

104

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 77

PRIMER FIRMANTE
Gloria Barneto Calero

AUTORES
Gloria Barneto Calero;
Beatriz Polo Gaitán;
Israel Coronado
Contrera; Eva Gañán
Torrado; Laura Cidoncha
Morales; Elena Sanabria
Sánchez;

CENTROS DE TRABAJO
Servicio Extremeño de
Salud

LA ACTUACION DE ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS ANTES UN PACIENTE CON DEFICIT NEUROLOGICO

INTRODUCCIÓN

La actuación de enfermería y sus cuidados antes un paciente con déficit neurológico

En la actualidad el ictus es un trastorno brusco de la perfusión cerebral que impide y/o limita la llegada de sangre al cerebro dando lugar a alteraciones neurológicas. Hoy en día ocasiona un gran impacto social y sanitario en nuestra comunidad, ya que se considera la segunda causa de demencia y la primera de discapacidad en el adulto. Debido a esta grave repercusión se crea el Código ictus, un procedimiento de actuación urgente basado en el reconocimiento precoz de signos y síntomas, con la consiguiente priorización de cuidados de enfermería.

OBJETIVO

-Alcanzar una máxima eficacia en los cuidados enfermeros a realizar ante un paciente con activación código ictus.

-Realizar una correcta actuación inicial ante un paciente con focalidad neurológica e identificación de síntomas de un ictus.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en artículos relacionados con este ámbito: Pubmed, Scielo, Cuidatge y en el protocolo

vigente del código ictus de Extremadura. Varón de 70 años que es presentado en Sala de triaje con vómito, inconsciente y relajación de esfínteres. Se inicia la evaluación inicial e identificación de síntomas neurológicos a través del sistema de triaje Manchester intrahospitalario asignando una prioridad 1.

RESULTADOS

En la valoración en Sala de Críticos presenta un Glasgow de 7 puntos (no responde a órdenes verbales, localiza el dolor y realiza movimientos oculares erráticos.) Pérdida extensa de movilidad miembros ipsilaterales izquierdo. Comenzamos permeabilizando vía aérea con colocación de Cánula Guedel, aspirado de secreciones e IOT, y ventilación, monitorización de constantes vitales con control electrocardiográfico continuo, nivel glucémico, control de TA con signos de hipertensión intracraneal (HTIC), FC y Saturación de oxígeno. Canalizamos vía de acceso intravenoso periférico en miembro superior no parético con extracción de pruebas complementarias e inicio de fluidoterapia. Se decide realizar angio-TC evidenciando Hemorragia subaracnoidea y parenquimatosa por rotura de aneurisma comunicante anterior.

CONCLUSIONES

Aplicar los correctos cuidados de enfermería y saber identificar de forma precoz los signos y síntomas neurológicos ante un paciente con mala perfusión cerebral es de vital importancia para así disminuir la incidencia y morbilidad, así como mejorar la supervivencia y calidad de vida de estos pacientes.

106

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 78

PRIMER FIRMANTE
María Victoria Barrabés
Solanes

AUTORES
María Victoria Barrabés
Solanes; Maite Odriozola
Garmendia; Mario García
Parra; Pilar Maraví Artieda;
Óscar Alcalde Rodríguez;
Gonzalo Luis Alonso
Salinas;

CENTROS DE TRABAJO
Servicio de Urgencias
Extrahospitalarias de
Navarra;

Hospital Universitario de
Navarra

HEMORRAGIA PULMONAR MASIVA EN CONTEXTO DE PARADA CARDIACA

INTRODUCCIÓN

La hemorragia pulmonar o pulmón de crack está descrita por consumo de cocaína, sin embargo, no está descrito como una de las posibles complicaciones por consumo de metanfetamina.

OBJETIVO

El objetivo es revisar las posibles complicaciones graves del consumo de sustancias re-creativas a través de un caso clínico.

METODOLOGÍA

Anamnesis:

Varón de 53 años sin antecedentes de interés, camarero, mientras trabaja presenta pérdida de conocimiento y ausencia de respiración. Se avisa al 112 y se inicia maniobras de resucitación cardiopulmonar básica, policía desfibrila y recupera la consciencia. A la llegada de UVI- móvil, el paciente está consciente y con respiración espontánea. Refiere dolor centrotorácico opresivo continuo e irradiado a mandíbula 20 minutos antes de perder la consciencia. Refiere consumo de metanfetamina 7 horas antes.

Exploración física:

Tensión arterial 95/60 mmHg, frecuencia cardiaca 96 lpm, saturación O₂ 92%, FiO₂ 100%, afebril. Mal aspecto, taquipneico. Auscultación cardiopulmonar rítmica con crepitantes

en tercio inferior bilateral. Resto normal. Electrocardiograma: Ritmo sinusal con elevación del ST en aVR, V1-V2, onda Q hasta V6, extrasistolia ventricular frecuente.

RESULTADOS

Se prealerta a urgencias y cardiología. En urgencias solicitan análisis sanguíneo, electrocardiograma y radiografía de tórax.

Cardiología realiza ecoscopia objetivando disfunción ventricular izquierda severa, con acinesia anterior y septal extensa, e indican coronariografía emergente y angioplastia con balón.

Tras haber administrado acetilsalicilato de lisina 450 mg, amiodarona 300 mg, ticagrelor 180 mg, heparina sódica 8000UI y tirofiban 1750 microgramos y haber finalizado la angioplastia el paciente comienza con trabajo respiratorio, desaturación, hemoptisis e inestabilidad hemodinámica.

Se realiza intubación orotraqueal, se activa protocolo de transfusión masiva, se inicia noradrenalina y dobutamina y se solicita angioTC donde se objetiva hemorragia alveolar bilateral difusa. El paciente ingresó en la unidad de cuidados intensivos, presentó evolución favorable, y actualmente de alta en domicilio, con recuperación neurológica completa.

CONCLUSIONES

-Se trata de una hemorragia alveolar difusa, probablemente secundaria a consumo de metanfetamina, tras parada cardiaca recuperada.

-A pesar de no aparecer como posible complicación de la metanfetamina, revisando la literatura se han encontrado dos casos descritos con esta complicación.

108

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 79

PRIMER FIRMANTE
Marta Marín Pedrero

AUTORES
Marta Marín Pedrero;
Cristina Patricia Ulloa
Jerez; Carmen Nieto
Ordoñez; Victor Alfonso
Mairena Fernández; Ana
Cristina Martín Acevedo;

CENTROS DE TRABAJO
CS San Roque;
Cs San Roque Sur;
Cs La Velada;

DEL MAREO AL BLOQUEO

INTRODUCCIÓN

El bloqueo auriculoventricular (AV) es una interrupción parcial o completa de la transmisión de los impulsos procedentes de las aurículas a los ventrículos. La causa más frecuente es la fibrosis y la esclerosis idiopática del sistema de conducción. El diagnóstico se basa en el ECG, los síntomas y el tratamiento dependen del grado de bloqueo, pero el tratamiento, si se considera necesario, suele requerir marcapasos.

OBJETIVO

Revisión y Actualización de los bloqueos auriculoventriculares.

METODOLOGÍA

Descripción de un caso

RESULTADOS

Paciente varón de 56 años con AP de DM-II que acude al servicio de urgencias por episodios de mareos acompañados de síncope de segundos desde hace tres horas. No cefalea. No náuseas ni vómitos.

TA: 112/64 FC: 54lpm SatO2: 98% sin aporte de O2 Glucemia: 96

ECG: ritmo sinusal a 52 lpm, eje normal, PR normal con leve ascenso de ST en derivación

I y aVF.

En la consulta el paciente advierte que se está mareando, presentando síncope de 4-5 segundos sin relajación de esfínteres, ni crisis tónico-clónicas que recupera tras ronquido con sudoración profusa posterior.

