



6^o Congreso Nacional del CONSEJO ESPAÑOL DE RCP

SALAMANCA

10 Y 11 DE NOVIEMBRE DE 2023

Palacio de congresos

*"EL CONGRESO DE LAS
PATOLOGÍAS
TIEMPO-DEPENDIENTES"*



LIBRO DE ABSTRACTS

COMITÉ DE HONOR

Presidenta:

Su Majestad la Reina Doña Leticia Ortiz Rocasolano

Miembros:

D. Alfonso Fernández Mañueco,
Presidente de la Junta de Castilla y León

D. José Manuel Miñones, Ministro de Sanidad

D. Alejandro Vázquez Ramos,
Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León

D. Carlos Manuel García Carbayo,
Alcalde de Salamanca

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente:

Dr. Carlos Alonso Blas

Vicepresidente:

Dra. Flor de Castro Rodríguez
Dr. Alberto Caballero García

Miembros:

Dra. Magdalena Canals Aracil
Dr. Ervigio Corral Torres
Dr. Manuel de la Cal Ramírez
Dra. Marta Dorribo Masid
Dr. Alfredo Echarri Sucunza
Dr. Ignacio Fernández Lozano
Dra. M^a Carmen Gasco García
Dra. Almudena Noriega Míguez
Dr. Gonzalo Zaballos Sarrato

Secretaría técnica:

Dr. Carlos Urkia Mieres
D^a Virginia Vara Mañanas

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente:

Dr. Ervigio Corral Torres

Miembros:

Dr. Carlos Alonso Blas
Dra. Filomena Alonso Morales
Dra. Lidia Anastasia Alvarado Manchón
Dr. José M^a Álvarez Franco
D. Rodrigo Arnáiz Moreno
D^a. M^a Ángeles Boyero Pereira
Dra. Carmen Camacho Leis
D^a. María Aránzazu Carrillo Martínez
D. José Maria Cepeda Díaz
Dr. Carlos De Benito Alvarez
Dr. Manuel De La Cal Ramírez
Dra. Carmen Del Pozo Pérez
Dr. Alfredo Echarri Sucunza
Dr. Pablo Galván Núñez
Dr. José Manuel Giraldo Sebastián
Dr. Juan Jesús Hernández González - Nicolás
Dr. Antonio Iglesias Vázquez
Dra. Cristina Martínez-Villalobos Aguilar
D. Rubén Peralta Huerga
Dra. Laura M^a Quintás Vázquez
Dra. Raquel Rodríguez Merlo
Dr. Miguel Angel Rodríguez Yago
Dr. Francisco Rodríguez Cabo
Dr. José Ignacio Ruiz Azpiazu
Dra. María Luisa Serrano Madrid
Dra. Alicia Villar Álvarez
Dr. Gonzalo Zaballos Sarrato



1 ENSEÑANZA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AL PROFESORADO DE CENTROS DE EDUCATIVOS CON LÍNEAS DE INFANTIL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE ALBACETE

Angel Lopez Gonzalez; Joseba Rabanales Sotos; Dolores Selva Denia; Ana Belén Garcia Bravo; Sonia Piñero saez; Javier Gonzalez Monedero; ;

27 CÓDIGOS ICTUS TRAS LA PANDEMIA: ¿QUÉ HA PASADO?

Miguel Ángel Jodar Utrero; Maria Isabel Lopez Fernandez; Cristina Martinez Fernandez; Santiago Pacheco Lorca; Luis Enrique Gonzalez de la Guerra; Sergio Cuerpo Lara;

50 LA HIDROXOCOBALAMINA Y LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE AFECTADO POR DERIVADOS DEL CIANURO EN UNA INHALACIÓN DE HUMOS

Adrián González Ruiz; María Isabel Vázquez García; Laura Picón Merino; José Luis Pérez Sánchez; Ana Pérez Benito; Mario Holguín Labajo;

52 VARIACIÓN EN LA CALIDAD DE LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN BÁSICA EN LA POBLACIÓN GENERAL, COMO UNA MÍNIMA INTERVENCIÓN FORMATIVA.

Alfredo Castro Nantes; Jesus Piñeiro Pereira; Alberto Currás Domínguez;

53 ESTUDIO IMPACTE: EL IMPACTO DE LA FASE EXTRAHOSPITALARIA DEL CÓDIGO ICTUS

María Molina Goicoechea; Elisa Martinez Campos; Elena Escriche Gorospe; Luis Ignacio Jimenez de Luque; Beatriz Zandio Amorena; Alfredo Echarri Sucunza;

66 VÍA INTRAÓSEA VS. VÍA INTRAVENOSA EN PARADA CARDÍACA EXTRAHOSPITALARIA: UN METAANÁLISIS

Javier García Requena; Rafael San José Flores;

67 NUEVA HERRAMIENTA DE AYUDA EN LA DETERMINACIÓN DEL PESO PEDIÁTRICO PARA EL CÁLCULO DE DOSIS EN LA RCP.

Cristino Del campo Cazallas; Felipe Lordén Martínez;

68 INFLUENCIA DE LA EDAD Y EL SEXO EN LA RCP TELEFÓNICA

Jose Maria Navalpotro Pascual; Francisco Alfonso Peinado Vallejo; Marta De la Torre Reoyo; Ana Díaz Herrero; Manuel José González León; Elena Alcalá-zamora Marcó;

70 INFLUENCIA DEL ESTADO PREVIO DEL PACIENTE Y LUGAR DE LA PARADACARDIORRESPIRATORIA EN LA RESUCITACION CARDIOPULMONAR TELEFÓNICA

Francisco Alfonso Peinado Vallejo; Jose María Navalpotro Pascual; Francisco José Sánchez García; Jose Antonio Hortelano Alonso; Belén Muñoz Isabel; Elena Alcalá-Zamora Marcó;

78 RCP EN EMBARAZADAS, LA GRAN DESCONOCIDA

Cristina Llamas Medina ; Gemma Cervero Martinez ; Martí Colet Masegosa ; Carla Tàrrega Herrero; Beatrice Paso Baar-baarenfels; Laura Tortosa Trancho;

ÍNDICE DE COMUNICACIONES ORALES



87 EL PACIENTE CON TRAUMA MAYOR Y LA FRONTERA CRONOLÓGICA VITAL EN LA ASISTENCIA DE EMERGENCIAS.

Sergio Cuerpo Lara; Maria Isabel Vázquez García; Miguel Ángel Jodar Utrero; José Luis Pérez Sánchez;

88 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DEL ION POTASIO OBTENIDO DE UNA MUESTRA ANALÍTICA INTRAOSEA VS INTRAVENOSA

Javier Martínez Ariño; Juan Carlos Cano Bejar; María Jesica Martin; Javier Ramos Tellez; Sergio Jesús Gómez de Francisco ;

90 CAPACIDAD PREDICTORA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL DE LA RECUPERACION NUEROLOGICA EN LA PCR A TRAVES DE VARIALBES EXTRAHOSPITALARIAS

Javier Fernández Topham; Alberto Hernández Tejedor; Dolores Sánchez Blasco;

91 EFECTO PREDICTOR DE LA ANALITICA EN LA PARADA CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA GRACIAS A LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Javier Fernández Topham; Alberto Hernández Tejedor; Dolores Sánchez Blasco;

101 IMPACTO DE LA PRIMERA PRESIÓN ARTERIAL SOBRE EL PRONÓSTICO EN LA PARADA CARDÍACA EXTRAHOSPITALARIA

Jorrit Bakker; Sofía Vila-sanjuan; Laia Milà; Irene Buera; Francesc Carmona; Jordi Bañeras;

104 ADAPTACIÓN DE LA FORMACIÓN EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR A LA COMUNIDAD SORDA O CON GRAVE DISCAPACIDAD AUDITIVA

Esteban Herrera Sánchez; Sara Isabel Montero Hernández; Mar Eguiluz Blanco; Antonio López Bravo; Francisco José Gómez Mascaraque; Alberto Hernández Tejedor;

107 HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO PODRÍAN PREDECIR LA NECESIDAD DE VASOPRESORES EN EL TRAUMÁ HEMORRÁGICO GRAVE EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

María Isabel Vázquez García, Jose Luis Pérez Sánchez; Adrian González Ruiz; Sergio Cuerpo Lara; Eduardo Barrero Barrero; María Araceli Miró López;

115 VARIABILIDAD EPIDEMIOLÓGICA EN PACIENTES CON CONVULSIONES ATENDIDOS POR UNIDADES DE SVB EN FUNCIÓN DE SUS ANTECEDENTES EPILÉPTICOS

Eduardo Barrero Barrero; Antonia Martínez Vázquez; Daniel Fernández Castro; María Isabel Vázquez García; José Luis Pérez Sánchez;

116 ACCIDENTES MOTOCICLETAS EN ENTORNO URBANO. ¿LA TIPOLOGÍA DE SUS LESIONES VARÍAN DEPENDIENDO DE LA CILINDRADA?

Antonia Martínez Vázquez; Eduardo Barrero Barrero; Daniel Fernández Castro; María Isabel Vázquez García; José Luis Pérez Sánchez;

119 STATUS EPILÉPTICO. ADHESIÓN DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS A LOS NUEVOS PROCEDIMIENTOS.

Celsa Graña Rio; Isabel Vázquez Garcia; Jose Luis Pérez Montecino; Raul Loarces Fuentes;

130 PARÁMETROS METABÓLICOS COMO INDICADOR DE GRAVEDAD EN EL PACIENTE TRAUMÁTICO POTENCIALMENTE GRAVE

María Isabel Vázquez García; Natalia Vanesa Gonzalez; Jose Luis Pérez Sánchez; Beatriz Rodriguez Esplandiu; Sandra Sanz Sáez; Maria Celsa Graña del Rio;

ÍNDICE DE COMUNICACIONES ORALES



144 ¿TIENEN CAPACIDAD LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR PARA REALIZAR COMPRESIONES TORÁCICAS DE CALIDAD?

Graciela Gonzalez Belmonte; Camilo José Vázquez Corveiras; Bibiana Basadre Rodriguez;

152 UTILIDAD PRÁCTICA DE LA VÍA INTRANASAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO PREHOSPITALARIO

Sara Isabel Montero Hernández; Carlos Luis Villamor Sánchez; Arturo Tapia Lobo; Fernando Miguel Saldaña; Alberto Hernández Tejedor; Jesús Rodríguez Barroso;

153 PERFIL DEL PACIENTE CON UN DRENAJE TORÁCICO POR CAUSA TRAUMÁTICA EN EL MEDIO PREHOSPITALARIO

María Isabel López Fernández; Domingo Salas Gómez; Fernando Ferreras Nogales; Ervigio Corral Torres;

159 ETCO₂, PREDICTOR DE SHOCK HEMORRÁGICO EXTRAHOSPITALARIO

Lorena Araceli Perez Martos; Victoria Araceli Cantó Blázquez; María Araceli Miró López; Antonia Urbano López;

161 PERFIL DEL PACIENTE EN FIBRILACIÓN VENTRICULAR EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

María Araceli Miró López; Rosa María Jiménez Gallego; Lorena Araceli Pérez Martos; María Isabel Vázquez García; Jose Luis Pérez Sanchez;

166 PERCEPCIÓN DE LA FORMACIÓN DOCENTE EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) BASADA EN ESCENARIOS DE SIMULACIÓN CLÍNICA

Esther Portugal Rodriguez; Mercedes Artola Blanco ; Alvaro Velasco Villagarcía; Jaime Pérez Gutierrez; Elena Bustamante Munguira; Nuria Mamolar Herrera ;

173 EVALUACIÓN DE ENTREGA DE MALAS NOTICIAS EN EXTRAHOSPITALARIA TRAS RCP FALLIDA. MODELO SPIKES

Sandra Sanz Sáez; M^a Isabel Vázquez García; Celsa Graña Rio; Jose Luis Pérez Sánchez; Sergio Cuerpo Lara;

174 ASISTENCIA A LA PARADA CARDÍACA EXTRAHOSPITALARIA EN BALEARES EN EL 2022.

Natalia Martínez Cuellar; Laura Asunción Bueno López; Maria Isabel Cenicerros Rozalen; Esther Arias Moya; Andres Mira Galmés;

185 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PARADAS CARDIACAS EXTRAHOSPITALARIAS SECUNDARIAS A UNA TROMBOSIS CORONARIA AGUDA.

Youcef Azeli; Silvia Solà-muñoz; Xavier Jiménez-fàbrega; Ester Granado-font; Eneko Barbería; Alfredo Bardají;

ÍNDICE DE POSTERS



2 REANIMACIÓN DE CONTROL DE DAÑOS EN EL SHOCK HEMORRÁGICO DEL PACIENTE TRAUMATIZADO.

Ángel Heras García; Marcos De La Fuente Barroso; Rocío Villoria Crespo; Macarena Pérez Sevilla; Luis Ventura Muñoz; Verónica Prieto Herrero;

3 FORMACIÓN A LA POBLACIÓN Y, EN ESPECIAL A DOCENTES Y ESCOLARES, DE MANIOBRAS DE ACTUACIÓN ANTE PERSONAS INCONSCIENTES.

Pablo Conrado Otal González;

4 EL MISTERIOSO CORAZÓN QUE LATÍA EN EL CUELLO.

Ana Isabel Crespo Martínez; Félix Martín Álvarez; Saraí Corredera Blanco;

5 VALORACIÓN DE LA FORMACIÓN EN SOPORTE VITAL BÁSICO Y DESFIBRILACIÓN AUTOMATIZADA (SVB Y DEA).

María de la O Casamayor Lerena; Ana María Ezquerro García; Laura Pérez Aguado;

6 SCREENING PREHOSPITALARIO DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA PEDIÁTRICA: PERFIL DEL NIÑO DE ALTO RIESGO.

María Cristina Barneto Valero; Manuela López Castellanos; Mercedes Gómez del Pulgar García Madrid;

7 GENERADORES DE EVENTOS ALEATORIOS DURANTE EL PROCESO DE MORIR: PROYECTO OREGANO.

María Cristina Barneto Valero; Vicente Arráez Jaque; Vasileios Basios; Pier Francesco Moretti; Álex Gómez Marín; Enrique Monzó Solves;

8 PARADA CARDÍACA POR BRONCOASPIRACIÓN.

José Manuel García Álvarez; Alfonso García Sánchez;

9 PARADA CARDÍACA EN PACIENTE ALFA Y BETABLOQUEADO.

José Manuel García Álvarez; Alfonso García Sánchez;

10 ATENCIÓN EN LA ENFERMEDAD TRAUMÁTICA GRAVE. UTILIZACIÓN DE TORNIQUETE.

Félix Martín Álvarez; Ana Isabel Crespo Martínez; María Paz Matellán Hernández; Jorge Rodríguez Beneitez; Carmen Vilorio Sierra;

11 HEAD UP CPR: RCP CON LA CABEZA LEVANTADA COMO ALTERNATIVA AL MASAJE CONVENCIONAL.

Jose Antonio Sarmiento Torres; Raul Trujillo Rosales;

12 PARADA CARDIORRESPIRATORIA SECUNDARIA A PATOLOGÍA PULMONAR OBSTRUCTIVA..

Nazaret Romero Pizarro; María José Mena González;

13 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Julia Paola Núñez Casco; Raquel Yague Zapico; Luis Jorge Valdivia Ruiz; Vanesa Lestón Alonso; Paloma Pérez del Pozo; Francisco Javier Febles Díaz;

ÍNDICE DE PÓSTERS



14 FORMADOR DE FORMADORES SOPORTE VITAL AVANZADO POR EQUIPOS DE EMERGENCIAS.

Miguel Ángel Paz Rodríguez; Israel Bellanato Rodríguez; Miguel Ángel Espina Boixo; Francisco Romero Morales;

16 UN NUEVO MÉTODO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ADENOSINA.

Raúl Trujillo Rosales; José Antonio Sarmiento Torres;

17 CASO CLÍNICO: MADRID-DIRECT EN SVB COMO ANTESALA DEL CÓDIGO ICTUS NEUROINTERVENCIONISTA..

Daniel González Rodríguez; Sandra Tejero Muñoz; Marcos Chamorro González; Cristina Gil Lacalle; Andrea Meléndez Fernández;

18 ESTUDIO PILOTO. CONOCIMIENTOS DE RCP EN ESTUDIANTES DE ÚLTIMO AÑO DEL GRADO DE MEDICINA Y ENFERMERÍA.

Saray Llobell Molines; Jordi Caplliure Llopis;

19 ESTUDIO PILOTO. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA AUMENTAR LOS CONOCIMIENTOS DE RCP EN PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN.