El paciente pasa rápidamente a observación para monitorización continua, objetivándose durante unos de los síncope asistolia con ondas P de >2 segundos con bloqueo auriculoventricular recuperando favorablemente.

El paciente pasa a UCI para vigilancia exhaustiva y posterior colocación de DAI.

CONCLUSIONES

Es importante realizar una buena anamnesis y exploración, reconocer los síntomas y signos que puedan relacionarse con episodios de BAV así como fármacos que puedan estar produciendo esta patología, como analizar la necesidad de tratamiento con marcapasos a corto, medio o largo plazo que beneficie al paciente.

109

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 80

PRIMER FIRMANTE
Valvanera Cordón Hurtado

AUTORES
Valvanera Cordón
Hurtado; Álvaro Arribas
Cerezo; Idoya Adanero
Calvo; Marcos Juanes
García; Diego Saranova
De Marcos; Juan Carlos
González Barquín;

CENTROS DE TRABAJO
061 La Rioja

POLITRAUMATISMO CON FRACTURA PÉLVICA POR ACCIDENTE LABORAL

INTRODUCCIÓN

La fractura de pelvis es consecuencia de un traumatismo de alta energía. Indica graves lesiones que implican riesgo vital y se relacionan con una alta morbi/mortalidad.

La fractura de pelvis se asocia con riesgo de shock hemorrágico por pérdida masiva de sangre que se acumula en cavidad pélvica y/o espacio retroperitoneal.

CASO CLÍNICO

Se moviliza Servicio de Emergencias Médicas (SEM) por aviso de accidente laboral en vía pública. De camino al lugar de los hechos el SEM es informado de una persona atropellada. El tiempo de respuesta es de seis minutos, se trata de una zona cercana.

A nuestra llegada la zona es segura. Policía Local se encuentra en el lugar. Una única víctima no atrapada ha sido arrollada por una miniexcavadora de cadenas en la zona de trabajo.

ENFERMEDAD ACTUAL

Varón de 49 años de raza negra afectado por el dolor. En posición antiálgica decúbito lateral izquierdo. Abundante sangrado con coágulos a nivel perineal izquierdo.

Sangrado activo en región perineal, precisando control de hemorragia en glúteo izquierdo. Abdomen blando y depresible. En la palpación sobre la pelvis no se aprecia bamboleo. Sospecha de luxación pélvica, motivo por el

que se descarta inmovilización con cinturón pélvico.

parente deformidad en región glútea, estrechamiento de diámetro pelviano con sangrado activo en región perineal en la que se objetiva exposición de grasa subcutánea abundante y contenido hemático que ha comenzado a coagular, aproximadamente un litro. Persiste sangrado en sábana, aunque no podemos valorar la zona. Pulso pedio y poplíteo izquierdos ausentes. Sospecha de shock hipovolémico, compensado.

TRATAMIENTO

Se administra sedoanalgesia y ácido tranexámico. Se realiza inmovilización y movilización en bloque.

Constantes estables a la salida del lugar del accidente laboral.

EVOLUCIÓN

Preavisamos al Centro Coordinador de Emergencias/Coordinación sanitaria de la situación de gravedad del paciente. Se indica la necesidad de tener preparados concentrados de hematíes frescos sin cruzar y plaquetas para transfusión inmediata.

Traslado bajo sedoanalgesia, manteniendo buenas saturaciones y recuperando nivel de conciencia a la llegada al hospital.

Empeoramiento de cifras tensionales en trayecto a pesar de fluidoterapia.

CONCLUSIONES

Independientemente de la gravedad del trauma pélvico, el diagnóstico de sospecha y el tratamiento no deben retrasar el manejo de un paciente con trauma grave.

La reevaluación continua es un requisito indispensable en los pacientes con traumatismo pélvico.

Nuestra intención es destacar la importancia de una actuación sistemática ante el paciente politraumatizado, que permita la rápida estabilización y la llegada al centro hospitalario útil más cercano en el menor tiempo posible.

112
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 81

PRIMER FIRMANTE
Valvanera Cordón
Hurtado

AUTORES
Valvanera Cordón
Hurtado; Álvaro Arribas
Cerezo; Idoia Adanero
Calvo; Marcos Juanes
García; Alberto Agudo
Calvo; Jose Zuazo Moral;

CENTROS DE TRABAJO
061 La Rioja

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) TELEFÓNICA, MEJORANDO LA EFICIENCIA DE LA CADENA DE SUPERVIVENCIA

INTRODUCCIÓN

La Parada Cardio Respiratoria (PCR) extrahospitalaria es la causa principal de muerte súbita en el adulto. El European Resuscitation Council (ERC) propone una serie sucesiva de cuatro eslabones llamada Cadena de Supervivencia (CS) que aumenta la supervivencia. El segundo eslabón hace referencia a la Reanimación Cardiopulmonar (RCP) precoz. Se entiende por RCP telefónica el conjunto de instrucciones que se dan por teléfono desde los Centros de Coordinación Operativa (CECOP) de los Servicios de Emergencias (SEM) para favorecer la colaboración de los testigos en el inicio de maniobras de soporte vital básico (SVB) con el objetivo de ayudar a los testigos en el inicio de este tipo de maniobras.

CASO CLÍNICO

Varón, 63 años, factores de riesgo cardiovascular y en seguimiento por cardiología por síncope relacionados con el esfuerzo que presenta pérdida de conocimiento presenciada en el contexto de esfuerzo físico. Se inician maniobras de SVB por testigos con el apoyo de RCP telefónica por parte del médico regulador del CECOP. El tiempo desde que la llamada entra en el CECOP hasta la llegada de la Unidad de Soporte Vital Avanzado (USVA) al lugar es de seis minutos, se trata de una

comunidad autónoma de bajas densidades poblacionales.

A la llegada de la USVA ritmo inicial de fibrilación ventricular (FV), iniciando algoritmo de PCR por FV, consiguiendo posteriormente taquicardia sinusal (TS) con pulso.

Al alta hospitalaria, diagnóstico de enfermedad coronaria de un vaso (circunfleja) revascularizada con stents farmacoactivos e implantación de holter subcutáneo para estudio de síncope.

CONCLUSIONES

El soporte telefónico a la RCP por testigos permite realizar maniobras de alta calidad en casos de PCR extrahospitalaria, resultando una medida eficaz para mejorar la supervivencia.

Esta premisa, añadida a los cortos tiempos de respuesta, especialmente en comunidades autónomas de pequeño tamaño, nos exige continuar mejorando en nuestros tiempos de respuesta, enfatizando la importancia de dar pautas telefónicas breves, precisas y concretas que reduzcan la ansiedad del alertante, le transmitan seguridad y mejoren la calidad del SVB previo a la llegada de los SEM para evitar el daño a los órganos vitales del adulto que sobrevive a una PCR extrahospitalaria.

113

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 82

PRIMER FIRMANTE
Ana Delgado Pascual

AUTORES
Ana Delgado Pascual;
Mercedes Vivar Vela;
Francisco Javier González
Ogallar; Sandra Catalina
García-Perrote; María
Calle Romero; Sara
Domingo Marín;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario
Clínicos San Carlos de
Madrid

HEMORRAGIA PULMONAR MASIVA EN CONTEXTO DE PARADA CARDIACA

INTRODUCCIÓN

El prolapso mitral (PM) puede asociarse con muerte súbita en un 0,2 al 0,4%, conocido como "PM arritmogénico maligno". Se han descrito diferentes mecanismos fisiopatológicos, destacando fibrosis de los músculos papilares o la disyunción del anillo mitral (DAM) que se define como una inserción anormal del punto de visagra de las valvas en el miocardio. La inestabilidad eléctrica va desde extrasistolia ventricular hasta muerte súbita.

OBJETIVO

Descripción de un caso de enfermedad de Barlow (EB) y DAM como causa de muerte súbita en mujer joven.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo de tipo caso clínico.

RESULTADOS

Mujer de 35 años con antecedentes de síncope de esfuerzo, soplo cardíaco y bloqueo incompleto de rama derecha y hemibloqueo anterior izquierdo. Además, hepatitis B en tratamiento con Tenofovir.

Sufre paraca cardiorrespiratoria (PCR) presenciada durante 20 minutos: 7 de reanimación cardiopulmonar (RCP) básica y 13 de RCP avanzada. Se detectan ritmos desfibrilables

desde el inicio: recibe un primer choque con desfibrilador semiautomático (DESA), y 4 con desfibrilador manual.

Se descarta etiología isquémica con electrocardiograma (ECG) y ecocardiografía. Se encuentra prolapso mitral de ambos velos y disyunción del anillo mitral condicionando insuficiencia mitral leve-moderada.

Se mantiene analgosedorrelajada las primeras 24h con control de temperatura a 35°C tras primera ventana de sedación fallida. Enolasa a las primeras 24h y durante las 72h siguientes <30 ng/ml. A las 48h presenta una recuperación neurológica total y se extuba con terapia de alto flujo electiva por volet costal.

Durante su estancia hospitalaria presenta rachas de TV monomorfa no sostenida bien toleradas.

Tras completar el estudio etiológico (ECG, resonancia magnética (RMN), ecocardiografía transesofágica, coronariografía), finalmente se atribuye a la EB y DAM. Se implanta DAI en prevención secundaria. Permanece asintomática desde entonces y, a día de hoy, pendiente de valoración quirúrgica.

CONCLUSIONES

La PCR en el paciente joven supone un gran reto diagnóstico, especialmente cuando etiologías poco habituales están involucradas. Debemos recordar que en el PM y DAM subyace un sustrato arritmogénico. Destacamos la importancia de la ecografía en el diagnóstico precoz de esta entidad, aunque aún está por determinar el papel de la ablación o la cirugía cardíaca en su evolución

115
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 83

PRIMER FIRMANTE

Rosa Mancha
SalcedoAUTORES
Rosa Mancha Salcedo;
Miguel Díaz-Távora
Luque; Francisco
Luis Pérez Caballero;
Santiago Lardelli
Picallos; Estefanía
Luque Mármol; Noemí
Mara Gil Pérez;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital de Mérida
(Badajoz)

ANÁLISIS DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS EN LA UCI DEL HOSPITAL DE MÉRIDA.

INTRODUCCIÓN

El síndrome coronario agudo (SCA) sigue siendo la causa principal de parada cardíaca y por tanto es uno de las principales patologías que debemos tratar. Además, se tratan de patologías tiempo dependientes y su tratamiento más o menos precoz puede repercutir en el desarrollo de complicaciones posteriores. En este estudio se pretende mostrar un análisis descriptivo del tipo de paciente que ha sido recibido en una UCI polivalente.

OBJETIVO

Analizar las PCR registradas en la UCI, así como la relación entre la realización de intervencionismo percutáneo (ICP) urgente y los minutos de RCP con la mortalidad, y la relación con las escalas de gravedad y las principales complicaciones

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo, analítico y observacional sobre 28 pacientes recogidos entre enero 2020 y enero 2022, ingresados en la UCI del nuestro hospital. Análisis estadístico realizado con software SPSS (chi cuadrado para variables cualitativas).

RESULTADOS

El 64,3% eran < 65 años. Principales factores de riesgo: dislipemia 43%, tabaquismo 36%,

hipertensión 46% y sexo masculino 75%. Solo presentaban lesión coronaria previa el 14%. Puntuación de escalas de gravedad (medias): APACHE II 19 y 53 en SAPS II.

Tiempo medio de RCP 12 minutos, 75% con ritmo desfibrilable. ICP urgentes realizadas en 79%, confirmándose la presencia de un infarto en 64%, siendo 46% SCA con elevación ST. Complicaciones principales: 39% shock cardiogénico (SAPS II 164 (p 0.02)), 3% presentó eventos hemorrágicos y 10% encefalopatía postanóxica. Media de días de hospitalización 7 días y mortalidad de la muestra 35,7% (media RCP 15 minutos).

Tras analizar la realización de ICP urgente con la mortalidad a 30 días, se encontró una relación estadísticamente significativa (p 0.01).

CONCLUSIONES

La mayoría eran hombres menores de 65 años, debutando 2/3 con un ritmo desfibrilable, siendo 46% diagnosticados de SCACEST. La realización de ICP urgente mostró valor estadísticamente significativo a la hora de la mortalidad. Sin significación estadística, las escalas de gravedad eran superiores en los que desarrollaron complicaciones, sin encontrándose esto en los que presentaron encefalopatía postanóxica, probablemente porque pueda estar influenciada con otros factores.

116

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 84

PRIMER FIRMANTE
Mercedes Moledo Rivero

AUTORES
Mercedes Moledo Rivero;
Scarlatescu Anastasia;
Dácil Rosario de León
Pérez; José Arriba Roger;
Iris del Mar Cabrera
Martín; María Elena
Medina Rodríguez;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital General de
Fuerteventura

PEQUEÑO SANGRADO, GRANDES CONSECUENCIAS

INTRODUCCIÓN

Mujer de 72 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial. Intervenido de cadera izquierda hace 7 meses. Tratamiento: Adiro®.

Atendida por Soporte Vital Avanzado en domicilio: hemodinámicamente inestable: palidez generalizada, inconsciente, en Gaspig, sin pulso radial, pulso carotideo débil, tratada por Soporte Vital Básico, en posición de Tremdelemburg.

Presenta hemorragia en miembro inferior derecho, secundaria a variz, controlada con medidas físicas, abundante sangre en el suelo. Se inicia soporte ventilatorio con balón autohinchable con oxígeno. Debido a la mala perfusión, se canaliza Vía Intraósea (IO) tibial izquierda y se administran 500 ml. de suero fisiológico (SF). Se canaliza IO en húmero izquierdo y administran 500 ml. de SF. A los 15 minutos (min) presenta parada respiratoria, colocan dispositivo supraglótico y se ventila. Sin pulsos periféricos, administran 500ml de coloide y 500 ml. de SF, tras los cuales presenta pulso radial: 56lpm, Tensión arterial (TA) 85/51mmHg, administran 1 mg de atropina. A los 5min TA: 111/70mmHg, FC: 90lpm.

Debido a barreras arquitectónicas, la paciente es trasladada a la ambulancia en sedestación,

momento en el que abre los ojos y moviliza un brazo. En la ambulancia, tras colocación en decúbito supino: TA: 90/50 mmHg, administramos 250 ml. de SF, las cifras de TA mejoran. Se traslada el hospital.

A su llegada a urgencias, pasa a reanimación: consciente y orientada, se retira dispositivo supraglótico, se coloca reservorio. Trasfunden un concentrado de hematíes y 1 gramo de ácido tranexámico. Pasa a observación, donde transfunden 2 concentrados de hematíes. Al día siguiente se evidencia Hipertansamiesemia, secundaria a Hepatitis Isquémica por Shock hipovolémico tras varicorragia exanguinante.

METODOLOGÍA

Exploración física y pruebas complementarias:

Resultados analíticos relevantes: Hemoglobina inicial: 6,2 g/dl.

Ecografía abdominal destaca: Hígado con estigmas sugestivos de hepatopatía crónica, venas suprahepáticas, eje espleno-portal y vena cava inferior normal y permeable, no ascitis.