Alicia García Fabra; Jordi Caplliure Llopis;

20 LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA GENERAR MODELOS PREDICTIVOS DE PARADA CARDIACA HOSPITALARIA.

Patricia García-pazo; Lorenzo Socías Crespi; Ana Serrano García; David López Ramos; Cristina Pruenza García-Hinojosa;

22 FRACTURA C1-C4 MÁS FRECUENTE DE LO QUE PENSAMOS.

Almudena Morales Sánchez; Marta Garrido Pujales; Raquel Sánchez Martín; Sergio Sánchez Rubio; Héctor Manuel Pablo Hernández;

23 CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA BILATERAL TRAS ACCIDENTE DE BICICLETA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Andrea Prieto Cabrera; Patricia de la Montaña Díaz; Ana Delgado Pascual; Sara De Miguel Martín; Carolina Postigo Hernández; María Bringas Bollada;

24 COMPARACIÓN DE DISTINTOS SISTEMAS FEEDBACK EN EL CURSO DE SVB-DEA.

Laura Tortosa Trancho; Alejandro López López; Cristina Llamas Medina; Gemma Cervero Martínez; Jordi Castillo García;

25 APRENDIZAJE REALISTA PARA LA ADQUISICIÓN DE LAS COMPETENCIAS EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA.

Patricia García-pazo; Alba Calvo Bota; Rosa María Sánchez Santos; Josefina Dosantos; Lourdes Lúque-lópez;

26 CASO CLÍNICO: ATENCIÓN ENFERMERA A JOVEN CON HIPERPIREXIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

Carmen Juan García; Leticia Martínez González ; María Plaza Carmona;

28 ANIÓN GAP NORMAL TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA RECUPERADA POR INGESTA DE ETILENGLICOL.

Ana Benito Justel; Irene Sánchez Soberón; M. Melania Morán Díaz; Marta Gómez-Escolar Pérez; M. Esther Fraile Martínez; Miguel Abad Frutos;

ÍNDICE DE PÓSTERS



29 IMPORTANCIA DE VALORAR LA VÍA AEREA.

Stefanny Priscila Aldaz Vaca; Melannie Aldaz Vaca; Francisco Panadero Riesco;

30 TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN EL ICTUS ISQUÉMICO: HOSPITAL DE LEÓN, 2022.

Francisco Javier Febles Díaz; Luis Jorge Valdivia Ruiz; Raquel Yagüe Zapico; Julia Paola Núñez Casco; Paloma Pérez del Pozo; María Fernanda Molina Gómez;

31 LA IMPORTANCIA DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA COMO FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL SANITARIO, Y SU UTILIDAD EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Tania Tellez Mompó; Patricia Serven Gil; Milagros Cabedo Pérez; Marta Ortillés Tejera; Mónica Campan Massana;

33 ¿CLÍNICA O PRUEBAS COMPLEMENTARIAS?

María Teresa Soriano de Antonio; Eduardo Gonzalez Sanchez; Soledad Herrador Sanchez; Linda Esteban Castellanos;

34 EL ENEMIGO INVISIBLE.

Jose Maria Arévalo la Calle; Ruth Libertad Gomez Bravo; Ricardo Garcia Martinez; Tirso Alonso Ares;

35 SHOCK HEMORRÁGICO ¿CAUSA?: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Raquel Yagüe Zapico; Julia Paola Núñez Casco; Luis Jorge Valdivia Ruiz; Vanesa Lestón Alonso; Francisco Javier Febles Díaz; María Fernández Molina Gómez;

37 IMPACTO DE LA PRESENCIA DE UN PRIMER RESPONDIENTE EN LA SUPERVIVENCIA NEUROLÓGICA EN LA PARADA CARDIACA.

Mario del Río Moreno; Carlos Rodriguez Blanco; M^º Noelia de Miguel Lázaro; Ana I. Iniesta Lázaro; Alicia Benito Sanchez; Fernando Miguel Saldaña;

38 ALTERACIONES HIDROELECTROLÍTICAS EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN HIPOTERMIA ACCIDENTAL.

Ana Benito Justel; Irene Sánchez Soberón; M. Melania Morán Díaz; Marta Gómez-escolar Pérez; Sandra Margot Navarro Contreras; Sheyla Lucy Miranda Gutiérrez;

39 IMPLEMENTACIÓN DEL “MÉTODO 5S LEAN” EN LA ORGANIZACIÓN DEL CARRO DE PARADAS.

Josué Sáenz Lorente; Jennifer Muñoz Chico; Rodrigo Javier Gil Hernandez; Miguel Moreno Herrero; Silvia Molinero Peña; Clara Torres Ortega;

40 IMPACTO EN TÉRMINOS DE MORTALIDAD DEL TRAUMATISMO CRANEOENCÉFALICO GRAVE EN UN CENTRO HOSPITALARIO SIN NEUROCIRUGÍA.

Jennifer Muñoz Chico; Rodrigo Javier Gil Hernández; Josué Saenz Lorente; María Ortego Niño; Nuria Peñaranda Peñaranda; Jesús Ángel Jodra Pérez;

42 SÍNDROME COLINÉRIGO AGUDO COMO CAUSA REVERSIBLE DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA.

Mercedes Artola blanco; Jaime Eduardo Pérez Gutiérrez; Álvaro Velasco Villagarcía; Silvia Medina Díez; Esther Portugal Rodríguez; Elena Bustamante Munguira;

ÍNDICE DE PÓSTERS



43 ¿CONDICIONA EL SEXO LA CORRELACIÓN ESTADÍSTICA DE METABOLITOS CON TROPONINA ULTRASENSIBLE EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO?

Carlos Luis Villamor Sánchez; Sara Isabel Monetro Hernández; Jesús Rodríguez Barroso; Jose Antonio Lara Fernández; Francisco Javier Sánchez García; Ivan David Ferrer Navajas;

44 COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO SERVICIOS INTERVINIENTES, SALVAN VIDAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Nazaret Romero Pizarro; María José Mena González;

45 COMUNIDADES EDUCATIVAS COMO AGENTES PROMOTORES DE RCP “LOS NIÑOS SALVAN VIDAS: ANTES, DURANTE Y DESPUÉS...”.

Manuel Malmierca García; Silvia Marín Valencia;

46 MANEJO DE LA BRADICARDIA INESTABLE EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS.

Mauricio Gómez Alonso; Francisco Panadero Riesco; Marta Paleo Agustín; Pablo Romero Torres; Minerva Pérez Herreros; Álvaro Arribas Cerezo;

47 FORMACIÓN DE SOPORTE VITAL BÁSICO Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN LA ETAPA DE EDUCACION SECUNDARIA: “LA IMPORTANCIA DEL PRIMER RESPONDIENTE FORMADO.

Antonio Martínez García;

48 FORMACION DE SVB Y RCP EN PERSONAL LEGO EN LA ETAPA DE EDUCACION INFANTIL, EDUCACION PRIMARIA Y LA EDUCACION SECUNDARIA: “LA IMPORTANCIA DEL PRIMER RESPONDIENTE FORMADO”.

Antonio Martínez García;

49 EXPERIENCIA FORMATIVA SOBRE DESFIBRILACIÓN AUTOMÁTICA EXTERNA Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN UNA FEDERACIÓN AUTONÓMICA DE FUTBOL. ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN.

Joseba Rabanales Sotos; Vicente Ferrer López; Jaime López Tendero; Carmen Guerrero Agenjo; Alicia Ramirez Tercero; Ángel López González;

51 VALORACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LA POBLACIÓN GENERAL EN SOPORTE VITAL BÁSICO Y DESFIBRILACIÓN EXTERNA SEMIAUTOMÁTICA.

Alfredo Castro Nantes; Jesus Piñeiro Pereira; Alberto Currás Domínguez;

54 ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS INTERPROVINCIALES EN LA ESTRATEGIA CÓDIGO INFARTO EN CASTILLA Y LEÓN.

Jorge Blazquez García; Alberto González Díez; César Jiménez Vaquero; Ainhoa Lozano Molina; Marta González Fernández-Conde; Diego Gayo Plaza;

56 ¿QUÉ PORCENTAJE DE PACIENTES EN PCR POR AUTOLISIS RECIBE MANIOBRAS DE RCP EN BALEARES?

Rosa María Sánchez Santos; Ana Belén González Pérez; Isabel Juste Pina; Francisco José Cereceda Sánchez;

57 TOMANDO EL CONTROL: AGENTES HEMOSTÁTICOS.

Naiara Reverter Velasco; María Eugenia González Martín; Noelia López Velázquez;

ÍNDICE DE PÓSTERS



58 OS OIGO, SIGO AQUÍ..

Matilde Juanes Toranzo; Ane Erdozain Larrañaga; Ana González Díaz;

59 INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA COMO IMITADOR DE ICTUS.

María Isabel Herrera Maillo; Roberto Libiano Garcia; María del Carmen Herrera Maillo; Monica Santamartina Gutierrez; Rocío Alonso Bajo;

60 SOBREVIVIR CON 83 AÑOS A MÁS DE 800 PICADURAS DE ABEJAS.

Rosario García Álvarez; Almudena Morales Sánchez; Leticia Silva Iglesias;

61 COLORES QUE SALVAN VIDAS. ESTANDARIZACIÓN Y SEGURIDAD EN LOS CARROS DE PARADAS PEDIÁTRICOS.

Andrea Herrero Rubio; Sheila Alcón Franco; Tania Doce Bartolomé; Virginia Escribano Alonso; Patricia Gamarra Badorrey; Lorena Moreno Caballero;

62 VALORACIÓN TEMPRANA DEL SHOCK SÉPTICO PEDIÁTRICO EN EL TRIAJE HOSPITALARIO.

Marina Curiel Téllez; Raquel Rojo Alejos; Jorge Sendino González;

63 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA PATOLOGÍA DE SALUD MENTAL ATENDIDO EN EL SEM DE CASTILLA Y LEÓN DURANTE LA PANDEMIA DE COVID 19.

Almudena Morales Sánchez; Lorena Morales Sánchez; Raquel Sánchez Martín; Sergio Sánchez Rubio; Héctor Manuel Pablo Hernández;

64 MANEJO DE CÓDIGO ICTUS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE HOSPITAL COMARCAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Jon Ander Gil Salaverría; Lourdes Epelde Epelde; Marina Gaspar Erburu;

65 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA RETIRADA DE LA BANDA RADIAL POSTCATETERISMO.

Sergio Sanchez Matesanz; Laura Sanchez Gonzalez; María teresa Matesanz Garcia;

69 ¿Y SI ME PARO EN EL TREN?

Carmen Zárate Oñate; Leire Loyola Sergio; Lorea De Carlos Esparza; Itsaso Sexmilo Ayarra; Jared Marín Gallardo; Miguel Zaragüeta Olave;

71 CAPNOGRAFÍA EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.

Clara Diago Crisol; Rosario Martín Page; Raquel Rodríguez Merlo; Marta Martínez del Valle; Paloma Pérez Quesada;

72 RCP EN SITUACIONES DE SOLEDAD O AISLAMIENTO, SEGÚN LOS PROCEDIMIENTOS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA ENFERMEROS.

Beatriz García Méndez; Itziar Gómez Parra; María Julia Ajejas Bazán; Jose Ramón Rey Fedriani;

ÍNDICE DE PÓSTERS



73 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA CESÁREA PERIMORTEM EN EXTRAHOSPITALARIA.

Rosario Martín Page; Clara Diago Crisol; Raquel Rodríguez Merlo; Paloma Pérez Quesada; Marta Martínez del Valle;

74 FORMACIÓN DE CALIDAD, CLAVE EN UNA REANIMACIÓN ALTAMENTE EFECTIVA.

Marcos Alonso Iglesias; Andrea Paradinas Castaño;

75 FORMACIÓN EN RCP, BRECHA ENTRE NUCLEOS URBANOS Y RURALES.

Marcos Alonso Iglesias; Manuel malmierca García;

76 MANEJO DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA POR PARTE DE ALUMNOS DE TERCERO DE GRADO EN ENFERMERÍA.

Pablo Souto Sanmartín; Jose Antonio Iglesias Vázquez;

77 FIBRINÓGENO PREHOSPITALARIO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE SU USO: 1 AÑO DE INICIO DE RECOGIDA.

Rosa María Jiménez Gallego; Carmen María Benito Romeral; María Jesús Matías García; Gema López del Rey; María Arévalo de Pablos; María Araceli Miró López;

79 IATROGENIA Y ARRITMIAS.

Jose Ignacio Perez Ferreiro; Irune Mantiñan Vivanco; Sandra Vicente Tome; Laia Serra Tomas; Irene Suarez Cuesta; Ane Arrieta Arce;

80 SALBUTAMOL INTRAVENOSO COMO CAUSA DE SINDROME CORONARIO.

Jose Ignacio Perez Ferreiro; Irune Mantiñan Vivanco; Sandra Vicente Tome; Laia Serra Tomas; Irene Suarez Cuesta; Ane Arrieta Arce;

81 ESTUDIO SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES CIRCADIANOS Y LOS SUICIDIOS POR PRECIPITACIÓN.

Fernando Miguel Saldaña; Jesús Cano Gabriel; Alba Cano Navas; Sara Isabel Montero Hernández; Luis Ángel Casas García; Fátima Arribas Hernández;

82 EVOLUCIÓN E INCIDENCIA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE ACCIDENTES DE TRÁFICO EN UNA GRAN CIUDAD.

Jesús Cano Gabriel; Fernando Miguel Saldaña; Alba Cano Navas; Mario Del Río Moreno; Francisco Javier López Albalá; Fátima Arribas Hernández;

83 VIEJOS - DESCONOCIDOS DISPOSITIVOS. IMPORTANCIA DEL BUEN USO DE LA FÉRULA DE TRACCIÓN..

Héctor Manuel Pablo Hernández; Sergio Sanchez Rubio; Raquel Sanchez Martín; Almudena Morales Sánchez; Lorena Morales Sánchez;

84 QUE EL ÁRBOL NO NOS IMPIDA VER EL BOSQUE.

Héctor Manuel Pablo Hernández; Sergio Sanchez Rubio; Raquel Sanchez Martín; Almudena Morales Sánchez; Marta Garrido Pujales;

ÍNDICE DE PÓSTERS



85 ACTIVACIÓN TEMPRANA DEL CÓDIGO ICTUS DESDE EL TRIAJE AVANZADO DE ENFERMERÍA.

María Ortego Niño; Nuria Peñaranda Peñaranda; Jennifer Muñoz Chico; Josue Saez Lorente; Rodrigo Javier Gil Hernandez;

86 VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA EN LA ASISTENCIA A LA PCR EN UN SEM URBANO.

Javier Morillo Rodríguez; Diana Martín; M^o Antonia Martínez Vázquez;

89 UVI MÓVIL GUADALAJARA. GUETS-SESCAM.CIENTES CON SCACEST TRATADOS CON TICAGRELOR O PRASUGREL POR EMERGENCIAS PREHOSPITALARIAS.

Raquel Grado Sanz; Rubén Viejo Moreno; Marta Gil García-Ajofrín;

92 EPISTAXIS COMO POTENCIAL CAUSA DE MORTALIDAD EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS.

Silvia Montero Caballero; María Remesal Domínguez; María de Loreto Gómez Martínez; Gemma García Vallejo; María Beatriz Matji Cabello; Olaya Alonso Viejo;

93 EMPLEO DE FIBRINÓGENO EN EL CONTEXTO DE LA PCR TRAUMÁTICA EXTRAHOSPITALARIA: CONCLUSIONES PRELIMINARES TRAS EL PRIMER AÑO DE USO.

Javier Ramos Téllez; Javier Martínez Ariño; Israel Bas Agulles; Almudena Concejero Ballester; María Magdalena Cortés Romero; Sergio Jesús Gómez de Francisco;

94 ESTUDIO SYMEVECA: EXPERIENCIA DE 8 MESES CON UN MODO VENTILATORIO SINCRONIZADO CON LAS COMPRESIONES.

Alberto Hernández Tejedor; Vanes González Puebla; Consuelo Caniego Rodrigo; María Isabel Vázquez García; María Dolores Galán Calategui; Francisco Torres García;

95 ASISTENCIA INMEDIATA EN URGENCIAS CARDIOVASCULARES: LA IMPORTANCIA DE PROGRAMAS ESPECIALIZADOS.

María José Mena González; Nazaret Romero Pizarro;

96 FORMACIÓN EN RCP: UNA OPORTUNIDAD DE SALVACIÓN EN CASOS DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA.

María José Mena González; Nazaret Romero Pizarro;

97 TOXICIDAD POR ANESTÉSICOS LOCALES EN PACIENTE GESTANTE.

Silvia Montero Caballero; María de Loreto Gómez Martínez; Olaya Alonso Viejo; María Remesal Domínguez; Rodrigo Sanllorente Sebastián; Gemma García Vallejo;

98 PROYECTO "CÓDIGO PARADA": VALORACIÓN DE LA NECESIDAD DE PROTOCOLIZACIÓN DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) INTRAHOSPITALARIA EN NUESTRO CENTRO.

Francisco Luis Pérez Caballero; Miguel Francisco Benítez Morillo; Guadalupe Borge Rodríguez; Santiago Lardelli Picallos; Estefanía Luque Mármol; Uxea Rey Barreiro;

99 SÍNDROME DE ALCAPA COMO CAUSA DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA.

Fernando Ferreras Nogales; Domingo Salas Gómez; María Isabel López Fernández; Ervigio Corral Torres;

ÍNDICE DE PÓSTERS



100 PUEDE ESPERAR, ¿O NO?.

Ana María González Díaz; Matilde Juanes Toranzo; Eihar Odriozola Solabarrieta;

102 TALLERES DE SIMULACIÓN EN RCP BÁSICA Y AVANZADA PARA ENFERMERÍA COMO MEDIDA DE MEJORA TRAS SUCESO CENTINELA..

Mercedes Artola Blanco; Elena Bustamante Munguira; Esther Portugal Rodríguez; Amanda Francisco Amador; María Ángeles de Pedro Sánchez; Javier Arnaiz Rodrigo;

103 PARADA CARDIORESPIRATORIA TRAS INTOXICACIÓN POR HUMO DE INCENDIO: A PROPÓSITO DE UN CASO..

Laura Castrillo Cortecedo; Montserrat Rodríguez; Ana Delgado Pascual; Elena Valdés Franci;

105 ECMO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO: UN RETO DEL PRESENTE.

Ángela Carballo Viñas; María Teresa Santiago Puga;

106 ASISTOLIA TRAS CEMENTACIÓN PROTÉSICA.

María Remesal Domínguez; María de Loreto Gómez Martínez; Israel García Cuenca; Francisco Rodríguez Cabo; Luis Borja Morales Jaquete; Silvia Montero Caballero;

108 ACCIDENTE DE MOTO CON FRACTURA ABIERTA DE TIBIA Y PERONÉ .

Isabel María Muñoz Martínez; Rocío Segura Simón;

109 CANALIZACIÓN DE VÍA INTRAÓSEA EN CASO CLINICO POR INTENTO AUTOLITICO.

Rocío Segura Simón; Isabel María Muñoz Martínez;

110 SÍNDROME DE IMPLANTACIÓN DE CEMENTO ÓSEO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Javier Nieto García; Ana Delgado Pascual; Patricia Valiente Raya; Sara De Miguel; María Bringas Bollada;

111 LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA EN LA INTOXICACIÓN POR LITIO COMO URGENCIA NEUROLÓGICA..

Noelia López Velázquez; María Eugenia González; Naiara Reverter Velasco;

112 OBJETIVO RCP / COMPITE RCP .

Mónica García Ruiz; Sara Martínez Arribas; Susana Modrón Romero; Luis Moreno Peláez; José Miguel Pleguezuelos Cárdenas; María Ángeles Sanz Barbadillo;

113 PCR QUE HABLA?.

Victoria Cantó Blázquez; Lorena Pérez Martos; Antonia Urbano López;

ÍNDICE DE PÓSTERS



114 RCP EN COLEGIOS: EDUCANDO PARA SALVAR VIDAS.

Lucía Vázquez Cancela;

117 ¿ES LA LUMBALGIA UNA PATOLOGÍA BANAL SIEMPRE?.

Marina De la torre Trilo; Lydia Garcia Rodriguez; Purificacion Jimenez Jaen; Gabriela Tanoira Carballo;

118 HALLAZGO INESPERADO EXTRACRANEAL EN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE).

Marina De la torre Trilo; Lydia Garcia Rodriguez; Purificacion Jimenez Jaen; Gabriela Tanoira Carballo; José María Galván Pinos;

120 TROPONINA ULTRASENSIBLE, QUE APORTA EN EL MANEJO DEL CÓDIGO INFARTO EN MEDICINA EXTRAHOSPITALARIA.

Natalia Vanesa Gonzalez Puebla; Beatriz Rodriguez Esplandiu; Alberto Hernandez Tejedor; Isabel Vazquez García; Jose M^a G^a de Buen; Alberto Chozas Serrano;

122 "LAS SARDINAS LE ROMPIERON EL CORAZÓN": A PROPÓSITO DE CASO CLÍNICO DE PACIENTE QUE SUFRE PARADA CARDIORRESPIRATORIA Y RECUPERA PULSO TRAS ROTURA VENTRICULAR, CON REALIZACIÓN DE PRIMERA ESTERNOTOMÍA MEDIA PRACTICADA EN LA SALA DE REANIMACIÓN DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE SALAMANCA..

Sarai Corredera Blanco; Milena Antúnez Ballesteros; Corazón Valda Calle; Miriam Blanco Sáez; Ana Isabel Crespo Martínez; María Josefa Custodio García;

123 CUANDO TRES PACIENTES YA SE PUEDEN CONSIDERAR INCIDENTE DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS (IMV).

Álvaro Arribas Cerezo; Marta Paleo Agustín; Valvanera Cordón Hurtado; Idoya Adanero Calvo; Jose Antonio Zuazo Moral; Diego Saranova de Marcos;

124 SALVAR UNA VIDA TIENE PRECIO, VEAMOS CUÁNTO.

Itsaso Sexmilo Ayarra; Miguel Zaragüeta Olave; Carmen Zárate Oñate; Leire Loyola Sergio; Mashhour Abdulla Abdulla; Luís Gómez Ortigosa;

125 TRASLADO PRIMARIO DE ACCIDENTE LABORAL A OTRA COMUNIDAD EN HELICÓPTERO DE EMERGENCIAS SANITARIAS (HEMS).

Álvaro Arribas Cerezo; Pilar Fernández Pérez; Francisco Panadero Riesco; Raquel López Poza; Clara Gran Tijada; Daniel Zulet Murillo;

126 TROPONINA ULTRASENSIBLE Y LESIÓN EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST.

Beatriz Rodriguez Esplandiu; M^a. Isabel Vázquez García; Alberto Hernández Tejedor; Natalia Vanesa González Puebla; Alberto Chozas Serrano; Jose María García de Buen;

127 FACTORES INDIVIDUALES QUE CONDICIONAN EL USO DE LA VIA INTRAÓSEA.

Begoña De la Oliva Delgado; Fernando Miguel Saldaña; M^a Antonia Martinez Vázquez; Barrero Barrero Eduardo;

128 ¿ACTIVAMOS EL CÓDIGO PARADA, IAM O ICTUS?.

Leire Loyola Sergio; Miguel Zaragüeta Olave; Itsaso Sexmilo Ayarra; Carmen Zárate Oñate; Ana Rodriguez Echave; Carlos Petrina Echeverría;

ÍNDICE DE PÓSTERS



129 EDUCARD.IO WEBBAPP PARA ENSEÑAR PRIMEROS AUXILIOS Y RCP EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA..

Rafael Tamayo Rodriguez; Juan Jose Eito Cuello; Luis Armando Rodriguez Echapresto; Javier Becerra Elcinto; Clara Isabel Tejada Garrido; Jorge Fernandez Sanz;

131 LO QUE EL SÍNCOPE ESCONDE.

María Remesal Dominguez; Elena Grimaldi Miranda; María Zurita Luque; Laura Merino Fernandez; Laura Santos Gonzalez; Silvia Montero Caballero;

132 INFARTO MIOCÁRDICO ALÉRGICO COMO CAUSA POTENCIAL DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA (PCR) EXTRAHOSPITALARIA..

Álvaro Velasco Villagarcía; Esther Portugal Rodríguez; Mercedes Artola Blanco ; Elena Bustamante Munguira; Jaime Eduardo Pérez Gutiérrez; Amanda Francisco Amador;

133 URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS. SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDO. EL IMPORTANTE PAPEL DE ENFERMERÍA EN LAS INMOVILIZACIONES..

Beatriz Polo Gaitán; Noelia Pérez Bermejo; María Eulalia Martínez Blanco;

134 ANÁLISIS COMPARATIVO DE SUPERVIVENCIA DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS EXTRAHOSPITALARIAS A LOS 6 MESES EN CASTILLA Y LEÓN CON EL REGISTRO OSCHAR 2.

Andrea Domínguez Martín; Mónica Escribano Barbero; Irene Iglesias Barrueco; María Jesús Sánchez Santiago; Clara Domínguez Martín; Cristina Lugones Sánchez;

135 EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL CENTRO COORDINADOR DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN EN LA GESTIÓN DE LA SOSPECHA DE PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS..

María Jesús Sánchez Santiago; Andrea Domínguez Martín; Irene Iglesias Barrueco; Mónica Escribano Barbero; Clara Domínguez Martín; Cristina Lugones Sánchez;

136 EVALUACIÓN DEL USO POTENCIAL DEL ROBOA (OCCLUSIÓN RESUCITATIVA ENDOVASCULAR DE LA AORTA) EN ENTORNOS PREHOSPITALARIOS..

Andrea Domínguez Martín; Irene Iglesias Barrueco; María Jesús Sánchez Santiago; Mónica Escribano Barbero; Juan Francisco Delgado Benito; Pablo García Marcos;

137 ANÁLISIS DE LA EVIDENCIA DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR CON LA TÉCNICA DE "HEAD-UP" EN SITUACIONES DE PARO CARDIORRESPIRATORIO NO TRAUMÁTICO..

María Jesús Sánchez Santiago; Andrea Domínguez Martín; Mónica Escribano Barbero; Irene Iglesias Barrueco; Clara Domínguez Martín; Mercedes Huidobro del Arco;

138 TRAUMA GRAVE: LA IMPORTANCIA DE REVALORAR Y ANTICIPAR.

Ane Erdozain Larrañaga; Matilde Juanes Toranzo;

139 LA IMPORTANCIA DEL TRIAGE ENFERMERO EN EL MANEJO DEL DOLOR TORACICO EN SERVICIO DE URGENCIAS.

María Eulalia Martínez Blanco; Beatriz Polo Gaitan; Noelia Perez Bermejo;

141 CONOCIMIENTO SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO EN LAS ESCUELAS.

Bibiana Basadre Rodriguez; Camilo José Vázquez Vorveiras; Graciela Gonzalez Belmonte;

ÍNDICE DE PÓSTERS



142 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP).

Beatriz Polo Gaitán; María Eulalia Martínez Blanco; Noelia Perez Bermejo;

143 COMPRIME PARA SALVAR. PROYECTO EXPERIMENTAL DE FORMACIÓN EN MANIOBRAS DE SOPORTE VITAL BÁSICO A PERSONAL NO SANITARIO EN SALAMANCA..

Claudino Plaza Hernández; Celia Peña Martín; Andrea Domínguez Martín; Irene Iglesias Barrueco; Mónica Escribano Barbero; María Jesús Sánchez Santiago;

145 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA SOBRE DE LA EDUCACIÓN EN SOPORTE VITAL BÁSICO EN PERSONAL NO SANITARIO .

Irene Iglesias Barrueco; Maria Jesús Sánchez Santiago; Mónica Escribano Barbero; Andrea Domínguez Martín; Clara Domínguez Martín; María Grañeda Iglesias;

146 HUMANIZANDO LA RCP: ANÁLISIS DE LA PRESENCIA DE FAMILIARES DURANTE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.

Irene Iglesias Barrueco; Maria Jesús Sánchez Santiago; Mónica Escribano Barbero; Andrea Domínguez Martín; Clara Domínguez Martín; Maria Isabel Macías;

147 OBSERVACIÓN DE LAS INSTRUCCIONES DE RCP TELEFÓNICA EN LOS CENTROS COORDINADORES DE ESPAÑA.

Rosario Martin Page; Clara Diago Crisol; Raquel Rodríguez Merlo; Paloma Pérez Quesada; Marta Martínez del Valle;

149 TICAGRELOR Y MORFINA EN EL INFARTO DE MIOCARDIO: INTERACCIÓN Y EFECTOS SOBRE LA INHIBICIÓN PLAQUETARIA.

Monica Escribano Barbero; Andrea Domínguez Martin; Maria Jesús Sanchez Santiago; Irene Iglesias Barrueco; Juan Francisco Delgado Benito; Pablo Garcia Marcos;

150 COMPARACIÓN DE LA RCP MANUAL VS MECÁNICA EN PARADAS CARDIACAS EXTRAHOSPITALARIAS.

Monica Escribano Barbero; Irene Iglesias Varrueco; Andrea Domínguez Martin; Maria Jesús Sanchez Santiago; Cristina Sofia Baz Villoria; Daniel Encinas Sanchez;

151 CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA SOBRE DESFIBRILACIÓN TEMPRANA EN UNA UCI DE UN HOSPITAL DE IV NIVEL.

Fernando Benlliure Portero; Ana Belén Pérez Martín; Edurne Benlliure Enriquez; Susana Prieto Palomares; Isabel Mateos Monzón; Fabiola Fiz Espinosa;

154 SIGNO DE OJOS DE MAPACHE.

Idoya Adanero Calvo; Álvaro Arribas Cerezo; Valvanera Cordon Urtado; Amaya Burgos Esteban; Marta Giménez Luzuriaga; Marcos Juanes García;

155 VASOESPASMO CEREBRAL. EL PELIGRO LATENTE..

Pablo SÁnchez FernÁndez; Alba Alonso Puerta;

156 PATOLOGÍA TIEMPO DEPENDIENTE EN URGENCIAS. ACTUACIÓN EN EL CÓDIGO INFARTO.

Lara Tomás Delgado; Sandra Palomar Hernández; Sevina Velizarova Halacheva;

157 UN MISMO CASO, DOS SISTEMAS DE SALUD: COOPERACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS ENTRE COMUNIDADES LIMÍTROFES.

Alberto García Galán; María Molina Oliva; Rafael Martín Sánchez; María Elena Álvarez Rodríguez; Javier Sánchez Simancas;

ÍNDICE DE PÓSTERS



160 ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN IMPARTIDA POR EL EQUIPO ALERTANTES DE SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL A CUERPOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD PÚBLICA.
Rafael Regen Flor;

163 MANEJO INICIAL DE LA TORMENTA ARRÍTMICA: A PROPÓSITO DE UN CASO..
Dolores Mateos Clavero; Alba Virginia Moriche Vázquez;

164 MANEJO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL CODIGO ICTUS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.
Maria Eulalia Martínez Blanco; Noelia Perez Bermejo; Beatriz Polo Gaitán;

165 EPIDEMIOLOGÍA DEL POLITRAUMA ATENDIDO EN UNAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.
Jorge Sendino Gonzalez;

167 IMPORTANCIA DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON HERIDA DE ARMA BLANCA.
Noelia Pérez Bermejo; Beatriz Polo Gaitán; Maria Eulalia Martínez blanco;

168 ANÁLISIS DE LA GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN EN LA PCR INTRAHOSPITALARIA.
Carlos Martorell Campins; Maria Ribas Muntaner; Francisca c Vallespir Cladera;

169 IMPORTANCIA DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON COVID EN URGENCIAS.
Noelia Perez Bermejo; María Eulalia Martínez Blanco; Beatriz Polo Gaitán;

170 LA SEPSIS TAMBIÉN MATA.
Ana María Pernía Sánchez; Irene Sánchez Soberón; Ana Benito Justel; María Pilar Alfonso Martín; Antía Domínguez Rodríguez; Noelia Rodríguez Garrido;

171 MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA: UNA CAUSA POCO COMÚN DE PCR..
Ana María Pernía Sánchez; Irene Sánchez Soberón; Ana Benito Justel; Marta Moya Rodríguez-Carretero; Antía Domínguez Rodríguez; Elisa Bazo Santos;

172 NO TODOS LOS SÍNCOPES SON IGUALES .
Gabriela Tanoira Carballo; Marina De la torre Trillo;

175 LA VIA VERDE AVC EN PORTUGAL - CÓMO FUNCIONA Y PAPEL DE LA ENFERMERA.
Sonia Flgueira; Claudia Gomes; Manuel Grilo; Filipa Barros;

176 USO DE CARDIOPRESORES MECANICOS DURANTE LA RCP.
Esmeralda Gutierrez Ruiz;

ÍNDICE DE PÓSTERS



178 PRE-NOTIFICACIÓN PREHOSPITALARIA DE SOSPECHAS DE INFARTOS AGUDOS DE MIOCARDIO EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2023, EN PORTUGAL.

Claudia Gomes; Sonia Figueira; Manuel Grilo; Filipa Barros;

179 MALAS NOTICIAS EN URGENCIAS.

Idoya Adanero Calvo; Álvaro Arribas Cerezo; Raquel López Poza; Valvanera Cordon Hurtado; Marta Paleo Agustín; Clara Gran Tijada;

180 PCR(PARADA CARDIORRESPIRATORIA) EN SCACEST (SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DE ST) Y POSTERIOR ANGIOPLASTIA.

Agustín Guisado Gallego; Rafael Blanco Guerrero; Oscar Lozano Gutiérrez; Maria Gemma Rodriguez Leal; Juan José Alonso Rius; Jesus Chaveinte Serradilla;

181 UN MISMO CASO, DOS SISTEMAS DE SALUD: COOPERACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS ENTRE COMUNIDADES LIMÍTROFES.

Alberto García Galán; María Molina oliva; Rafael Martín Sánchez; María elena Álvarez Rodriguez; Javier Sánchez Simancas;

182 ENSEÑANZA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN LOS DIFERENTES CURRÍCULOS EDUCATIVOS AUTONÓMICOS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE ESPAÑA.

Celia López Gonzalo; Gabriel Gómez Yagüe; José pablo Calle Sánchez; Cristina Moreno Martín; Ariana Leonor Cardiel; María Jiménez Martín;

183 VALORACIÓN CONTINÚADA DE LAS HABILIDADES FORMATIVAS BÁSICAS Y AVANZADAS EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)..