JUICIO CLÍNICO

Parada respiratoria y Hepatitis Isquémica, por Shock Hipovolémico secundaria a Varicorragia Exanguinante.

CONCLUSIONES

En este caso, unas medidas básicas de control de hemorragias iniciadas a tiempo, podrían haber evitado la evolución a un estado de periparada, secundario a la pérdida masiva de sangre.

117

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 85

PRIMER FIRMANTE
Elena Alonso Martínez

AUTORES
Elena Alonso Martínez;
Juan Carlos Sanchez
Rodriguez; Maria Flor
Martín Rodríguez; Jesús
Angel Moche Loeri; Jose
Mario Hernández Gajate;
Jose Ramón Oliva
Ramos;

CENTROS DE TRABAJO
Gerencia de Atención
Primaria de Palencia;

Servicio de Urgencias
Hospital Universitario
Río Hortega de
Valladolid;

Gerencia de Atención
Primaria de Palencia;

FORMACIÓN EN RCP EN LAS DIFERENTES ETAPAS ESCOLARES

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es la primera causa de muerte extrahospitalaria en España. El Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERP) estima que, en nuestro país, se producen 50.000 (PCR) al año, alrededor de una parada cada 20 minutos, de las cuales, el 80% serían en el medio extrahospitalario, en domicilio o en la vía pública, siendo en el 60-80% de los casos presenciadas por testigos.

Por cada minuto de retraso en comenzar la RCP, las posibilidades de recuperación disminuyen un 10%, pasados 10 minutos la reanimación no suele ser efectiva o con secuelas importantes. (...)

OBJETIVO

Divulgar y visibilizar la formación en RCP en las distintas etapas escolares. Determinar que intervenciones educativas serían las adecuadas por grupos de edad.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Crochane Plus, Cuiden y Scielo España, el buscador Google académico y la página web de la Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. con lenguaje libre y controlado,

artículos publicados en inglés y español en los últimos 10 años.

RESULTADOS

Se recomienda que todos los niños en edad escolar deberían recibir entrenamiento en RCP de manera rutinaria cada año.

Los estudios afirman que el entrenamiento en RCP es efectivo desde los 4 años en adelante comenzando en la etapa de Educación Infantil. En esta etapa los niños carecen de habilidad y fuerza para realizar una RCP efectiva, sin embargo, a edades tempranas, aunque no tengan la fuerza o destreza de un adulto, pueden sentar las bases sobre conceptos básicos como Posición Lateral de Seguridad, Cadena de Supervivencia, llamar al 112... La manera de captar el interés de los niños sería mediante dinámicas pedagógicas, con materiales atractivos y adaptados a la edad: canciones, cuentos para aprender a salvar vidas, proyectos educativos ya elaborados como el "RCP desde mi cole" ... (...)

CONCLUSIONES

Existe evidencia de que la formación en las diferentes etapas del periodo escolar sobre RCP/DEA en las escuelas, muestra beneficios a la hora de prevenir y actuar ante una PCR. Las sesiones formativas aumentan su conocimiento, habilidades y voluntad de actuación ante tal evento. La formación debería hacerse acorde a su edad y de forma práctica, divertida, y continuada para adquirir y mantener esos conocimientos. Los estudiantes pueden compartir con su familia y allegados estos conocimientos. Se debería alentar a los escolares capacitados a entrenar a sus familiares y amigos. La formación en RCP tiene que pasar a formar parte obligatoria de la etapa escolar a partir de los 12 años precisándose estudios futuros que demuestren una disminución de la mortalidad por PCR, tras la implantación de la formación obligatoria en RCP en la escuela. (...)

120
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 86

PRIMER FIRMANTE

María Victoria Barrabés Solanes

AUTORES

María Victoria Barrabés Solanes; Maite Odriozola Garmendia; Pablo Legarra Oroquieta; Pilar Maraví Artieda; Haritz García;

CENTROS DE TRABAJO

Servicio de Urgencias Extrahospitalarias de Navarra;

Hospital Universitario de Navarra;

Baztan Bidasoa;

PARADA EXTRAHOSPITALARIA CON IMPLANTE DE ECMO HOSPITALARIO

INTRODUCCIÓN

La reanimación cardiopulmonar extracorpórea consiste en la implantación rápida y precoz de un sistema de oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO) para mantener un soporte circulatorio en el paciente en parada cardiorrespiratoria refractaria.

OBJETIVO

El objetivo es revisar las indicaciones y la posibilidad de implantación en nuestro medio de la reanimación cardiopulmonar extracorpórea a propósito de un caso.

METODOLOGÍA

Paciente de 50 años, refiere dolor centrotorácico opresivo de una hora de evolución, irradia a brazo derecho, asocia disnea y cortejo vegetativo. Se produce parada presenciada con fibrilación ventricular (FV), se realiza desfibrilación a 300J, hasta tres intentos, sin recuperar, persiste FV.

Tras ello, se continuó el algoritmo de parada con ritmo desfibrilable, se desfibrila a 300J cada 2 minutos, se administra un total de tres amiodaronas de 150 mg y cuatro adrenalinas de 1 mg. Compresiones torácicas realizadas con cardiocompresor e intubación orotraqueal con videolaringoscopia. Recupera pulso tras doce minutos de reanimación cardiopulmonar (RCP).

Dos minutos después, nueva parada presenciada con taquicardia ventricular, de nuevo tres desfibrilaciones, pasando a fibrilación ventricular tras segunda descarga. Se desfibrila a 300J cada dos minutos y administra una amiodarona y tres adrenalinas, recupera pulso tras ocho minutos.

Se consigue realizar electrocardiograma de doce derivaciones, objetivando elevación del ST V1-V4 con descenso en II, III y aVF. Conjuntamente con cardiología se decide destino de traslado a la sala de hemodinámica. Se administra acetilsalicilato de lisina 450mg y heparina 5000UI.

Nueva parada con actividad eléctrica sin pulso, se inicia RCP, administradas dos adrenalinas hasta la transferencia en hemodinámica.

RESULTADOS

Cardiología y cirugía cardíaca implantan de ECMO VA (veno-arterial) con soporte hemodinámico eficaz, a continuación, angioplastia sobre descendente anterior con trombectomía y colocación de un stent farmacológico. Finalmente, el paciente fue dado de alta a domicilio sin secuelas neurológicas.

CONCLUSIONES

Es una parada cardiorrespiratoria presenciada con ritmos desfibrilables, recuperaciones transitorias de la circulación y colocación de ECMO con buen resultado neurológico.

Tras este caso, se ha decidido realizar un protocolo multidisciplinar y determinar los criterios de inclusión para seleccionar los pacientes que se puedan beneficiar de estos avances en nuestra región.

122
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 87

PRIMER FIRMANTE
Beatriz Rodríguez
Esplandiu

AUTORES
Beatriz Rodríguez
Esplandiu; Natalia
Vanesa González
Puebla; M^a Isabel
Vázquez García; Alberto
Hernández Tejedor;
Jose M^a García de Buen;
Sara Isabel Montero
Hernández;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

DETERMINACIÓN DE TROPONINA DE ALTA SENSIBILIDAD (HS-TNI) EN SCASEST

INTRODUCCIÓN

En los SCASEST la determinación precoz de la Troponina de alta sensibilidad puede ser una ayuda para la toma de decisiones y orientación del tratamiento. Dado que es un marcador precoz de daño miocárdico, en estos cuadros en los que tanto el ECG como la clínica pueden ser atípicos, su determinación puede suponer un dato objetivo que guíe las actuaciones a seguir en estos pacientes.