Esther Portugal Rodriguez; Mercedes Artola Blanco; Álvaro Velasco Villagarcía; Jaime Pérez Gutiérrez; Elena Bustamante Munguira; Nuria Mamolar Herrera;

184 HEMOTÓRAX MASIVO POR TRAUMATISMO TORÁCICO CON ARMA BLANCA.

Valvanera Cordón Hurtado; María Hernández Ledesma; Álvaro Arribas Cerezo; Idoya Adanero Calvo; Marta Giménez Luzuriaga; Amaya Burgos Esteban;

186 CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS NECESARIAS PARA LA APLICACIÓN DE MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DE CALIDAD EN ESCOLARES.

Clara Isabel Tejada Garrido; Rafael Tamayo Rodríguez; Maria Estela Colado Tello; Ana Cobos Rincón; Juan José Eito Cuello;

187 ACTÚA RÁPIDO, MEJORA LA VIDA..

María Molina Oliva; Alberto García gGlán; Rafael Martín Sánchez; María elena Álvarez Rodriguez; Javier Sánchez Simancas;

188 EXPERIENCIA DEL PRIMER TRANSPORTE DE PACIENE CRÍTICO EN HELICÓPTERO.

Valvanera Cordón Hurtado; Clara Gran Tijada; Amaya Burgos Esteban; Marta Giménez Luzuriaga; María Hernández Ledesma; Nuria Sánchez Esteban;

189 PATOLOGÍA TIEMPO DEPENDIENTE EN URGENCIAS. ACTUACIÓN EN EL CÓDIGO INFARTO..

Lara Tomás Delgado; Sandra Palomar Hernández; Sevina Velizarova Halacheva;

ÍNDICE DE PÓSTERS

190 NIVELES ELEVADOS DE LACTATO Y EXCESOS DE BASES COMO PREDICTOR PRECOZ DE SHOCK OBSTRUCTIVO TRAUMÁTICO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Lázaro Jiménez Clemente; Alvaro Lafuente la Hoz; Marta Gasca Carceller; Armando Cester Martinez; Maria Llorente Omeñaca; Carlos Díaz Roy;

191 ENSEÑANZA Y CONCIENCIACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE LA RCP EN NIÑOS. .

Sandra Palomar Hernández; Lara Tomás Delgado; Sevina Velizarova Halacheva;

MONÓLOGOS CERCP: "TED TALKS"

SÁBADO DÍA 11 - Sala Intermedia (Planta 1)



12:30 - 12:42. Número de charla: 01

PROGRAMA "RCP DESDE MI COLE": LA EXPERIENCIA DE ENSEÑAR SVB EN NIÑO ENTRE 5 Y 8 AÑOS

Marta Nonide Robles

12:44 - 12:56. Número de charla: 02

CUANDO CHOCAN LOS PRINCIPIOS ETICOS Y MEDICOS

Begoña García Fontenla

12:58 - 13:10. Número de charla: 03

TALLER MOVIL DE RCP

Jorge Constantino Fabeiro Mosconi

13:12 - 13:24. Número de charla: 04

¿DEJARLO O SEGUIR? UNA PARADA PEDIATRICA EN MI PRIMERA GUARDIA

Daniel González Rodríguez

13:12 - 13:34. Número de charla: 05

LA GUARDIA CIVIL: PRIMER INTERVINIENTE EN EL MUNDO RURAL

María Pilar Adrián Lizama

13:26 - 13:38. Número de charla: 06

MI PRIMERA VEZ

Lorena Toro Maldonado

13:54 - 14:06. Número de charla: 07

CEREBRO CON CORAZON

Lazaro Jiménez Clemente

14:08 - 12:20. Número de charla: 08

"STOP CPR" AN ETHICAL APROACH

Filipa Barros

COMUNICACIONES ORALES



01

SÁBADO 11
09.00-09:10h

SESIÓN 1.

Sala de Ensayos (Planta -1)

PRIMER FIRMANTE

Ángel López González

AUTORES

Joseba Rabanales Sotos;
Dolores Selva Denia;
Ana Belén García Bravo;
Sonia Piñero Saez;
Javier Gonzalez Monedero;

CENTROS DE TRABAJO

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

ENSEÑANZA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AL PROFESORADO DE CENTROS DE EDUCATIVOS CON LÍNEAS DE INFANTIL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE ALBACETE

INTRODUCCIÓN

Kids save lives reconoce que enseñar de RCP a niños y adolescentes mejorará la supervivencia al paro cardíaco (PC) justificando su inclusión en el currículum escolar. La legislación española indica que en los colegios debe enseñarse "a hacer RCP y uso del DEA. Actuación ante OVACE. Reconocer signos de Ictus e IAM".

Enseñar RCP en Centros de Educación Infantil y Primaria (CEIP) es una estrategia valorada positivamente por un profesorado que se siente capaz de formar a niños/as si previamente ha recibido formación. Esta estrategia garantizará el acceso a la mayoría de la población.

Para llevar la formación en RCP a docentes de CEIP, la Diputación Provincial de Albacete firmó un Convenio de colaboración con la Universidad de Castilla-La Mancha.

OBJETIVO

Analizar la satisfacción y la percepción de "ser capaces de enseñar RCP" de los destinatarios.

METODOLOGÍA

Estudio observacional transversal realizado mediante los resultados de satisfacción y percepción de capacidad de los docentes de CEIP.

RESULTADOS

Se realizaron 48 acciones formativas con un total de 298 participantes (81,7% mujeres), con un promedio de 18,4 años como docente. Todos respondieron la encuesta de satisfacción. La puntuación media de los 12 ítems que la componen fue de 9,94.

Respecto a la encuesta de Percepción de "ser capaz de enseñar a mis alumnos" a: Reaccionar y actuar ante una persona inconsciente (93,53%); Valorar si una persona está inconsciente (91%); Alertar rápidamente al 1-1-2 (97,85%); Informar detalladamente al operador del 1-1-2 (91,73%); Abrir la vía aérea en una persona inconsciente (92,45%); Valorar en un inconsciente si respira o no (88,85%); Reconocer un PC (83,81%); Mantener la calma ante una persona en PC (83,45%); Tomar decisiones ante una persona en PC (84,53%); Aplicar la secuencia de RCP (91%); Realizar las compresiones en el centro del pecho (89,57%); Informar a los sanitarios de lo que he hecho hasta su llegada (92,45%); Realizar una RCP (84,17%).

CONCLUSIONES

La impartición del curso "RCP y DEA" a docentes de CEIP por profesores de la UCLM, con metodología altamente participativa, alcanzó altos niveles de satisfacción y de percepción de capacidad entre los asistentes para enseñar RCP a sus alumnos.

27

SÁBADO 11
09:12-09:22h

SESIÓN 1.

Sala de Ensayos (Planta -1)

PRIMER FIRMANTE

Miguel Ángel Jodar Utrero

AUTORES

María Isabel Lopez
Fernandez; Cristina
Martinez Fernandez;
Santiago Pacheco Lorca;
Luis Enrique Gonzalez de
la Guerra; Sergio Cuerpo
Lara;

CENTROS DE TRABAJO

SAMUR-PC
SUMMA 112

CÓDIGOS ICTUS TRAS LA PANDEMIA: ¿QUÉ HA PASADO?

INTRODUCCIÓN

Tras la pandemia, algunas publicaciones han señalado una variación cuantitativa y del perfil de esta patología. Actualmente más del 50% de los ictus son trasladados a través de los Servicios de Emergencias (SEM) como Código Ictus, por ello, pensamos que procedía valorar esos posibles cambios en el ámbito de un SEM con larga experiencia en este Código.

OBJETIVOS

Valorar, en el entorno de un SEM, si ha existido un incremento de este proceso neurológico, y si cambiaron sus características.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo de una base de datos prospectiva. Cohorte de 754 pacientes, ingresados como Códigos Ictus por parte de las Unidades de SVA de un SEM a lo largo de dos periodos: pre y postpandemia: (1/1/2018-31/12/2019) y (1/1/2021-31/12/2022). Se realizó un seguimiento de los pacientes hasta los 7 días del ingreso. Variables epidemiológicas: Edad, sexo. Variables independientes: Frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), Valor del Glasgow (Glasgow), Tensión arterial sistólica (TAS), pH, lactato, EB, y supervivencia a los 7 días. Variable dependiente: Periodo de estudio.

Análisis descriptivo: variables centrales y de dispersión. Análisis inferencial: Asociación entre variables categóricas: Chi cuadrado, variables cuantitativas: T de Student. Intervalos de confianza 95%, $p < 0,05$. SPSS 17.

RESULTADOS

754 pacientes. 454 hombres (60,2%), Edad media: 68,06 (DE:15,30) sin diferencias significativas en los dos periodos en ambas variables. Cuantitativamente, se apreció un incremento de un 10,61% de casos en el periodo postpandemia.

No hubo diferencias estadísticas en las variables: FC, FR, pH y lactato. Sí se constataron diferencias en: Glasgow; 13,79 vs 13,43 $p=0,035$, TAS; 138 vs 146 $p=0,0032$ y EB; +0,495 vs -0,070 $p=0,033$. No hubo diferencia significativa en supervivencia a los 7 días; 6,4% vs 8,8% $p=0,290$.

CONCLUSIONES

Con mucha prudencia, este trabajo nos permite aportar algunas consideraciones: ha habido un incremento de casos, mayor que la progresión esperada, pero sin variación epidemiológica en cuanto a sexo y edad. En cuanto al perfil de la patología, pudiera decirse que existe una tendencia a mayor inestabilidad a tenor de los peores valores en GCS, TAS y EB en el segundo periodo. A pesar de ello, y aunque no significativa por el tamaño de la muestra, hay tendencia hacia una mayor supervivencia.

50

SÁBADO 11
09:24-09:34h

SESIÓN 1.

Sala de Ensayos (Planta -1)

PRIMER FIRMANTE

Adrián González Ruiz

AUTORES

María Isabel Vázquez
García; Laura Picón
Merino; José Luis Pérez
Sánchez; Ana Pérez
Benito; Mario Holguín
Labajo;

CENTROS DE TRABAJO

SAMUR-PC
Hospital Universitario 12
de Octubre

LA HIDROXOCOBALAMINA Y LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE AFECTADO POR DERIVADOS DEL CIANURO EN UNA INHALACIÓN DE HUMOS

INTRODUCCIÓN

El manejo de los pacientes afectados de un Síndrome de Inhalación de humo (SIH) ha variado considerablemente en los últimos tiempos. Uno de los factores que ha propiciado una mejora en el manejo ha sido la aparición de tratamientos antidóticos, como el oxígeno hiperbárico en el caso de la intoxicación por CO o la Hidroxocobalamina en los derivados del cianuro, un fármaco capaz de atrapar el grupo CN de las moléculas de ácido cianhídrico (HCN) presentes en el organismo, optimizando la respiración celular.

OBJETIVOS

Conocer el perfil clínico de estos pacientes, en términos de parámetros epidemiológicos, hemodinámicos y metabólicos, tratados con hidroxocobalamina por un SEM.

Valorar la influencia de la hidroxocobalamina en las alteraciones metabólicas generadas por esta intoxicación y la supervivencia de estos pacientes en los 7 primeros días de ingreso hospitalario.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, retrospectivo con base de datos de carácter prospectivo empleando los informes asistenciales y seguimientos hospitalarios de los 7 primeros días de ingreso de pacientes con

SIH que requirieron administración de hidroxocobalamina por un SEM en los últimos 20 años.

Análisis descriptivo medidas centrales y de dispersión, análisis inferencial para variables cuantitativas con T de Student. Intervalos de confianza 95%; $p < 0,05$.

RESULTADOS

142 pacientes, 59,2% varones. Edad media: 56 años (DE 22,29). Inicialmente presentan hipotensión (42%), taquicardia (66,7%), Glasgow menor de 9: 38%, acidosis (66,7%), disminución del exceso de base (EB) (82%) y de bicarbonato (75,8%) e hiperlactacidemia (98,3%). A nivel iónico: hipocalcemia (32,3%), hipopotasemia (29,5%), hiperclorremia (23%) e hiperpotasemia (15,8%). Precisan intubación orotraqueal un 77,5% y >1 litro de cristaloides el 28,2%. Soporte vasoactivo en 5,6%. Tras tratamiento con Hidroxocobalamina, disminuyó la hiperlactacidemia de 9 mmol/l iniciales (DE: 3,85) a 7,5 mmol/l (DE: 3,99) finales, $p = 0,002$ y se corrigió el EB de -8,28 (DE: 6,76) a -7,93 (DE: 7,07), $p = 0,009$.

Supervivencia a las 6 y 24 horas del 90,8% y 83%, cayendo al 69,7% a los 7 días.

CONCLUSIONES

De inicio, el SIH muestra una evolución paradójica, con estabilidad hemodinámica, e incluso respiratoria, pero con llamativas alteraciones metabólicas.

La administración de hidroxocobalamina posibilita antes de la llegada al Hospital del SEM, una reducción significativa de los niveles de lactacidemia y en menor medida del EB.

En nuestra casuística observamos índices de mortalidad más elevados en comparación con el resto de pacientes traumáticos

52

SÁBADO 11
09:12-09:22h

SESIÓN 1.
Sala de Ensayos (Planta -1)

PRIMER FIRMANTE
Alfredo Castro Nantes

AUTORES
Jesus Piñeiro Pereira;
Alberto Currás Domínguez;

CENTROS DE TRABAJO
Ambulancias Civera;
Ambulancias Pontevedra
(Urgencias Sanitarias de
Galicia)

VARIACIÓN EN LA CALIDAD DE LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN BÁSICA EN LA POBLACIÓN GENERAL, COMO UNA MÍNIMA INTERVENCIÓN FORMATIVA

INTRODUCCIÓN

El conocimiento de las maniobras iniciales de reanimación y su aplicación previa a la llegada de los servicios de emergencias médicas (SEM) ha demostrado ser fundamental para la supervivencia de las víctimas y su recuperación sin secuelas. Su aplicación por parte de la población general es aún una asignatura pendiente. Intervenciones formativas prácticas y breves pueden resultar muy útiles.

OBJETIVOS

Comparar la variación en la calidad de las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) básica de la población general tras una intervención formativa breve.

METODOLOGÍA

Recogida de muestra aleatoria oportunista de 250 personas no entrenadas mayores de 15 años en vía pública, en la provincia de Pontevedra. Se pedía a los participantes que realizaran dos simulaciones ante una posible parada cardiorrespiratoria (PCR) y actuaran según sus conocimientos en el primer caso y repitieran las maniobras tras la intervención formativa breve de 3 minutos a cargo de los dos instructores participantes. Se utilizaron dos maniquís Little Anne QCPR®, de la marca Laerdal. Los datos de calidad de

la reanimación se obtuvieron de la aplicación de Laerdal QCPR®.

Variables analizadas: Comprobación de respuesta, llamada al 112, Valoración de respiración con la Maniobra frente-mentón, colocación de manos, postura, ritmo y profundidad en las compresiones torácicas (CT). Los resultados se expresan en porcentajes.

RESULTADOS

En la Comprobación de Respuesta, 17,6%, después de la formación 92,8%.
La valoración de la respiración, 18,8%, después de la formación 95,6%.
Cadena de supervivencia (llamada), 10,8%, después de la formación 73,6%.
Punto de compresión, 24,4%, después de la formación 91,6%.
Ritmo de compresión, 27,6%, después de la formación 58%.
Profundidad, 16,4%, después de la formación 28,8%.
Compresión de 90-100%, 57,2%, después de la formación 78%.
Descompresión de 90-100%, 71,1%, después de la formación 72,4%.
Efectividad total 90-100%, 16%, después de la formación 61,2%.

CONCLUSIONES

Con una mínima formación se pueden mejorar muchos parámetros que incrementan la calidad de la RCP en personal no entrenado, como demuestra un aumento de la efectividad en el rango de 90-100% en un 45,2%. Observamos que algunas personas que tenían unos resultados elevados de efectividad reducían sus resultados en la segunda simulación por que se centraban más en la profundidad o el ritmo. Debido a las condiciones del estudio consideramos que la variable de avisar a los SEM en la primera simulación podría estar condicionado a la falsa percepción de necesidad de los mismo.

53

SÁBADO 11
09:24-09:34h

SESIÓN 1.

Sala de Ensayos (Planta -1)

PRIMER FIRMANTE

María Molina Goicoechea

AUTORES

Elisa Martínez Campos;
Elena Escriche Gorospe;
Luis Ignacio Jiménez de
Luque; Beatriz Zandio
Amorena; Alfredo Echarri
Sucunza;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Universitario de
Navarra;
Servicio de Urgencias
Extrahospitalarias

ESTUDIO IMPACTE: EL IMPACTO DE LA FASE EXTRAHOSPITALARIA DEL CÓDIGO ICTUS

INTRODUCCIÓN

El ictus es una patología en la que el tiempo desde el inicio de la clínica hasta la llegada a un centro hospitalario determina la posibilidad de tratamientos como la fibrinólisis intravenosa o la trombectomía mecánica. Es por ello importante optimizar los tiempos de atención, siendo la fase extrahospitalaria fundamental para garantizar la calidad de la cadena asistencial.

OBJETIVOS

Analizar los códigos ictus activados por Servicio de Urgencias Extrahospitalaria (SUE): describir cohorte, analizar tiempos y adherencia al protocolo regional e identificar factores relacionados con variables resultado.

METODOLOGÍA

Cohorte de 831 pacientes entre 01/01/2021 y 31/3/2022. Analizamos variables clínico-demográficas, tiempos de actuación, tratamientos de reperfusión y pronóstico. Se realiza estudio descriptivo y estadística bivariable.

RESULTADOS

Edad media 74.9 años (12-99), 56.1% varones. Diagnóstico final de ictus isquémico en 526 (63.3%) (fibrinólisis 31.2%; trombectomía

22.1%); ictus hemorrágico en 112 (13.5%) e ictus mimic en 192 (23.1%). Al mes: mortalidad 7.5%; independencia funcional 72%.

Media de tiempos extrahospitalarios (minutos): 118 (DE 204) inicio de los síntomas- activación del código ictus; 25 (DE 17) activación- llegada del SUE al lugar y 41 (DE 26) llegada del SUE - llegada al primer centro hospitalario.

131 (15.8%) traslados secundarios a centro de referencia (33 de ellos con tratamiento fibrinolítico iniciado).

El 75.7% utilizaron Soporte Vital Básico y el 22.5% Soporte Vital Avanzado, sin diferencias significativas en tiempos. El 75.9% de los avisos fueron desde domicilio. La remisión al centro hospitalario según criterios territoriales fue adecuada en un 95%.

El tiempo de activación de código ictus fue significativamente menor en aquellos pacientes que presentaron déficit motor.

Influyeron significativamente en el pronóstico la fibrinólisis, la trombectomía mecánica, ictus mimic y tiempo de llegada del SUE al lugar del ictus. Menor tiempo de llegada a hospital de referencia se asoció con mayor número de trombectomías.

CONCLUSIONES

El reconocimiento del ictus por el SUE y la adecuación al protocolo es alta en nuestra comunidad, lo que permite altas tasas de tratamientos de reperfusión, que inciden en el pronóstico.

Esta auditoría nos ha permitido identificar puntos de mejora como el reconocimiento de los síntomas no motores y adecuación de los traslados según territorios.

66

SÁBADO 11
10:00-10:10h

SESIÓN 1.

Sala de Ensayos (Planta -1)

PRIMER FIRMANTE

Javier García Requena

AUTORES

Rafael San José Flores;

CENTROS DE TRABAJO

Ministerio de Defensa;
Facultad de Enfermería de
Albacete

VÍA INTRAÓSEA VS. VÍA INTRAVENOSA EN PARADA CARDÍACA EXTRAHOSPITALARIA: UN METAANÁLISIS

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) supone la evolución hacia la muerte súbita si no se adoptan medidas correctoras de manera inmediata, especialmente en el ámbito extrahospitalario. En este contexto, la administración precoz de adrenalina se establece como punto clave para lograr una resucitación eficaz, a través del procedimiento de obtención de un acceso vascular. Históricamente, la colocación de un acceso intravenoso (IV) se ha posicionado como la opción más válida, pero las características de los pacientes y la necesidad de lograr este acceso en entornos hostiles han otorgado un papel relevante y cada vez más utilizado al acceso intraóseo (IO).

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de la vía IO frente a la vía IV en el contexto de la PCR extrahospitalaria en población adulta.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión sistemática tipo metaanálisis de estudios observacionales de tipo cohortes retrospectivas. Las fuentes de información utilizadas fueron: Web of ScienceTM, Scopus y Cochrane Library. Se aplicaron filtros de búsqueda y criterios de selec-

ción para obtener estudios que cuantificaran la efectividad de ambas vías en función de los siguientes resultados asistenciales: recuperación de la circulación espontánea (RCE), supervivencia al alta hospitalaria (SAH) y SAH con buen resultado neurológico. Se realizó una regresión agrupada de datos anidados bajo el modelo de efectos aleatorios. Los análisis aplicados fueron: tamaño del efecto mediante odds ratio (OR), análisis de heterogeneidad, análisis de subgrupos, análisis de sensibilidad y sesgo de publicación.

RESULTADOS

Se incluyeron 9 registros en la síntesis cuantitativa. RCE: OR = 0,68 [0,62-0,74] para IC 95% ($p < 0,00001$; I2 = 53%, $p = 0,04$); SAH: OR = 0,60 [0,48-0,75] para IC 95% ($p < 0,00001$; I2 = 74%, $p = 0,0007$); SAH con función neurológica favorable: OR = 0,53 [0,36-0,76] para IC 95% ($p = 0,0007$; I2 = 81%, $p = 0,0004$). Se evidenció sesgo de publicación en todas las variables desenlace. El análisis de sensibilidad no reveló en ningún caso estudios que alteraran significativamente el resultado.

CONCLUSIONES

La efectividad de la vía IO frente a la vía IV en el contexto de la PCR extrahospitalaria en población adulta es levemente desfavorable.

67

SÁBADO 11
10:12-10:22h

SESIÓN 1.

Sala de Ensayos (Planta -1)

PRIMER FIRMANTE

Cristino Del campo
Cazallas

AUTORES

Felipe Lordén Martínez

CENTROS DE TRABAJO

SUMMA 112

NUEVA HERRAMIENTA DE AYUDA EN LA DETERMINACIÓN DEL PESO PEDIÁTRICO PARA EL CÁLCULO DE DOSIS EN LA RCP.

INTRODUCCIÓN

Con los resultados y la comparativa de los estudios HOSCAR 1 y HOSCAR 2 (Out-of-Hospital Spanish Cardiac Arrest registry) se estima que las paradas cardiorrespiratorias (PCR) extrahospitalarias pediátricas en España suponen en torno al 1,5 % del total que se producen en este ámbito. Concretamente HOSCAR 1 registró 94 casos en 13 meses y HOSCAR 2 125 en un año. (1)

En el paciente pediátrico la posología de la práctica totalidad de los fármacos y terapias incluidos en el vademécum y protocolos de atención en parada cardiorrespiratoria viene dada según el peso del niño/a. (2-6)

En el manejo de la PCR pediátrica, la determinación exacta del peso es dificultosa sobre todo en el ámbito extrahospitalario por la falta de dispositivos precisos. Ante este inconveniente se utilizan herramientas y reglas de estimación subjetiva del peso según edad y talla que ofrecen una aproximación al peso del paciente con la que se calculan las dosis de fármacos y terapias a administrar en la reanimación cardiopulmonar (RCP).

La hipótesis de este trabajo es que el resultado de la estimación del peso subjetiva o con este tipo de herramientas no es exacta, puede oscilar de un profesional a otro e implicar una variación y errores en el cálculo de la dosis y terapias del paciente pediátrico en la RCP.

OBJETIVOS

- Comparar el peso real del paciente pediátrico con el calculado mediante métodos de estimación utilizados en el ámbito de la emergencia extrahospitalaria.
- Comparar el peso real del paciente pediátrico con el estimado mediante observación visual por parte

de los profesionales sanitarios de extrahospitalaria.

METODOLOGÍA

Se plantea un estudio descriptivo, transversal, observacional y prospectivo con la utilización de metodología cuantitativa.

Se selecciona una muestra no probabilística por conveniencia en 17 niños <14 años. Tras consentimiento y firma de padres o tutores se determina peso, altura y edad con instrumentos validados. Posteriormente, se hacen 3 determinaciones de peso de cada uno de los sujetos aplicando 3 métodos de estimación del peso utilizados en el manejo de la PCR extrahospitalaria.

- Método 1. Según talla (7)
- Método 2. Según edad (8)
- Método 3. Mediante código de color/talla (9)
- (...)

RESULTADOS

- La desviación típica es igual a cero ($\sigma=0$) solamente en el 17,64% de los casos medidos con el método 2, en el 11,76% de los sujetos del método 1 y en el 5,88% de las determinaciones del peso realizadas con el método 3.

- El porcentaje de error máximo hallado en cada uno de los 3 métodos es de +/- 33%.

- En un 18% de los casos con el modelo 1 no se pudo estimar el peso del sujeto por no constar equivalencia y en el 47% de los analizados con el modelo 3 no se pudo hacer una estimación exacta.

- Se recibieron 103 cuestionarios de estimación visual del peso, de los cuales el 75% obtuvo menos de 4 determinaciones exactas. En el análisis mediante el método Bland-Altman Plot se encontró importante discordancia en la mayoría de los casos.

CONCLUSIONES

Los métodos de estimación de peso por talla y edad utilizados en la atención de la PCR pediátrica no determinan con exactitud el peso del paciente pediátrico en algunos casos.

La estimación visual del peso del paciente pediátrico por profesionales sanitarios de extrahospitalaria es inexacta y oscila de un profesional a otro.

Las diferencias de estimación e inexactitud del peso podrían suponer errores en la posología y generar problemas de seguridad en la atención de la PCR pediátrica.

Los resultados de este estudio han llevado a sus autores al diseño y registro de "MaRcOs" un sistema de pesaje preciso y objetivo del paciente pediátrico en el ámbito extrahospitalario que facilita y garantiza la determinación del peso real del paciente pediátrico en la PCR y por consiguiente la posibilidad de administrarle los fármacos y terapias de manera ajustada a las diferentes recomendaciones en RCP.

68

SÁBADO 11
09:00-09:10hSESIÓN 2.
Sala intermedia (Planta 1)PRIMER FIRMANTE
Jose Maria Navalpotro
PascualAUTORES
Francisco Alfonso Peinado
Vallejo; Marta De la Torre
Reoyo; Ana Díaz Herrero;
Manuel José González
León; Elena Alcalá-zamora
Marcó;CENTROS DE TRABAJO
SUMMA112

INFLUENCIA DE LA EDAD Y EL SEXO EN LA RCP TELEFÓNICA

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es la principal causa de muerte prematura en España y en los países occidentales. Cuanto antes se inicien las compresiones torácicas, mayores son las posibilidades de supervivencia sin secuelas. La resucitación cardiopulmonar telefónica (RCPt) ha demostrado ser útil en este sentido.

OBJETIVOS

El objetivo es conocer si la edad y el sexo del paciente tiene influencia a la hora de reconocer la PCR y de hacer RCPt por el centro coordinador de urgencias (CCU).

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio observacional de cohorte clínico prospectivo sobre las PCR extrahospitalarias de enero de 2019 a diciembre de 2022. Se estudiaron como variables: edad y sexo del paciente si se reconoció la PCR por el CCU y si se hizo RCPt. Se realizó un análisis descriptivo, para variables cuantitativas, mediante medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar (DE)), y para variables cualitativas mediante distribución de frecuencias absolutas y relativas. Para la comparación de medias se utilizó el test de la t de Student y para

las variables categóricas el test de la χ^2 y el test de Fisher.

RESULTADOS

De 5299 PCR reconocibles, se reconocieron 3234 (61%). En mujeres se reconoce el 57,1% mientras que en hombres el 63% ($p < 0,001$). La edad media de los que se reconoce es de 66,95 (DE 33,63) años y en los que no 72,94 (DE 33,29) ($p < 0,0001$). De las 1861 que se reconocieron y se podría haber hecho RCPt, se hizo en 1277 (68,6%). En mujeres se hizo RCPt en el 65,4% y en hombres en el 70,2% ($p = 0,043$). La edad media de los que se hizo RCPt es de 66,32 (DE 40,78) años y de los que no se reconoce 68,53 (DE 17,91) ($p = 0,105$).

CONCLUSIONES

Según nuestros datos, la PCR es reconocida mejor en hombres que en mujeres, haciéndose más RCPt. En los que se reconoce, la edad media es menor, algo que no ocurre a la hora de hacer RCPt. Debemos subrayar el margen de mejora en el género femenino.

70

SÁBADO 11
09:12-09:22hSESIÓN 2.
Sala intermedia (Planta 1)PRIMER FIRMANTE
Francisco Alfonso Peinado
VallejoAUTORES
Jose María Navalpotro
Pascual; Francisco José
Sánchez García; Jose
Antonio Hortelano Alonso;
Belén Muñoz Isabel; Elena
Alcalá-Zamora Marcó;CENTROS DE TRABAJO
SUMMA112

INFLUENCIA DEL ESTADO PREVIO DEL PACIENTE Y LUGAR DE LA PARADACARDIORRESPIRATORIA EN LA RESUCITACION CARDIOPULMONAR TELEFÓNICA

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es la principal causa de muerte prematura en España y en los países occidentales. Cuanto antes se inicien las compresiones torácicas, mayores son las posibilidades de supervivencia sin secuelas. La resucitación cardiopulmonar telefónica (RCPt) ha demostrado ser útil en este sentido.

OBJETIVOS

El objetivo es conocer si el estado previo del paciente y la localización de la PCR tiene influencia a la hora de reconocer la PCR y de hacer RCpt por el centro coordinador de urgencias (CCU).

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio observacional de cohorte clínico prospectivo sobre las PCR extrahospitalarias de enero de 2019 a diciembre de 2022. Se estudiaron como variables: dependencia previa, comorbilidades del paciente, localización, si fue reconocida por el CCU y si se hizo RCpt. Se realizó un análisis descriptivo para variables cualitativas mediante distribución de frecuencias absolutas y relativas. Para la comparación de las variables categóricas el test de la χ^2 y el test de Fisher.

RESULTADOS

De 5299 PCR reconocibles, se reconocieron 3234 (61%). En pacientes no dependientes se reconoce menos que en dependientes (63% vs 52,7%) ($p < 0,001$). En pacientes con comorbilidades menos que en los que no tienen (59.3% vs 66,2%) ($p < 0,001$). Cuando la PCR se produjo en domicilios se reconoció en menos ocasiones que cuando era en otro lugar (63% vs 70,7%) ($p = 0,018$). De las 1861 que se reconocieron y que se podría haber hecho RCpt, se hizo en 1277 ocasiones (68,6%). En pacientes no dependientes se hace RCpt en el 71,5% por un 55,2% en dependientes ($p < 0,001$). En pacientes con comorbilidades se hace RCpt en el 67,4% por un 74% en los que no ($p = 0,01$). No hay diferencias significativas respecto a la RCpt cuando la PCR se produjo en un domicilio que cuando era en otro lugar (77% vs 71%) ($p = 0,344$).

CONCLUSIONES

La PCR es reconocida mejor en pacientes no dependientes y en los que no tienen comorbilidades y además en dichos pacientes se hace más RCpt. Esto subraya la posibilidad de mejora en pacientes dependientes y con comorbilidades, No hay diferencias significativas respecto a domicilios.

78

SÁBADO 11
09:24-09:34hSESIÓN 2.
Sala intermedia (Planta 1)PRIMER FIRMANTE
Cristina Llamas MedinaAUTORES
Gemma Cervero Martinez;
Martí Colet Masegosa;
Carla Tàrrega Herrero;
Beatrice Paso Baar-
baarenfels; Laura Tortosa
Trancho;CENTROS DE TRABAJO
Hospital Vall D'hebron
Hospital de Terrassa

RCP EN EMBARAZADAS, LA GRAN DESCONOCIDA

INTRODUCCIÓN

Los cuidados post-resucitación (CPR) se han La parada cardiorrespiratoria (PCR) es un proceso tiempo-dependiente, por lo que su pronóstico depende de la rapidez en la que se inicia la reanimación cardiopulmonar (RCP). La finalidad de las maniobras de reanimación cardiopulmonar en embarazadas es recuperar la circulación materna espontánea y, en gestantes de más de 24 semanas, aumentar las probabilidades de supervivencia fetal con las mínimas secuelas neurológicas posibles. Las guías internacionales de actuación han objetivado un aumento de la supervivencia en los pacientes atendidos por personal debidamente formado. En España se ofrecen distintas formaciones de RCP, sin embargo, existe un déficit de formación específica sobre RCP en embarazadas, teniendo en cuenta sus peculiaridades.

OBJETIVOS

- Comparar el nivel de conocimientos en RCP en embarazadas, entre el personal de enfermería y medicina.
- Evaluar la percepción de los conocimientos en RCP en embarazadas del personal sanitario.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal, en el que

se evalúa el nivel de conocimiento en RCP en embarazadas en médicos/as y enfermeros/as de España. El nivel de conocimientos se midió por el número de aciertos de un cuestionario ad-hoc de 11 ítems a partir de las características distintivas de la RCP en embarazadas recogidas en la literatura. Se recogieron variables sociodemográficas (sexo, edad y profesión), además del nivel de formación en RCP (SVB, SVA o SVAP/ SVAT) y la percepción del nivel conocimientos de RCP en embarazadas.