OBJETIVO

Analizar los resultados obtenidos tras 8 meses en los que se instaura el proyecto piloto de la determinación del valor de la Troponina (hs-Tnl) en los pacientes con sospecha de SCASEST.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de 12 pacientes atendidos entre febrero y noviembre de 2022 por un Servicio de Emergencias Urbano (SEM) a través de la valoración de informes asistenciales y seguimiento de la evolución hasta los 7 días de ingreso.

Análisis cuantitativo de troponina I ultrasensible (hs-Tnl) a 12 pacientes tratados y trasladados al hospital como SCASEST.

RESULTADOS

Análisis descriptivo: de nuestros 12 pacientes, 7 son varones y 5 mujeres.

Mediana de edad 66 (51-72) años.
Tiempo de evolución de dolor 25 (20-100) minutos.

La clínica de presentación fue dolor típico en 10 de los pacientes, disnea en uno de ellos y en el otro cortejo vegetativo sin dolor torácico.

Presentaban alteraciones del ST 5 de los 12 pacientes.

La mediana de hs-Tnl fue 8,7 (5,9-9,9). Se realiza coronariografía a 4 de ellos (con valores de hs-Tnl de 4, 7, 8 y 50 ng/l) con el resultado de: lesión significativa no crítica, stents previos permeables sin cambios, sin lesiones angiográficas y enfermedad multi-vaso, respectivamente. El resto fueron dados de alta salvo uno que ingresó por TEP de riesgo bajo-intermedio.

CONCLUSIONES

Podríamos concluir que la determinación de la troponina de alta sensibilidad en los pacientes aquejados de un SCASEST donde la clínica puede no ser típica y el ECG no ser concluyente, se puede postular como una herramienta útil en el manejo de estos cuadros, sin embargo, necesitaremos una muestra más amplia para poder extraer conclusiones con peso estadístico.

123

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 88

PRIMER FIRMANTE
Anastasia Scarlatescu

AUTORES
Anastasia Scarlatescu;
Henar de las Heras
González; Francisco Torlai
Pardo; Rodolfo Rogelio
Delgado Martínez; Dácil
Rosario de León Pérez;
Regina Hernández
Fránquiz;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital General de
Fuerteventura

YATROGENIA, ETIOLOGIA A TENER EN CUENTA

INTRODUCCIÓN

Paciente varón de 62 años, como antecedentes: hipertensión arterial (en tratamiento con Hidroclorotiazida), cardiopatía isquemia. Es traído en ambulancia desde Centro de Salud por bradicardia extrema sintomática.

El paciente consultó por mareos, sin disnea ni dolor torácico. Refiere menor ingesta de líquidos en última semana sin atribuirle una causa.

Presenta las siguientes constantes: frecuencia cardíaca (FC) 29 lpm; tensión arterial (TA) 80/40 mmHg.

Se administra atropina 10mg en bolos intravenoso, por no mejoría se activa ambulancia medicalizada.

METODOLOGÍA

A su llegada al Servicio de Urgencias está agitado, desorientado en tiempo y espacio, afebril y eupneico en reposo. TA: 60/40 mmHg, FC 40 lpm.

No rigidez de nuca, pupilas midriáticas areactivas, reflejos presentes, no déficit motor.

-Electrocardiograma: bradicardia 29 lpm, rítmico, ritmo de escape de la unión.

-Glucosa 260 mg/dl, urea 149 mg/dl, creatini-

na 2,80 mg/dl, potasio 6.8 meq/l. Na 135meq/l

-Radiografía de tórax: No cardiomegalia. No condensación ni derrame.

-TC craneal: Pequeña imagen hipodensa mal definida en lóbulo frontoparietal de 10 mm de diámetro que podría estar en relación con lesión vascular isquémica subaguda, en territorio de la arteria cerebral anterior.

-Ecografía abdominal: Sin hallazgos significativos.

RESULTADOS

Juicio Clínico: Fracaso renal agudo, hipopotasemia, bradicardia secundaria a hiperpotasemia, ictus subagudo, intoxicación por atropina.

Diagnóstico diferencial: Accidente cerebrovascular, Meningoencefalitis,

CONCLUSIONES

Se trata de un paciente que disminuyó la ingesta de líquidos en la última semana, coincidiendo con un periodo caluroso de verano, todo esto provocándole un fracaso renal agudo (FRA). Nuestro paciente se siguió tomando su medicación que favoreció una hipopotasemia sintomática.

A su llegada a Urgencias, se le administra bolos de atropina (hasta 10 mg) pese haberse superado la dosis máxima de 3 mg.

Posteriormente se administra tratamiento específico presentando buena evolución y permaneciendo estable. Sin embargo desde el punto de vista neurológico, presenta fluctuaciones; que se atribuyeron a la intoxicación por atropina, de etiología yatrogénica.

124

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 89

PRIMER FIRMANTE

María José Rodríguez
González

AUTORES

María José Rodríguez
González; Cristina
Barberán Morales;
Milagros Rocio García
Junquero; Eduardo
Segura Fernández;

CENTROS DE TRABAJO
Servicio de Urgencias de
Atención Primaria;

Hospital Puerta del Mar;

EPIDEMIA DE FENTANILO

INTRODUCCIÓN

El consumo de fentanilo ha disparado los casos de sobredosis en todo el mundo convirtiéndose en EEUU en la primera causa de muerte entre los adultos de entre 18 y 45 años. Puede obtenerse de forma ilegal en marca de drogas que lo distribuyen en forma de pastillas de colores mezclado con otras sustancias.

OBJETIVO

Controlar las prescripciones de fentanilo y su uso. Destacar su importancia como problema de salud pública

METODOLOGÍA

Mujer de 32 años con antecedentes personales de estado depresivo en tratamiento con venlafaxina y lorazepam.

Avisa su padre desde el domicilio a las 10:00 am porque no puede despertarla. El día anterior se había acostado muy pronto y no quiso molestarla.

Ha encontrado el tratamiento prescrito a su tío que padece un cáncer en su mesita de noche (fentanilo).

Nos encontramos a la paciente en coma, palidez de piel, respiración espontánea. Glasgow 3

AC: Tonos puros y ritmicos. Taquicárdica a 130 lm

AP: Roncus dispersos
Abdomen globuloso y distendido.
Glucemia:80
TA: 60/30, casi inaudible.
EKG: RS a 130lm.

Se procede a la intubación oro-traqueal que necesita utilizar relajantes musculares por trismus.

Canalización de vía venosa periférica y administración de noradrenalina como inotrópico. Se mantiene la sedación con midazolam titulado en bolos.

RESULTADOS

Fallece en Unidad de cuidados intensivos 12 horas después por fallo multiorgánico.

CONCLUSIONES

El fentanilo es una droga muy potente que utilizada en dosis superiores a las prescritas puede llevar a la sobredosis y la muerte en cuestión de horas. Se está convirtiendo en un gran problema de salud pública mundial y se tendría que controlar su uso y prescripción, además de informar a la sociedad sobre su uso letal.

125
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 90

PRIMER FIRMANTE

María José Rodríguez
González

AUTORES

María José Rodríguez
González; Milagros Rocio
García Junquero; Eduardo
Segura Fernández;
Cristina Barberán Morales;

CENTROS DE TRABAJO

Servicio de Urgencias de
Atención Primaria;

Hospital Puerta del Mar;

PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE BRUGADA

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Brugada es una enfermedad genética de transmisión autosómica dominante incluida en grupo de Canalopatías, cuya consecuencia es la predisposición a la aparición de arritmias ventriculares que pueden dar lugar a muerte súbita en pacientes con corazón estructuralmente normal. El DAI es el único tratamiento de eficacia demostrada. Se recomienda implantación de DAI a pacientes que hayan sufrido síntomas (muerte súbita recuperada o síncope atribuibles a eventos arrítmicos) y pacientes asintomáticos con arritmias ventriculares en estudio electrofisiológico

OBJETIVO

Describir un caso de Síndrome de Brugada asistido por Parada Cardiorrespiratoria (PCR)

METODOLOGÍA

Análisis de un caso atendido por un Equipo de Emergencias Extrahospitalarias.