RESULTADOS

Un total de 115 sujetos contestaron la encuesta. La mediana del "número de aciertos" fue de 4 puntos sobre 11, con una puntuación mínima de 0 aciertos y máxima de 10 aciertos. El 50% obtuvo una puntuación entre 3 y 6 puntos, y el 75% obtuvo una puntuación por debajo de 7 puntos. La mediana de "número de aciertos" fue similar en ambos grupos profesionales ($p = 0,064$). Se presentó una correlación directa baja pero significativa entre número de aciertos y grado de formación en soporte vital ($r = 0,267$; $p = 0,004$). El 100% de los sujetos consideraron que falta formación específica de la RCP en embarazadas.

CONCLUSIONES

El nivel de conocimiento en RCP en embarazadas medido entre el personal de enfermería y medicina en España es insuficiente. El estudio sugiere promover la formación específica en RCP en embarazadas para aumentar dicho nivel de conocimiento.

87

SÁBADO 11
09:36-09:46hSESIÓN 2.
Sala intermedia (Planta 1)PRIMER FIRMANTE
Sergio Cuerpo LaraAUTORES
María Isabel Vázquez
García; Miguel Ángel Jodar
Utrero; José Luis Pérez
Sánchez;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR

EL PACIENTE CON TRAUMA MAYOR Y LA FRONTERA CRONOLÓGICA VITAL EN LA ASISTENCIA DE EMERGENCIAS.

INTRODUCCIÓN

Cuando en 1976, Dr. Adams Cowley acuñó la frase "La hora de Oro", estableció una frontera subjetiva en el pronóstico del paciente traumatizado grave. Esa frontera que, de una forma algo más científica han interpretado las últimas Guías Europeas de hemorragia mayor en este año 2023, acortándola hasta los 25 minutos con un grado de recomendación IB.

OBJETIVOS

Nuestro principal objetivo con este trabajo consiste en concretar aún más, en el medio extrahospitalario, el tiempo de asistencia a partir del cual existen menos posibilidades de supervivencia, de cara a posibilitar una nueva herramienta de valor pronóstico a los equipos que se enfrentan a esta patología en ese ámbito.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo, con recogida de datos prospectiva. Cohorte de 560 pacientes con patología traumática grave atendidos entre agosto del 2021 y marzo del 2023 por un servicio de emergencias médicas. Se analizaron las medias de los tiempos de asistencia en la escena, desde la llegada de la unidad de Soporte Vital Avanzado a la atención y la partida de esta al hospital de referencia, en un contexto de Código Trauma. Se realizaron cortes en diferentes tramos tempo-

rales, buscando el corte crítico a partir del cual existían de forma estadísticamente significativa más posibilidades de fallecer que de sobrevivir tras los 7 primeros días tras el ingreso. Variables epidemiológicas: edad, sexo, mecanismo lesional. Variable exposición: Tiempo de asistencia sobre el paciente. Variable dependiente: supervivencia a los 7 días. Análisis descriptivo: medidas centrales y de dispersión. Análisis inferencial: Variables cualitativas mediante chi cuadrado. Intervalos de confianza 95%. $P < 0,05$. SPSS-21.

RESULTADOS

560 pacientes, 446(79,6%) varones. Media edad 40,09(DE-17) años. Supervivencia a los 7 días 88,2%. Media de tiempo en la escena de 34 minutos y 37 segundos(DE-12:28) Mecanismos lesionales principales: Precipitados (17,9%), Arma blanca(16,8%), Accidente de motocicleta(16,3%), atropello(13,8%). Se compararon puntos críticos de tiempos de asistencia valorando la supervivencia por debajo y encima de ese tiempo: <25 minutos: 95,1% vs 86,3% $p=0,0034$, <30 minutos: 92% vs 85,7% $p=0,016$, <32 minutos: 91,2% vs 85,6% $p=0,026$, <34 minutos: 90,6% vs 85,4% $p=0,038$. Fue el corte de los de <35 minutos el que cambió la dinámica: 90,2% vs 85,7% $p=0,065$. A partir de los 35 minutos, no hay mayor probabilidad de sobrevivir que de fallecer.

CONCLUSIONES

En el ámbito de los Servicios de emergencias, y a pesar de la pronta llegada de los mismos al lugar de la escena, es posible que, "de forma global", unos tiempos de asistencia que en nuestro estudio se sitúan por encima de los 35 minutos, no generen un aumento de supervivencia al paciente a pesar de las medidas de resucitación realizadas. El estudio tiene las limitaciones de ser unicéntrico y de precisar de un estudio por subgrupos de patologías y mecanismos lesionales.

88

SÁBADO 11
09:48-09:58h

SESIÓN 2.
Sala intermedia (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE
Javier Martínez Ariño

AUTORES
Juan Carlos Cano Bejar;
María Jesica Martín; Javier
Ramos Tellez; Sergio
Jesús Gómez de Francisco;

CENTROS DE TRABAJO
Samur PC
Hospital Universitario de
Guadalajara

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DEL IÓN POTASIO OBTENIDO DE UNA MUESTRA ANALÍTICA INTRAÓSEA VS INTRAVENOSA

INTRODUCCIÓN

La vía intraósea es considerada un método alternativo de acceso en situaciones de emergencia y urgencia tal y como se indica en las recomendaciones de la ERC 2021. Su uso puede estar destinado tanto a la infusión de fármacos como para la extracción de muestras sanguíneas, siendo estas fundamentales para el diagnóstico.

Teniendo en cuenta que, en algunos casos, puede ser la primera vía en situaciones críticas hasta poder obtener un acceso periférico, hemos querido objetivar las posibles diferencias en cuanto a algunos valores metabólicos.

OBJETIVOS

Determinar las diferencias existentes entre los valores analíticos de los iones más habituales, de una muestra sanguínea extraída de una vía intraósea y de una vía venosa periférica.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y analítico de actividades asistenciales realizadas entre el año 2022 y 2023. El tamaño de la muestra ha sido de 214 pacientes asistidos por patologías emergentes, en los que se extrajo una muestra sanguínea de una vía intraósea y posteriormente de una vía periférica, analiza-

das por el dispositivo EPOC®. Los datos han sido obtenidos de los informes asistenciales de la base de datos de un servicio de emergencias extrahospitalaria.

Análisis inferencial. Valoración de la diferencia de dos valores cuantitativos mediante regresión lineal simple. Se calcula Ods ratio con intervalo de confianza del 95%. SPSS V17.

RESULTADOS

Epidemiológicamente, el 71,4% de los casos correspondían a paradas cardiorrespiratorias (PCR), seguidas del trauma mayor (9,5%).

La media de edad de la muestra está en 59,3 años (DE-19,42), siendo el sexo mayoritario el masculino (69%).

La mayoría de las muestras de la vía intraósea son tomadas en la vía humeral (54,8%) seguido de la tibial proximal (42,9%).

Se valoran 4 iones con estos resultados: Calcio: Diferencia entre medias: 0,0681 OR:0,58(0,098-0,214) $p=0,458$, Sodio: Diferencia de medias: -3,28 OR:0,611(0,221-1,00) $p=0,003$, Cloro: Dif de medias: -2,90 OR:0,212(0,049-0,375) $p=0,012$, y Potasio: Diferencia de medias: 2,207 OR:0,243(0,089-0,396) $p=0,0027$

No hay diferencias en los valores de iones en función de la localización de la vía intraósea elegida.

CONCLUSIONES

Existen diferencias significativas en los valores tomados entre intraósea y periférica en 3 de los 4 iones estudiados, siendo especialmente importante la diferencia del Potasio, único ion que en el 100% de los casos sale más elevado en la vía intraósea que en la venosa periférica. Con toda la prudencia que se debe tener, al ser un estudio unicéntrico, es aconsejable tener en cuenta estas diferencias a la hora de tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas basadas en los valores de estos parámetros.

90

SÁBADO 11
10:00-10:10hSESIÓN 2.
Sala intermedia (Planta 1)PRIMER FIRMANTE
Javier Fernández TophamAUTORES
Alberto Hernández
Tejedor; Dolores Sánchez
Blasco;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

CAPACIDAD PREDICTORA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL DE LA RECUPERACION NUEROLOGICA EN LA PCR A TRAVES DE VARIALBES EXTRAHOSPITALARIAS

INTRODUCCIÓN

La información relativa a la parada cardiaca extrahospitalaria (PCEH), obtenida en la escena, puede arrojar información sobre el estado del paciente y su pronóstico. Gracias a la inteligencia artificial, se puede usar esta información como herramienta de soporte en la toma de decisiones del personal facultativo presente en la escena.

OBJETIVOS

Desarrollar un modelo de predicción capaz de obtener, con información obtenida durante la asistencia prehospitalaria, la posible recuperación de circulación espontanea (RCE) y, en especial, el pronóstico neurológico del paciente (CPC) en PCEH no traumáticas.

METODOLOGÍA

Registro y clasificación de los datos necesarios de las PCEH atendidas por el servicio de emergencias entre 2018-2022, generada con carácter prospectivo.

Preprocesamiento y filtrado de la base de datos. Las variables independientes utilizadas como variables predictoras han sido: edad, sexo, tipo de primer respondiente, ventilación al paciente, uso del desfibrilador y primer ritmo cardiaco monitorizado.

Diseño inicial de cinco algoritmos de predicción, tanto para el RCE, como el CPC. Los al-

goritmos usados han sido: Naive Bayes (NB), Support Vector Machine (SVM), Random Forest (RF), XGBoost (XGB) y red neuronal convolucional (CNN). Se separa, aleatoriamente, el 80% de los pacientes para el entrenamiento y testeo del algoritmo y el 20% restante para la validación.

Optimización de hiperparámetros de todos los algoritmos. Predicción final y análisis del valor SHAP para las variables más predictoras.

RESULTADOS

De los 1750 casos registrados, se excluyeron 990 por: origen traumático (288), falta de información (299), suceder la PCEH durante la asistencia (260) y PCEH ocurridas en los 6 meses posteriores al primer día de confinamiento por COVID-19 debido a alteraciones en la asistencia al paciente (143).

Los resultados del área bajo la curva (AUC) en la predicción del CPC, para el mejor algoritmo predictor (CNN) han sido (CI 95%): 0.79 (0.76-0.82) y 0.78 (0.74-0.81) en los sets de entrenamiento y validación respectivamente. Para la RCE los AUC obtenidos en entrenamiento y validación han sido 0.71 (0.68-0.74) y 0.70 (0.67-0.74).

Las variables más predictoras del modelo han sido el ritmo inicial y la edad del paciente.

CONCLUSIONES

El uso del algoritmo permite obtener, antes de que finalicen las maniobras de reanimación, el pronóstico neurológico del paciente a los 30 días, con una tasa de acierto del 73%.

91

SÁBADO 11
10:12-10:22hSESIÓN 2.
Sala intermedia (Planta 1)PRIMER FIRMANTE
Javier Fernández TophamAUTORES
Alberto Hernández
Tejedor; Dolores Sánchez
Blasco;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

EFECTO PREDICTOR DE LA ANALITICA EN LA PARADA CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA GRACIAS A LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

INTRODUCCIÓN

En la parada cardiaca extrahospitalaria (PCEH), las variables habituales obtenidas en la escena pueden ser usadas como parámetros predictores de la recuperación de circulación espontánea (RCE) y pronóstico neurológico del paciente (CPC). Sin embargo, la analítica realizada durante la asistencia no se suele incluir en este tipo de estudios.

OBJETIVOS

Desarrollar un modelo de predicción capaz de obtener, con información de la escena y la analítica obtenida durante la asistencia prehospitalaria, la posible RCE y CPC en PCEH no traumáticas.

METODOLOGÍA

Registro y clasificación de los datos necesarios de las PCEH atendidas por el servicio de emergencias entre 2018-2022, generada con carácter prospectivo.

Preprocesamiento y filtrado de la base de datos. Las variables independientes utilizadas como variables predictoras han sido: edad, sexo, tipo de primer respondiente, ventilación al paciente, uso del desfibrilador y primer ritmo cardiaco monitorizado. Variables analíticas: pH, pCO₂, pO₂, HCO₃, EB, Lactato, K, iCa y Glucosa.

Diseño inicial de cinco algoritmos de predicción introduciendo las variables anteriormente descritas, tanto para el RCE, como el CPC. Los algoritmos usados han sido: Naive Bayes (NB), Support Vector Machine (SVM), Random Forest (RF), XGBoost (XGB) y red neuronal convolucional (CNN). Se separa el 80% de los pacientes para el entrenamiento y testeo del algoritmo y el 20% restante para la validación. Optimización de hiperparámetros de todos los algoritmos. Predicción final y análisis del valor SHAP para las variables más predictoras.

RESULTADOS

De los 1750 casos registrados, se excluyeron 990 por: origen traumático (288), falta de información (299), suceder la PCEH durante la asistencia (260) y PCEH ocurridas en los 6 meses posteriores al primer día de confinamiento por COVID-19 debido a alteraciones en la asistencia al paciente (143).

Los resultados del área bajo la curva (AUC) en la predicción del CPC, para el mejor algoritmo predictor (CNN) han sido (CI 95%): 0.84 (0.81-0.86) y 0.82 (0.78-0.85) en los sets de entrenamiento y validación respectivamente. Para la RCE los AUC obtenidos en entrenamiento y validación han sido 0.75 (0.71-0.78) y 0.74 (0.70-0.77).

Las variables de la analítica más predictoras en el modelo han sido K, pO₂, pCO₂ y pH.

CONCLUSIONES

El uso del algoritmo permite obtener, antes de que finalicen las maniobras de reanimación, el pronóstico neurológico del paciente a los 30 días, con una tasa de acierto del 78%.

101

SÁBADO 11
11:00-11:10h

SESIÓN 3.

Sala de Ensayos (Planta -1)

PRIMER FIRMANTE

Jorrit Bakker

AUTORES

Sofía Vila-sanjuan;
Laia Milà; Irene Buera;
Francesc Carmona; Jordi
Bañeras;

CENTROS DE TRABAJO

Facultad de Medicina,
Universitat de Barcelona;Departamento de
Cardiología, Hospital
Universitari Vall d'Hebron;Sistema d'Emergències
Mèdiques, Barcelona;

IMPACTO DE LA PRIMERA PRESIÓN ARTERIAL SOBRE EL PRONÓSTICO EN LA PARADA CARDÍACA EXTRAHOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

La parada cardíaca extrahospitalaria (PC-EH) es un motivo de ingreso frecuente en las Unidades de Críticos. A pesar de disponer de varias escalas de pronóstico neurológico, son poco precisas. No se conoce el valor predictivo de la primera presión arterial tras la recuperación de la circulación espontánea.

OBJETIVOS

Analizar el impacto del valor de la primera presión arterial después de la recuperación de la circulación espontánea sobre el pronóstico cerebral en pacientes recuperados de una PC-EH.

METODOLOGÍA

Se evalúan retrospectivamente pacientes adultos con una PC-EH con ritmo desfibrilable tratados con hipotermia terapéutica. Los datos fueron recogidos en un hospital universitario de tercer nivel en Barcelona entre 2008 y 2022 mediante revisión de los registros de salud. Se excluyen pacientes con una parada cardíaca traumática o con datos faltantes. La presión arterial sistólica (PAS), diastólica (PAD) y media (PAM), obtenido por el servicio de emergencias, fueron analizados en relación al estado cerebral al alta (clasificado por Cerebral Performance Category (CPC)). Los resultados se presentan con la

odds-ratio (OR) e intervalos de confianza del 95% (95%IC).

RESULTADOS

Se analizaron un total de 269 pacientes, de los cuales 82% eran varones, la edad media fue de 57.7 años y el tiempo sin flujo medio fue de 5.4 minutos. Hubo una diferencia significativa en PAS, PAD y PAM entre pacientes con un buen desenlace (CPC 1-2) y un pobre pronóstico neurológico (CPC 3-5) con una diferencia media de 11.19 mmHg (95%IC 2,19-19,47, $p=0,008$), 7.75 mmHg (95%IC 1,87-13,62, $p=0,010$) y 8.90 mmHg (95%IC 2,52-15,27, $p=0,006$) respectivamente. La OR para un mal desenlace neurológico para pacientes con una PAM inicial <65 mmHg en comparación con pacientes con una PAM inicial ≥ 65 mmHg fue de 2.40 (95%IC 1,182-4,871 $p=0,007$) y para pacientes con una PAM inicial <75 mmHg en comparación con pacientes con una PAM ≥ 75 mmHg de 2.27 (95%IC 1,298-3,968 $p=0,002$).

CONCLUSIONES

La primera presión arterial medida después una PC-EH es significativamente más baja en pacientes con un mal desenlace neurológico (CPC 3-5) al alta. Estos datos podrían incorporarse en las escalas pronósticas neurológicas ya validadas para mejorar su precisión.

104

SÁBADO 11
11:12-11:22h

SESIÓN 3.