Varón de 37 años con pérdida de conciencia. Diagnosticado de Síndrome de Brugada portador de un DAI. Cuando llegamos al domicilio el paciente presenta PCR, detectándose Fibrilación Ventricular (FV), se administra choque eléctrico y maniobras de Soporte Vital Avanzado. Tras 40 minutos de maniobras

de reanimación cardiopulmonar (RCP) y tres choques eléctricos el paciente recupera ritmo sinusal siendo trasladado al hospital.

A su llegada está sedoanalgesiado y conectado a ventilación mecánica con buena adaptación, hemodinámicamente estable. Cardiología analiza el DAI, descubriendo que tras inicio de FV el dispositivo realizó varias descargas a 6 julios de potencia (en lugar de 35 julios). Se reprograma el dispositivo. Tras varios días es dado de alta sin presentar secuelas.

RESULTADOS

PCR Extrahospitalaria en paciente con Síndrome de Brugada portador de DAI con tormenta arritmogénica y descarga inapropiada. Recuperación tras desfibrilación y maniobras de RCP avanzada

CONCLUSIONES

En ocasiones el DAI fracasa en su función, bien porque la energía programada no sea suficiente o bien porque el dispositivo no detecte la arritmia. Esto hace que al no revertir la arritmia maligna el paciente sufra una PCR.

La actuación ante una parada cardíaca en paciente portador de DAI debe ser la misma que en un paciente que no sea portador de DAI. Si el paciente se encuentra en situación de parada cardíaca hemos de iniciar inmediatamente las maniobras habituales de RCP y realizar una desfibrilación urgente.

126
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 91

PRIMER FIRMANTE

Fernando Estevez
González

AUTORES

Fernando Estevez
González; Francisco
Rolo Mejias; María del
Carmen López López;
Marina Martínez López;
María Torres Rodríguez;
Rosalía Peral Rodríguez;

CENTROS DE TRABAJO

Servicio de Urgencia de
Atención Primaria;

Hospital de Poniente;

UNIFICACIÓN DE CARROS DE PARADA Y ACTUALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO EN SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

INTRODUCCIÓN

Los carros de parada son un elemento fundamental en los servicios de urgencias de atención primaria (SUAP). Su uso y contenidos facilitan la asistencia a un paciente en parada cardiorespiratoria (PCR).

Una misma distribución en los diferentes puntos de urgencias, conocida por los profesionales, facilita su manejo y revisión.

OBJETIVO

Actualizar y homogeneizar los carros de parada de los puntos de urgencias de atención primaria del distrito.

METODOLOGÍA

Realizamos una búsqueda de documentación y procedimientos sobre carros de parada en Internet, y consulta de protocolo de carros de parada en el hospital de referencia. Un grupo de trabajo formado por profesionales del SUAP analizó la información recopilada y se realizaron propuestas que posteriormente se debatieron hasta alcanzar consenso.

RESULTADOS

Se elabora un procedimiento para carros de parada que organiza los materiales del mismo modo, en los 8 carros de parada del SUAP. Se realiza difusión a todos los profesionales

de SUAP de la actualización del procedimiento y revisión de los carros de parada.

CONCLUSIONES

La actualización de la uniformidad y revisión de los carros de paradas ha mejorado los estándares de calidad del SUAP. Con la elaboración del procedimiento y difusión entre los profesionales esperamos contribuir a mejorar la asistencia al paciente en PCR.

128
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 92

PRIMER FIRMANTE
María Grañeda Iglesias

AUTORES
María Grañeda Iglesias;
Cristina Vázquez Donis;
Teresa Cuetos Azcona;
Mirian Reguero Martín;
Juan José Fernández
Carbajo;

CENTROS DE TRABAJO
Gerencia de Emergencias
Castilla y León

HEMORRAGIA PULMONAR MASIVA EN CONTEXTO DE PARADA CARDIACA

INTRODUCCIÓN

La fibrilación ventricular (FV) y taquicardia ventricular sin pulso (TVSP), son ritmos que llevan a la muerte en un corto plazo de tiempo, pero que también son recuperables si se desfibrilan precozmente. La actuación en los primeros eslabones de la cadena de la supervivencia no siempre la realiza un Equipo de Emergencias Sanitario, en las ciudades puede ser Policías Locales, los cuales están formados en soporte vital básico (SVB) y manejo de desfibriladores externos semiautomáticos (DESA) iniciando una resucitación precoz hasta la llegada de la Unidad Medicalizada de Emergencias (UME) que continuará con un soporte vital avanzado (SVA) proporcionando así el tratamiento adecuado al paciente hasta su llegada al hospital.

OBJETIVO

El trabajo conjunto de los Equipos de Emergencia Sanitarios junto a la respuesta precoz de la Policía Local formada en SVB, que disponen de desfibriladores externos semiautomáticos (DESA) en sus coches patrullas repartidos por la ciudad nos podrá permitir un mayor éxito en la supervivencia de la PC extrahospitalaria.

METODOLOGÍA

Paciente con tratamiento de la tensión ar-

terial, cae inconsciente en la calle mientras paseaba, se encontraba con dificultad respiratoria y relajación de esfínteres. Se activó 1 minuto después UME y Policía Local. Policía Local al encontrarse patrullando cerca del lugar llegan los primeros e informan de que el paciente está en PC e inician RCP, colocan DESA y realizan una descarga. La UME llega al lugar minutos más tarde y sin cesar el masaje cardiaco, monitoriza y comprueba que ha recuperado ritmo sinusal con pulso radial, canalizando a su vez vía periférica. El paciente continúa inconsciente con estas constantes: TA: 150/89 mm Hg, Fc: 115 lpm, Sat O2: 100%. En el ECG aparece descenso del ST de V2-V5 sin elevación de derechas y posteriores.

RESULTADOS

En el hospital se realiza intervención coronaria percutánea (ICP) encontrando estenosis en descendente anterior, revascularizándola con stent farmacoactivo. A los 5 días de su ingreso se le da el alta hospitalaria.

CONCLUSIONES

Las tasas de supervivencia posterior a la PC pueden ser notoriamente altas, si el episodio es presenciado y se practica Reanimación Cardiopulmonar (RCP) como desfibrilación precoz, esto es posible por la disponibilidad de DESA en sitios públicos. En Castilla y León a fecha de 1 Marzo tiene registrados 1480 DESA en espacios públicos. En Valladolid, la Policía Local posee 11 DESA repartidos por sus 5 distritos, dando una asistencia en menos de 5 minutos a la mayoría de los puntos de la ciudad, lo que nos permite prevenir y tratar precozmente la PC extrahospitalaria. Gracias a la rápida desfibrilación de la Policía Local junto a la actuación de la UME y tratamiento hospitalario final, es posible salvar vidas.

130
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 93

PRIMER FIRMANTE
José Mario Hernández
Gajate

AUTORES
José Mario Hernández
Gajate; María Flor
Martín Rodríguez;
Elena Alonso Martínez;
Juan Carlos Sánchez
Rodríguez; José Ramón
Oliva Ramos; Berta
Tijero Rodríguez;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario
Río Hortega de
Valladolid;

Gerencia de Atención
Primaria de Palencia;

EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN DE UN PLAN DE FORMACIÓN EN SOPORTE VITAL EN UN ÁREA DE SALUD

INTRODUCCIÓN

El Área de Salud Valladolid Oeste está pilotada por el I Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid (HURH), el cual es un hospital público de la red SACYL, dependiente de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, que da cobertura asistencial a una población aproximada de 241.000 habitantes. El Área de Salud consta de 8 Centros de Salud urbanos y 9 Centros de Salud Rurales (algunos de ellos en la llamada "España despoblada"), si bien es muy extensa en superficie. Como razón de ser en el HURH buscamos que nuestra cartera de servicios y nuestra gestión se adapten a las necesidades y expectativas de nuestros pacientes, buscando la excelencia y eficiencia, tanto en la prestación de la asistencia sanitaria, como de nuestras instalaciones.

Nuestro mejor activo son los profesionales que trabajan en el HURH que, aunando esfuerzos y compartiendo objetivos, persiguen la satisfacción del usuario. Contamos además con las mejores tecnologías sanitarias y de información a nuestro alcance, a través de la utilización eficiente de los recursos que disponemos.
(...)

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL: Mejorar los conocien-

tos y habilidades en soporte vital inmediato -SVI- y desfibrilación externa semiautomática -DESA- de los profesionales que se enfrentan a urgencias y emergencias médicas y que habitualmente no ejercen su trabajo en áreas de críticos. (...)

METODOLOGÍA

Con un modelo de curso-taller estandarizado, dos instructores (habitualmente Médicos o Enfermeras de Urgencias Hospitalarias del hospital de referencia - Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid-) se desplazan al Centro de Salud en dos jornadas, si es posible consecutivas, y es en el propio centro donde se realiza el siguiente cronograma:
(...)

RESULTADOS

Según se refleja en las encuestas de satisfacción y con el propio contacto entre profesionales, la satisfacción es muy alta (se expondrán gráficas y tablas que así lo manifiestan). Por otro lado, fomenta la integración de los profesionales que ejercen su actividad en los distintos niveles asistenciales en los que se atiende al paciente grave y urgente.

CONCLUSIONES

Permite una actualización constante y reglada de los profesionales, lo cual es una recomendación de nivel A en las Guías ERC 2021.

132
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 94

PRIMER FIRMANTE

Elena Guzmán Unamuno

AUTORES

Elena Guzmán Unamuno;
Teresa Aquerreta Larraya;
Maria Angeles Guillen
Chalezquer; Cristina Gordo
Luis;

CENTROS DE TRABAJO

Clinica Universidad de
Navarra

PROCESO PARA LA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL DETERIORO CLÍNICO INESPERADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: DIFICULTADES EN LA IMPLANTACIÓN Y PLAN DE MEJORA.

INTRODUCCIÓN

El reconocimiento precoz del paciente que se deteriora y la prevención de la parada cardiorespiratoria es el primer eslabón de la cadena de supervivencia. Una vez que la parada cardiaca se produce, menos del 20 % de los pacientes sobreviven y son dados de alta. La mayoría de las paradas cardiacas intrahospitalarias no son repentinas. A menudo, los pacientes presentan un deterioro fisiológico lento y progresivo que puede ser detectado si el hospital cuenta con un abordaje sistemático para reconocer e intervenir rápidamente en estas situaciones.

OBJETIVO

Analizar el proceso para la detección precoz del deterioro clínico inesperado en pacientes hospitalizados desarrollado en un centro hospitalario con la finalidad de detectar dificultades en la implantación/adherencia de los profesionales y diseñar un plan de mejora.

METODOLOGÍA

Se realizó un seguimiento continuo del proceso desde la implantación hasta la actualidad. Para ello, se revisaron indicadores de resultado, se llevaron a cabo reuniones periódicas con el equipo interdisciplinar que participó en el diseño e implantación del proyecto para identificar aspectos susceptibles de mejora,

y se consultó a diferentes profesionales sanitarios para conocer su opinión.

RESULTADOS

Las dificultades identificadas son la escasa monitorización de la frecuencia respiratoria, baja especificidad de la escala NEWS, no exclusión por parte del facultativo de los pacientes que cumplen los criterios definidos, problema para evaluar el impacto del proyecto, excesivo número de alertas/iconos en el sistema informático, fallos/escasa sensibilidad de la herramienta informática de alerta y escasa concienciación/conocimiento de la importancia del proyecto por parte del equipo médico.

Entre las mejoras desarrolladas cabe destacar la adquisición de equipos que monitorizan automáticamente la frecuencia respiratoria, el diseño de una opción informática que permite la visualización del histórico de cada paciente, la implantación de la escala CREWS, la corrección de los fallos de la herramienta informática y el uso de la técnica SBAR.

CONCLUSIONES

A pesar de que la evidencia demuestra el impacto positivo del proceso en la seguridad del paciente, su implantación no está exenta de dificultades. Llevar a cabo un seguimiento continuo del proceso es fundamental para identificar los puntos débiles y establecer un plan de mejora.

134

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 95

PRIMER FIRMANTE
Teresa Aquerreta
Larraya

AUTORES
Teresa Aquerreta
Larraya; Elena Guzmán
Unamuno; María Ángeles
Guillén Chalezquer;

CENTROS DE TRABAJO
Clínica Universidad de
Navarra

PROYECTO DE MEJORA PARA LA PREVENCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS PROVOCADAS POR EL SISTEMA DE COMPRESIÓN TORÁCICA

INTRODUCCIÓN

Los dispositivos mecánicos de compresión torácica se utilizan para realizar compresiones cardíacas externas en pacientes adultos que tengan una parada cardiocirculatoria. Su utilización se avala por múltiples estudios y guías, donde describen que estos dispositivos se deben utilizar solo si no es posible realizar compresiones torácicas manuales de alta calidad, o comprometen la seguridad del reanimador.

A pesar de que la reanimación cardiopulmonar es un procedimiento que salva vidas, provoca lesiones en las víctimas. Algunas de estas lesiones se han descrito como evitables.

OBJETIVO

Establecer un plan de mejora para prevenir lesiones cutáneas producidas por dispositivos mecánicos de compresión torácica.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión de la literatura en distintas bases de datos y se comparó con los datos recogidos de un análisis descriptivo retrospectivo en nuestro hospital, para detectar las dificultades durante la colocación y el uso con el fin de identificar aspectos susceptibles de mejora.

RESULTADOS

El análisis de la bibliografía describe la aparición de lesiones torácicas superficiales cutáneas en pacientes que han sido reanimados con un dispositivo de compresión torácica mecánica. Estas lesiones de aspecto figurado, circulares y concéntricas son provocadas por la presión directa y repetitiva de la copa de succión/ventosa que comprime el esternón. Tal como avala la bibliografía en el caso presentado se describen lesiones con características similares.

Entre las mejoras desarrolladas cabe destacar el registro de las lesiones producidas por el uso del cardiocompresor, implantar un plan de formación al personal implicado con talleres centrados en su utilización y colocación, la utilización de un apósito que amortigüe el efecto lesivo de la ventosa. Y, por último, añadir en la maleta del dispositivo una tarjeta visual/infografía con el objetivo de facilitar el manejo y la sujeción del dispositivo evitando el movimiento.

CONCLUSIONES

A pesar de que el uso del cardiocompresor esté indicado en determinadas situaciones, no está exento de complicaciones. La evidencia describe lesiones torácicas en piel, pero se requieren más estudios que las detallen, por ello llevar a cabo un registro de las lesiones, la formación del personal y la utilización de medidas de prevención es fundamental para evitarlas.

135
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 96

PRIMER FIRMANTE
Mónica Núñez Moreno

AUTORES
Mónica Núñez Moreno;
Juan Carlos Miranda
Domínguez; Cristina
Bueno Martín; María
Victoria Guerrero
Rodríguez;

CENTROS DE TRABAJO
Alhaurín de la Torre

EFFECTIVIDAD DEL APRENDIZAJE EN SOPORTE VITAL BÁSICO DE ALUMNOS DE 6º DE PRIMARIA DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE ALHAURÍN DE LA TORRE (MÁLAGA) UTILIZANDO LA CREACIÓN DE SU PROPIO MATERIAL DE SIMULACIÓN. UN ESTUDIO CUASI-EXPERIMENTAL.