Sala de Ensayos (Planta -1)

PRIMER FIRMANTE

Esteban Herrera Sánchez

AUTORES

Sara Isabel Montero Hernández; Mar Eguiluz Blanco; Antonio López Bravo; Francisco José Gómez Mascaraque; Alberto Hernández Tejedor;

CENTROS DE TRABAJO

SAMUR-Protección Civil-Madrid

ADAPTACIÓN DE LA FORMACIÓN EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR A LA COMUNIDAD SORDA O CON GRAVE DISCAPACIDAD AUDITIVA

INTRODUCCIÓN

En España más de un millón de personas sordas o con algún tipo de discapacidad auditiva se enfrentan a diferentes barreras de comunicación. Siguiendo las recomendaciones del Consejo Europeo de Reanimación (ERC), el equipo de formación a la ciudadanía de un Servicio de Emergencias pretende superar esas barreras y proporcionar una educación adaptada.

OBJETIVOS

Describir la primera experiencia en formación sobre RCP de ciudadanos con discapacidad auditiva y/o personas sordas, así como detectar dificultades y adaptación de los formadores para este colectivo.

METODOLOGÍA

Valoración de las posibilidades de adaptación de la reanimación cardiopulmonar a un colectivo de adultos pertenecientes a la Federación de Personas Sordas de la Comunidad de Madrid, que reciben formación en RCP básica con ayuda de interprete de lengua de signos (ILS) y docentes voluntarios del programa de formación a la ciudadanía del servicio de emergencias prehospitalario.

Con el objetivo de realizar un estudio prospectivo, se ha realizado un primer análisis a

través de una experiencia realizada con 25 personas de este colectivo.

RESULTADOS

Las principales consideraciones, de carácter subjetivo, de ese análisis, fueron las siguientes:

- Se observaron dificultades en el comienzo de la explicación teórica y seguimiento del modelo, puesto que los alumnos no podían seguir visualmente al formador, sino al intérprete.
- Se observó dificultad en el reconocimiento de la Parada Cardíaca, pues la detección de la respiración pulmonar se realizaba a través de recursos táctiles.
- Es importante tener en cuenta también, que la alerta no se puede realizar a través de llamadas de audio, sino de mensajería. (SMS).
- Se objetivó una dificultad en el control del ritmo de las compresiones, dada la imposibilidad de utilizar recursos audibles como las habituales piezas musicales o los metrónomos.
- Y por último, en cuanto al uso del desfibrilador, no se podían utilizar las indicaciones sonoras sobre la evaluación del paciente, guiándose solamente de la actividad lumínica del botón de descarga.

CONCLUSIONES

Todo ello nos ha llevado a preparar un estudio que considere como hipótesis de trabajo todos esos condicionantes.

Así, se reducirá el contenido teórico en aras de mayores contenidos prácticos, introduciendo la metodología pedagógica de la consecución de habilidades por pasos.

Se incluirán dispositivos como metrónomos luminosos y desfibriladores con indicadores visuales y/o pictogramas.

Y en un escalón superior, estaría el hecho de dotar de herramientas eficaces de alerta y RCP transteléfonica para la comunidad sorda, eliminando cualquier barrera que menoscabe su capacidad para salvar una vida, en aras de una mayor y mejor integración social.

107

SÁBADO 11
11:24-11:34h

SESIÓN 3.

Sala de Ensayos (Planta -1)

PRIMER FIRMANTE

María Isabel Vázquez
García

AUTORES

Jose Luis Pérez Sánchez;
Adrian González Ruiz;
Sergio Cuerpo Lara;
Eduardo Barrero Barrero;
María Araceli Miró López;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC MADRID

HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO PODRÍAN PREDECIR LA NECESIDAD DE VASOPRESORES EN EL TRAUMÁ HEMORRÁGICO GRAVE EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios han llevado a que en las últimas guías del manejo del shock hemorrágico traumático se recomienda el uso de mediciones repetidas de hemoglobina y/o hematocrito como marcador de detección de sangrado (Grado 1B).

Quizás las mediciones de estos parámetros en la asistencia inicial extrahospitalaria nos puedan adelantar la necesidad de noradrenalina y por tanto la mayor gravedad del shock.

OBJETIVOS

Determinar si la hemoglobina y hematocrito iniciales medidos en la escena, son indicadores predictivos de la necesidad de vasopresores y por tanto, de la mayor gravedad del proceso.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo, recogida de datos prospectiva. Cohorte de 404 pacientes con patología traumática hemorrágica grave atendidos entre 2019-2022 por un Servicio de Emergencias Médicas. Se les administró ácido Tranexámico y reposición volumétrica previamente al uso de Noradrenalina. Se les tomó una muestra sanguínea previa a cualquier medida terapéutica. Se siguió la evolución en el hospital hasta los 7 días desde su ingreso.

Variables epidemiológicas: edad, sexo, mecanismo lesional, supervivencia a los 7 días y tiempo asistencial. Parámetros metabólicos (pH, pCO₂,

exceso de bases, lactato).

Variable dependiente cualitativa: uso de noradrenalina.

Variables exposición cuantitativas: Hematocrito y hemoglobina.

Análisis descriptivo: medidas centrales y dispersión. Análisis inferencial: Variables cuantitativas mediante un modelo de Regresión Logística Binaria. Intervalos de confianza 95%, $p < 0,05$. SPSS-21.

RESULTADOS

404 pacientes, 76% hombres. Media edad: 37,5 (DE-17) años. Supervivencia a los 7 días: 84,15%. Media tiempo asistencial extrahospitalario: 46:32 min (DE-14:40).

Mecanismos lesionales: Precipitación (28,2%), Arma blanca (23,3%), Motocicleta (17,1%) y Atropellos (13,4%).

Media fluidos administrados: 759,39 cc (DE 428,24). 26% precisan noradrenalina.

Media valores analíticos iniciales: Ph: 7,27 (DE 0,13), pCO₂: 45,95 (DE-13,26), EB: -5,4 (DE-8,69), lactato: 6,22 (DE-3,89), hemoglobina 14,7 (DE 2,34) y hematocrito 43,44 (DE 6,29).

En el modelo de regresión logística binaria, los valores de hematocrito y hemoglobina iniciales se muestran como variables independientes asociadas al uso de Noradrenalina. Hematocrito: Odds ratio=0,9267 (IC 0,893-0,962) $p=0,0001$. Hemoglobina: Odds ratio=0,7829 (IC 0,699-0,877) $p=0,0000$.

CONCLUSIONES

Con la prudencia que nos deben dar los resultados de un estudio observacional unidimensional, podemos concluir que los valores iniciales de hemoglobina y hematocrito podrían anticipar con cierto grado de significación la necesidad de vasopresores y por tanto, la mayor severidad del Shock hemorrágico ya en el medio extrahospitalario.

115

SÁBADO 11
11:36-11:46

SESIÓN 3.
Sala de Ensayos (Planta -1)

PRIMER FIRMANTE
Eduardo Barrero Barrero

AUTORES
Antonia Martínez
Vázquez; Daniel
Fernández Castro; María
Isabel Vázquez García;
José Luis Pérez Sánchez;

CENTROS DE TRABAJO
Ayuntamiento de Madrid

VARIABILIDAD EPIDEMIOLÓGICA EN PACIENTES CON CONVULSIONES ATENDIDOS POR UNIDADES DE SVB EN FUNCIÓN DE SUS ANTECEDENTES EPILÉPTICOS

INTRODUCCIÓN

No es infrecuente que una gran parte de las solicitudes asistenciales por episodios convulsivos, sean atendidos en primera instancia por unidades de Soporte Vital Básico (SVB), generalmente bajo un procedimiento de actuación que indica tras valoración del paciente y antecedentes, la resolución del mismo.

OBJETIVOS

Dada la importancia de los antecedentes del paciente en la resolución de la asistencia, hemos querido valorar las diferencias epidemiológicas que ese aspecto condiciona.

METODOLOGÍA

Pacientes atendidos por una unidad de SVB de un SEM por una convulsión en un contexto no traumático.

Variables epidemiológicas: sexo, edad, periodos cronológicos. Variable exposición: antecedentes de epilepsia. Variables resultado: solicitud de recursos y resolución.

Normalidad de datos (prueba Kolmogorov Smirnov). Comparación de variables cualitativas mediante Chi cuadrado, variables cuantitativas mediante t de Student. Nivel Significación $p < 0,05$. Programa SPSS 25.

RESULTADOS

471 pacientes, de los cuales eran Epilépticos Conocidos (EC): 311 y pacientes No Epilépticos conocidos (NE) 160.

Los hombres constituyeron un 69,4% de la población, no habiendo diferencias significativas entre un grupo y otro. ($p=0,289$).

La primera convulsión en NE es entre los 40-59 años. En el caso de los EC hay mayor incidencia entre los 20-29 años. ($p=0,003$)

Respecto a la adherencia al tratamiento de los EC: el 80,4% sigue el tratamiento, un 8,0% lo incumple, en 4,5% ha variado recientemente y el 2,3% no tiene tratamiento actual.

El estado postcrítico se observa en un 56,6% en los NE por un 54,5% de los EC. Se recuperaron plenamente el 27,7% en NE por un 39,7% en EC. El 15,7% de NE vs 5,8% de EC estaban en fase convulsiva o volvieron a tener un episodio en presencia del SVB. ($p < 0,0001$)

Los motivos principales por los que se solicitó una unidad de Soporte Vital Avanzado (SVA) fueron: en NE la valoración por primera crisis (45,1%), y la convulsión presenciada (36,6%). En EC la convulsión presenciada y el estado postcrítico (46,7%). ($p < 0,0001$)

En cuanto al traslado al Hospital, fue del 45% en NE por un 31,8% de los EC. ($p < 0,0001$).

CONCLUSIONES

El perfil epidemiológico de este tipo de asistencia es el de un varón de entre 20-29 años diagnosticado de epilepsia y en situación procrítica a la llegada del recurso asistencial. Está tratado y suele rechazar el traslado al Hospital. De cara a la resolución de la asistencia, es de indudable interés el hecho de la existencia de antecedentes epilépticos, pues los que carecen de ellos son los que precisan mayores necesidades asistenciales y de hospitalización.

116

SÁBADO 11
11:48-11:58

SESIÓN 3.

Sala de Ensayos (Planta -1)

PRIMER FIRMANTE

Antonia Martínez Vázquez

AUTORES

Eduardo Barrero Barrero;
Daniel Fernández Castro;
María Isabel Vázquez
García; José Luis Pérez
Sánchez;

CENTROS DE TRABAJO

Ayuntamiento de Madrid

ACCIDENTES MOTOCICLETAS EN ENTORNO URBANO. ¿LA TIPOLOGÍA DE SUS LESIONES VARÍAN DEPENDIENDO DE LA CILINDRADA?

INTRODUCCIÓN

La movilidad y accesibilidad se ha convertido en un objetivo estratégico de las ciudades, produciendo efectos, como la accidentabilidad de aquellos vehículos más promocionados, como son las motocicletas.

Queremos objetivar esa accidentabilidad, en términos de lesionabilidad, buscando cómo comparación la cilindrada de la motocicleta.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia y características de los accidentes de motocicleta con lesiones graves y su variabilidad según su cilindrada, minimizando el factor velocidad, estudiando solo los accidentes ocurridos en entorno urbano evitando las vías interurbanas de alta velocidad.

Utilizaremos la clasificación que utiliza la policía municipal para su base de datos: ciclomotor (<50cc), motocicleta <125cc (<125cc) [entre 50 y 125cc] y motocicleta >125cc (>125cc).

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo. Base datos: Servicio de Emergencias y de Policía Municipal, sobre pacientes que sufren un accidente de motocicleta en 2022 en entorno urbano.

Variables epidemiológicas: sexo, edad, periodos cronológicos, lesiones, cilindrada motocicleta, tipo accidente y resolución.

Comprobación de normalidad de datos (prueba Kolmogorov Smirnov). Comparación de medias de factores de estudio. Variables comparadas prueba

de Chi Cuadrado. Nivel significación $p < 0,05$. SPSS versión 25.

RESULTADOS

Accidentes de motocicletas en 2022: 4540, de estos 465 con posibles lesiones graves, restamos los traumas ortopédicos (lesión más frecuente), quedando 163 pacientes: 25 de <50cc, 91 de <125cc y 47 de >125cc.

Incidencia mes: <50cc: Octubre (20,0%); <125cc: febrero y octubre (14,3%); >125cc: mayo y octubre (14,9%).

Incidencia día semana: <50cc: jueves (24,0%); <125cc: sábados (25,3%); >125cc: martes (23,4%).

Sexo y Cilindrada: <50cc similar ambos sexos (Media 15,6%); <125cc: 56,6% hombres vs 47,4% mujeres; >125cc: mujeres 36,8% vs 28,0% hombres.

Edad y Cilindrada: <50cc: 21-24 años (34,0%); <125cc: 25-29 años (22,7%); >125cc: 25-29 años (18,1%). ($P < 0,0001$)

Lesión y Cilindrada: <50cc: Trauma (T) Torácico (36,0%), T. craneo-encefálico (TCE) (28,0%); <125cc: TCE (36,3%) T. Torácico (34,1%); >125cc: T. Torácico (34,0%), Politrauma (17,0%). Los Éxitos por Cilindrada: 0,0% en <50cc, 2,2% <125cc y 4,3% >125cc. ($P = 0,458$)

Tipo de incidente y Cilindrada: en todos fue la colisión Fronto-lateral seguida por la Caída. <50cc: 40,0% Fronto-lateral vs 24,0% Caída. <125cc: 33,0% Fronto-lateral vs 29,7% Caída. >125cc: 40,4% Fronto-lateral vs 19,1% Caída. ($P = 0,697$).

CONCLUSIONES

Epidemiológicamente, los accidentes graves de motocicletas se producen con más frecuencia los sábados (18,4%) y en octubre (15,3%) y afectan a varones entre los 21 a 29 años.

Al reducir el factor velocidad vemos que al comparar las lesiones producidas en todos los tipos de motocicletas no hay diferencia estadística significativa.

En ciclomotores y motocicletas <125cc hay más incidencia de TCE, en cambio en las >125cc es la tercera causa de lesiones, por detrás de T. Torácico y del Politrauma, posiblemente debido al uso de cascos de mayor seguridad.

119

SÁBADO 11
12:00-12:10

SESIÓN 3.
Sala de Ensayos (Planta -1)

PRIMER FIRMANTE
Celsa Graña Río

AUTORES
Isabel Vázquez
García; Jose Luis Pérez
Montecino; Raul Loarces
Fuentes;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PROTECCIÓN
CIVIL

STATUS EPILÉPTICO. ADHESIÓN DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS A LOS NUEVOS PROCEDIMIENTOS.

INTRODUCCIÓN

El estado epiléptico convulsivo (EEC) es un proceso tiempo-dependiente de importante prevalencia para los Servicios de Emergencias Médicas (SEM). Recientemente, las sociedades científicas han marcado un manejo de este proceso que incide en la importancia de identificar y diagnosticar causas y complicaciones, así como utilizar Benzodiazepinas y fármacos de segunda línea de forma precoz.

OBJETIVOS

El objeto de este estudio es valorar el manejo de este proceso en un SEM, un año después de la modificación del procedimiento basándose en aspectos recogidos en las nuevas guías.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional con recogida de datos prospectiva de pacientes con estatus epiléptico atendidos por un SEM.

Se incluyeron todos los casos atendidos de forma consecutiva, de los pacientes asistidos por unidades de Soporte Vital Avanzado con EEC durante un año (Agosto 2022-Agosto 2023). Los datos se recogieron a partir de una base de datos prospectiva que incluye seguimiento hasta los 7 días del ingreso. Variables epidemiológicas (edad, sexo), clínicas y de resultado (supervivencia, evolución, diagnóstico final). Análisis descriptivo para variables cuantitativas, tablas de frecuencias para variables cualitativas. Microsoft-Excel/IBM-SPSS20.

RESULTADOS

52 casos, media de edad 50,0 años (DE 23,2), 7 menores de 12 años; 75% varones.

50,0% tenían historia de crisis previa. Un 82% fueron crisis generalizadas.

La Mediana de Glasgow (GCS) inicial de los pacientes atendidos fue de 9 (RIC:6-11). 48,0%: GCS 3-8; 40,0%: GCS 9-13; 12,0%: GCS 14-15.

El tiempo medio de asistencia fue de 45,1 minutos (DE-23,2). 43,8% requirió intubación traqueal. En el 92,3% se realizó analítica venosa, en el 56,2% de ellos se realizó segunda analítica.

Tratamiento anticonvulsivante: 1ª línea: 76,9% recibieron al menos una dosis de benzodiazepina, 67,3% recibieron Midazolam; 2ª línea: Levetiracetan al 36,5%.

De los pacientes que requirieron aislamiento de la vía aérea, se utilizó Ketamina en un 11,1%.

Analgesia con Fentanilo: 40,4%, tratamiento antipirético: 15,4% (Paracetamol/Metamizol), Bicarbonato: 11,5%. Otros tratamientos administrados fueron: metoclopramida, ondansetrón, biperideno, omeprazol, adrenalina, urapidilo, cloruro potásico, naloxona, flumazenilo, heparina, hidrocortisona, tiamina, hioscina, insulina, y metoprolol.

Supervivencia a los 7 días del 94,2%, 3 pacientes fallecieron, todos en el Hospital.