INTRODUCCIÓN

La falta de formación de los ciudadanos ante una parada cardiorrespiratoria es causante de que miles de personas mueran a diario. Por este motivo, el conocimiento de la población en Soporte Vital Básico y Primeros Auxilios se considera imprescindible para conseguir un mejor pronóstico frente a una parada cardíaca. He ahí la importancia de educar a los niños en este ámbito, para tener, en un futuro, adultos con conocimientos en cómo actuar frente a diferentes situaciones en las que una atención precoz puede salvar vidas.

OBJETIVO

Crear un programa educativo con el que aumentar el nivel de conocimientos del alumnado de 6º de Educación Primaria en Primeros Auxilios y Soporte Vital Básico.

METODOLOGÍA

Desarrollo del proyecto de investigación a través de un programa de intervención educativa en el que, además de las recomendaciones establecidas por la Guía de Soporte Vital Básico de la ERC, los alumnos de 6º primaria diseñan un simulador para las compresiones torácicas y para las ventilaciones con material ecológico. Con un pre-test y un post-test se evaluará el nivel de conocimientos de la población a estudiar.

RESULTADOS

Se ha creado material didáctico para incorporarlo al programa de educación de Soporte Vital Básico, estableciendo dos grupos no aleatorizados entre los que se realizará la comparativa entre haber recibido formación con la nueva herramienta didáctica y no haberla recibido. El total de alumnos registrados en el curso 2022/2023 son 7871 alumnos, 3403 de primaria de los que 433 pertenecerían a 6º de primaria de los Centros Educativos de Alhaurín de la Torre (Málaga).

CONCLUSIONES

Las evidencias encontradas indican que es esperable un aumento del grado de conocimientos en Soporte Vital Básico cuando se utilizan herramientas o kits de autoaprendizaje. La implementación de actividades concretas que requieran la implicación de alumnos y docentes puede garantizar una mejor adopción de los conocimientos y habilidades.

137
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 97

PRIMER FIRMANTE
Esther Arias Moya

AUTORES
Esther Arias Moya;
Andreu Mira Galmés;
Laura Asunción Bueno
López; Juan José García
Líndez; Ana María
Uréndez Ruiz; Andreu
Mascaró Galmés;

CENTROS DE TRABAJO
SAMU 061

LA ACTUACION DE ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS ANTES UN PACIENTE CON DEFICIT NEUROLOGICO

INTRODUCCIÓN

Tras analizar las PCR asistidas en las Islas Baleares por el SAMU 061 en el periodo de enero a junio de 2022 en las cuales se realizó SVA, se ha objetivado un incremento considerable del soporte vital previo a la llegada de los equipos de emergencias con respecto a los datos analizados en el 2021.

OBJETIVO

Confirmar que la realización de soporte vital previo aumenta la supervivencia tras una PCR.

METODOLOGÍA

Se han extraído los datos de las historias clínicas del servicio SAMU 061 Baleares obteniendo un total de 228 pacientes, de los cuales 65,8 % tuvo soporte vital previo a la llegada de la unidad de SVA.

El 38,7% de los pacientes en los que se realizó soporte vital previo por testigos recuperó circulación espontánea. Alcanzando una tasa de recuperación de circulación espontánea 16,8 puntos superior sobre los pacientes a los que no se les realizó maniobras de resucitación antes de la llegada del SEM.

RESULTADOS

En las Islas Baleares se ha objetivado un incremento del soporte vital previo a la llega-

da de las USVA. Desde febrero del año 2021 se ha implementado el proyecto de "RCP a l'escola" que se encarga de formar a los profesores de los colegios para así llegar a los alumnos de 2º- 3º de ESO para transmitir las maniobras de resucitación cardiopulmonar y el uso del DEA.

Junto a este proyecto la CCUM de Baleares cuenta con el código de "RCP telefónica" activándose cuando se detecta una PCR. Inmediatamente se dan las pautas y el apoyo para una RCP telefónica guiada por los profesionales.

Con la formación y dicho proyecto, la población identifica antes una situación de PCR, realiza más soporte vital previo, y usan un DEA de acceso público.

CONCLUSIONES

El desarrollo de proyectos formativos como RCP a la Escuela y la existencia de DEA públicos accesibles, ocasiona que los testigos puedan realizar soporte vital previo a la llegada del SAMU061, mejorando las tasas de recuperación de circulación espontánea

138
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 98

PRIMER FIRMANTE
Andreu Mira Galmes

AUTORES
Andreu Mira Galmes;
Esther Arias Moya; Laura
Asunción Bueno López;
Juan Jose García Lindez;
Ana María Urendez Ruiz;
Andreu Mascaró Galmés;

CENTROS DE TRABAJO
SAMU 061

HEMORRAGIA PULMONAR MASIVA EN CONTEXTO DE PARADA CARDIACA

INTRODUCCIÓN

Se establece estudio cuantitativo descriptivo progresivo de las PCR asistidas por parte del SAMU 061 Balears entre los meses de enero a junio de 2022. Se incluyen aquellos pacientes (228) en los que la USVA del SAMU061 ha realizado maniobras de SVA.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

En el periodo estudiado se incluyeron un total de 228 casos. El promedio de edad es de 63.1 años, siendo la franja de edad más frecuente entre 60-79 años (50,9%). Los hombres han sufrido una mayor proporción de PCR-EH (79% vs 21% mujeres).

El lugar donde se origina la PCR-EH mayoritariamente es en el domicilio (64.76%), siendo presenciada (56%) por familiares y testigos (70%). Se realiza las primeras maniobras de Soporte Vital (SV) en 67.11% previo a la llegada de las unidades de SVA.

El motivo de la llamada inicial al SAMU061 ha sido inconsciente/coma (53.51%), seguido de disnea (10.09%) y PCR(6.58%). El ritmo inicial de PCR fue asistolia (71,86%), seguido de FV/TVSP (15.58%) y AESP (10.55%)

CONCLUSIONES

Con relación al 2021 no hay cambios significativos respecto a la distribución por edad y lugar de la PCR. En cuanto al sexo, han incrementado un 9% las PCR en hombres con respecto a los datos del 2021.

Se observa que se sigue manteniendo un porcentaje de parada presenciada(56%) similar al del año 2021(54%) con la gran diferencia de la del 2020 (72%) por la causa principal del confinamiento. Se ha objetivado un aumento considerable de la actuación de los primeros intervinientes en SVB previo a la llegada de los equipos de emergencia (64.76%). Podría estar relacionado con el aumento de la educación poblacional con programas tipo RCP a l'escola que se lleva ejecutando desde febrero de 2021 en las Islas Baleares.

CON LA COLABORACIÓN ESPECIAL



Ayuntamiento
de Málaga

PATROCINADORES DEL CERCP



ESPÓNSORES PRINCIPALES



ÁREA DE EMERGENCIAS



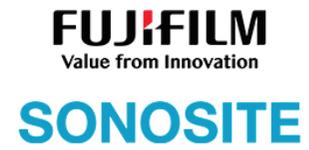
ESPÓNORES CON STAND COMERCIAL



ESPÓNORES CON STAND COMERCIAL



ENTIDADES COLABORADORAS



ESPÓNSORES QUE PRESENTAN UN WORKSHOP



CONTACTO

Secretaría del Consejo Español de RCP

Telf. 626 745 227

Horario: Lunes a Viernes de 08:00 a
14:00 h .

Email: secretaria@cercp.org

<https://congreso.cercp.org>