Diagnóstico al alta: Epilepsia: 53,8% (1 exitus), origen cardiaco: 7,7%, un paciente con rotura cardíaca y un síndrome Tako-Tsubo; ictus hemorrágico: 9,6% (2 exitus), causa infecciosa: 5,8%, hematoma subdural: 3,7%; crisis febril: 3,8%; tóxicos-ingesta de alcohol: 3,8% (1 exitus); otras causas: LOE cerebral, golpe de calor y TCE.

CONCLUSIONES

El perfil del paciente con Status, en nuestra muestra, es un varón de mediana edad, nosológicamente variable, que presenta convulsiones generalizadas y tienen una alteración del nivel de conciencia.

El manejo terapéutico se configura en las benzodiazepinas como primera línea, y en un antiepiléptico, como segunda línea (Levetiracetan)

La adherencia a los nuevos criterios es satisfactoria a tenor de esta muestra, observándose todavía lagunas terapéuticas en el manejo de la segunda línea de tratamiento.

PALABRAS CLAVE: convulsiones, epilepsia, servicios médicos de urgencia (DECS bireme).

130

SÁBADO 11
12:12-12:22

SESIÓN 3.

Sala de Ensayos (Planta -1)

PRIMER FIRMANTE

María Isabel Vázquez
García

AUTORES

Natalia Vanesa Gonzalez;
Jose Luis Pérez Sánchez;
Beatriz Rodríguez
Esplandiu; Sandra Sanz
Sáez; María Celsa Graña
del Río;

CENTROS DE TRABAJO

Samur-PC Madrid

PARÁMETROS METABÓLICOS COMO INDICADOR DE GRAVEDAD EN EL PACIENTE TRAUMÁTICO POTENCIALMENTE GRAVE

INTRODUCCIÓN

Los servicios de emergencias extrahospitalarios (SEM) se enfrentan con la dificultad de clasificar de manera adecuada al paciente traumático potencialmente grave para redirigir de manera precoz la atención hospitalaria a la posible gravedad del mismo.

Habitualmente los parámetros metabólicos anteceden a la clínica, quizás una mínima alteración de los mismos, nos puedan ayudar a sospechar esa posible gravedad de manera más objetiva en la escena.

OBJETIVOS

Determinar el perfil epidemiológico de los pacientes traumáticos potencialmente graves.

Valorar si los parámetros metabólicos de una muestra analítica tomada en la escena nos pueden dar indicios de gravedad.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo. Cohorte de 632 pacientes traumáticos potencialmente graves atendidos por un SEM entre 2021-2022. Recogida de datos prospectiva: revisión de informes y seguimiento hasta 7 días de ingreso.

Variables epidemiológicas: edad, sexo, mecanismo lesional, lesión principal, tiempo asistencial.

Variables exposición: pH, pCO₂, exceso de bases (EB), lactato, bicarbonato (CO₃H) y hemoglobina (HB) de la primera muestra analítica.

Variable resultado: presencia de lesiones graves.

Análisis descriptivo. Medidas centrales y de dispersión. Análisis inferencial: variables cuantitativas

con T de Student y categóricas con Chi cuadrado. Intervalos de confianza 95%, p<0,05. SPSS 21.

RESULTADOS

632 pacientes. Media de edad 38,29(DE 18,9) años. 74,5% hombres. 32,9% con patología grave (hemorragia cerebral, fractura base de cráneo, hemo/neumotórax, hemorragia abdominal, fractura pélvica, lesión medular, lesión vascular). 35,8% son dados de alta en las primeras 24h. Precisan ingreso en UCI 36,4% y ser intervenidos quirúrgicamente en las primeras 24h 12,2 %.

Mecanismos lesionales más frecuentes: accidentes de motocicleta(22,2%), atropellos(15,8%), accidente de coche(14,4%), precipitación(13%), heridas por arma blanca/fuego(12,8%), caídas(8,4%), accidente de bicicleta/patinete(7,8%) y agresiones(1,7%).

Lesiones más frecuentes no graves: fracturas ortopédicas(21,7%), policontusiones(21,4%). Y graves: lesiones cerebrales(13,8%), neumo/hemotorax(8,2%), fractura pélvica(4,6%), hemorragia abdominal(3,8%), lesión medular(0,6%) y hemorragias importantes(0,6%).

Media de tiempo de asistencia total 44min(DE 20).

No se encuentran diferencias significativas entre los grupos con lesión grave(G) y sin lesión grave(NG) respecto a las medias de los parámetros metabólicos iniciales: pH(G 7,36 - NG 7,35, p= 0,656); pCO₂(G 39,98 - NG 40,69, p=0,364); lactato(G 3,9 - NG 3,93, p=0,922); EB(G -2,15 - NG - 1,77, p=0,627); CO₃H(G 22,86 - NG 23,43, p=0,364); HB(G 15,26 - NG 15,45, p=0,249)

CONCLUSIONES

Los parámetros metabólicos iniciales no nos pueden anticipar la posible gravedad de manera aislada. Se debe seguir buscando criterios concretos que nos puedan ayudar a predecir la potencialidad del paciente traumático para orientar un manejo correcto del mismo.

144

SÁBADO 11
11:00-11:10SESIÓN 4.
Sla intermedia (Planta 1)PRIMER FIRMANTE
Graciela Gonzalez
BelmonteAUTORES
Camilo José Vázquez
Corveiras; Bibiana Basadre
Rodríguez;CENTROS DE TRABAJO
FPUS 061 GALICIA;
SERGAS

¿TIENEN CAPACIDAD LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR PARA REALIZAR COMPRESIONES TORÁCICAS DE CALIDAD?

OBJETIVOS

Analizar las variables demográficas (edad, sexo) y antropométricas (índice de masa corporal (IMC) asociadas a las compresiones torácicas eficaces.

METODOLOGÍA

Estudio de intervención.

Ámbito: Colegio público

Inclusión: 1º Primaria - 4º Secundaria.

Intervención: 10 minutos de formación y posteriormente realización de un minuto de compresiones torácicas en maniquí QCPR para valorar la calidad. Variables: edad, sexo, IMC, frecuencia de entre 100 y 120 compresiones por minuto, profundidad de entre 5 y 6 cm y porcentaje de compresiones con reexpansión total. Resultado: compresiones de calidad: alcanzar frecuencia, profundidad y reexpansión adecuadas (AHA 2021). Estadística: centrales y dispersión. Frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS

202 alumnos. 54,5% (110) varones. Mediana edad: 11 años (IQR: 8-13), edad y sexo ($p=0.215$). La media de IMC: 18.81 (DE: 3.27), IMC y sexo ($p=0.32$). La frecuencia adecuada 55.9% (113), la profundidad adecuada 16.3% (33) y reexpansión total 37.6% (76). El 11.9% (24) realizaron frecuencia y profundidad adecuadas y el 2.97% (6) alcanzó todos los índices de calidad. La edad se asocia a profundidad adecuada. El sexo no se asocia a la calidad de las variables medidas. El IMC se asocia positivamente a profundidad adecuada 21.46 vs 18.29 $p<0.001$ y negativamente a la reexpansión 17.20 vs 19.78 $p<0.001$. La profundidad media se asocia con la edad (R^2 0.641); con el IMC (R^2 0.392); y en la regresión lineal múltiple aumentan ambas variables hasta R^2 0.707. En los gráficos de dispersión, ningún alumno con bajo peso o menor de 12 años es capaz de realizar compresiones torácicas de calidad.

CONCLUSIONES

A partir de los 12 años son capaces de realizar compresiones torácicas de calidad. Para alcanzar la profundidad adecuada además de la edad es importante el IMC. La reexpansión del tórax es la variable que más limita alcanzar las compresiones de calidad probablemente debido a la escasa formación que se les ofreció.

152

SÁBADO 11
11:12-11:22

SESIÓN 4.

Sla intermedia (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Sara Isabel Montero
Hernández

AUTORES

Carlos Luis Villamor
Sánchez; Arturo Tapia
Lobo; Fernando Miguel
Saldaña; Alberto
Hernández Tejedor; Jesús
Rodríguez Barroso;

CENTROS DE TRABAJO

SAMUR-PROTECCIÓN
CIVIL;UNIVERSIDAD FRANCISCO
DE VITORIA

UTILIDAD PRÁCTICA DE LA VÍA INTRANASAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO PREHOSPITALARIO

INTRODUCCIÓN

El uso de la ruta intranasal se ha ido extendiendo en los últimos años para la administración de analgesia y ansiolisis en urgencias pediátricas. Su eficacia es comparable con la intravenosa, sin embargo, siguen existiendo barreras que hacen que su uso no esté ampliamente extendido.

OBJETIVOS

Analizar la experiencia práctica de la ruta intranasal en la asistencia a pacientes pediátricos atendidos en el medio prehospitalario de una gran ciudad.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo prospectivo de una cohorte de 210 pacientes hasta 16 años, atendidos: julio 2021-julio 2023 por unidades de Soporte Vital Avanzado, que reciben fármacos por vía intranasal (in) con dispositivo atomizador. Se recogieron edad, sexo, patología, grupos de edad, gravedad (preaviso), fármaco y dosis administrada/peso, escala numérica análoga dolor (ENA) y complicaciones. Relación entre variables cuantitativas mediante correlación de Pearson y prueba de rangos con signo de Wilcoxon; categóricas mediante Chi cuadrado. SPSS 26.

RESULTADOS

De los 210 pacientes en los que se utilizó la vía in, un 65,7% (138) fueron varones; mediana de edad: 9 años (IQR 6-12, rango 1-16). Un 78% (164) presentaron patología traumática, con fracturas de miembro superior mayoritaria en todos los grupos de edad, 48%. Patología psiquiátrica, segunda causa entre 5-11 años (14,2%) y 12-16 (20,3%). Niños graves o potencialmente graves supusieron el 8%; se canalizó vía periférica posteriormente.

Se usó fentanilo en el 67% (140), dosis media 1,3µg/kg; midazolam 40% (84), dosis media 0,04mg/kg; y ketamina 5,2% (11), dosis media 0,84mg/kg. No se encontraron diferencias significativas entre dosis de fármacos y grupos de edad. Se detectaron complicaciones leves en 4 casos.

Las escalas de dolor se usaron en el 37,6% de niños traumatizados, se registró confort en 72,4%. Media ENA inicial: $8,23 \pm 1,29$, reducción del dolor $5,49 \pm 1,89$ ($Z = -7,71$; $p < 0,001$). No se encontraron diferencias significativas entre reducción del dolor y grupo de edad ($p = 0,423$).

CONCLUSIONES

La vía intranasal es usada mayoritariamente para analgesia de niños traumatizados con lesiones ortopédicas sin riesgo vital. Los opiáceos son usados ampliamente.

Se usó también para la administración de ansiolíticos en trastornos por agitación psicomotriz y crisis tónico-clónicas. Resultó la primera opción de sedación y analgesia en casos graves en los que la vía intravenosa no estaba disponible.

La dosificación por peso de fármacos analgésicos se encuentra, en general, por debajo de las recomendaciones actuales, aunque produjo una notable reducción de sintomatología. La sedación pareció ajustarse a necesidades del niño. Existe un amplio margen de mejora en el tratamiento analgésico.

153

SÁBADO 11
12:24-12:34

SESIÓN 4.
Sla intermedia (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE
María Isabel López
Fernández

AUTORES
Domingo Salas Gómez;
Fernando Ferreras
Nogales; Ervigio Corral
Torres;

CENTROS DE TRABAJO
SAMURPC-
AYUNTAMIENTO DE
MADRID

PERFIL DEL PACIENTE CON UN DRENAJE TORÁCICO POR CAUSA TRAUMÁTICA EN EL MEDIO PREHOSPITALARIO

INTRODUCCIÓN

La colocación de drenaje torácico (DT) es una técnica de muy alto valor diagnóstico-terapéutico, sin embargo, suele retrasarse al diagnóstico radiológico de confirmación. Queremos estudiar su uso en un servicio de emergencias prehospitalario (SEM).

OBJETIVOS

Definir el perfil del paciente al que se practica DT en la escena y evaluar la fiabilidad de la técnica en este medio.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo mediante una base prospectiva. Cohorte de 140 pacientes en los cuales, el traumatismo torácico fue la lesión única o la más grave, atendidos por las Unidades de SVA de un SEM a lo largo de dos años: desde el 1/1/2020 al 31/12/2022. Seguimiento hasta los 7 días del ingreso. Variables epidemiológicas: Edad, sexo, mecanismo lesional (ML), Variables independientes: Existencia de neumotórax en el seguimiento, presencia de otros datos de traumatismo torácico: auscultación patológica, tiraje, enfisema, hematoma de pared torácica (ODTT), frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), Valor del Glasgow (Glasgow), Tensión arterial sistólica (TAS), pH, lactato, EB. Variable dependiente: Dre-

naje torácico. Análisis descriptivo: variables centrales y de dispersión. Análisis inferencial: Asociación entre variables categóricas: Chi cuadrado, variables cuantitativas: T de Student. Estudio de fiabilidad de la prueba mediante Índice de Kappa. Intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

140 pacientes, varones: 118 (84,3 %), edad media de 41,29 años. El ML principal fue la herida por arma blanca (46 casos, 32,9%). Tenían neumotórax 90 pacientes (64,3%). Se colocó DT in situ a 60 pacientes (42,9%), de los cuales, 28 se encontraban en situación de parada cardiorrespiratoria secundaria a traumatismo (PCR-T). Encontramos diferencias significativas entre los pacientes a los que se colocó DT en la escena y a los que no se les colocó en: 1) Glasgow siendo su valor medio de 6,62 en los pacientes con drenaje y de 13,53 en los pacientes sin drenaje $p < 0,0001$; 2) saturación de oxígeno siendo su valor medio de 81,84% en los pacientes con drenaje y de 94,32% en los que no $p < 0,001$; 3) Tenían ODTT el 57,8% $p < 0,0001$; 4) Aumento del tiempo asistencial en los que se colocó DT, 12 minutos más, $p < 0,0001$. No encontramos diferencias en las variables hemodinámicas (FC, FR y TAS). El valor del índice de Kappa para la fiabilidad de la técnica fue del 0,451.

CONCLUSIONES

La mayoría eran varones. El perfil del paciente en nuestro trabajo es el de un varón de 41 años en situación de PCR-T al que se realiza DT como parte de la reanimación. La herida por arma blanca fue el principal ML. Los datos clínicos relevantes para la colocación de DT fueron el nivel de conciencia, la saturación de oxígeno y ODTT, no la inestabilidad hemodinámica. La fiabilidad de la técnica se puede considerar como moderadamente buena, a tenor del valor de Kappa.

159

SÁBADO 11

12:36-12:46

SESIÓN 4.

Slá intermedia (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Lorena Araceli Perez
Martos

AUTORES

Victoria Araceli Cantó
Blázquez; María Araceli
Miró López; Antonia
Urbano López;

CENTROS DE TRABAJO

SAMUR-PC

ETCO₂, PREDICTOR DE SHOCK HEMORRÁGICO EXTRAHOSPITALARIO

INTRODUCCIÓN

Se ha demostrado en diversos estudios hospitalarios que existe buena correlación entre el dióxido de carbono al final de la espiración (ETCO₂) y el gasto cardíaco. Teniendo en cuenta esto, queríamos analizar si valores prehospitales de ETCO₂ bajos en pacientes traumáticos intubados podrían ser un predictor de shock hemorrágico.

OBJETIVOS

Analizar si los valores iniciales de ETCO₂ tras el aislamiento de la vía aérea en el paciente traumático son más bajos en presencia de shock hemorrágico que en ausencia de él.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo a través de una base prospectiva. Cohorte de 82 pacientes traumáticos intubados atendidos por un servicio de emergencias médicas extrahospitalarias entre 2021 y 2023.

La variable principal del estudio fue el valor de ETCO₂ inicial tras la intubación. Se diferenciaron dos grupos, pacientes traumáticos intubados con shock hemorrágico y sin él. Se definió shock hemorrágico como: exceso de bases (BE) < -6 y lactato > 4, pH < 7.20, hemoglobina (Hb) inicial < 12, descenso de Hb >= 2 puntos o E-FAST positiva para líquido libre abdominal.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 82 pacientes de los cuales el 79.3% eran hombres. La edad media fue de 35.14 años. El mecanismo lesional más frecuente en un 32.9% de la muestra fue el paciente precipitado seguido de accidentes de moto en un 24.4% y de atropello en un 13.4%.

No se encontró asociación entre el ETCO₂ y las variables hemodinámicas estudiadas de forma independiente. Tampoco se encontró asociación entre el ETCO₂ y los valores de EB, lactato y pH, al ser analizados individualmente.

Los pacientes con shock hemorrágico tuvieron valores medios de ETCO₂ más bajos que los que no sufrieron shock hemorrágico (34.61 mmHg frente a 42.23 mmHg; p=0,0026), siendo esta asociación estadísticamente significativa, demostrando así la hipótesis de nuestro estudio

COMUNICACIONES ORALES

CONCLUSIONES

La ETCO₂ inicial puede ser un predictor de shock hemorrágico en pacientes traumáticos intubados en prehospitalaria. Esta correlación puede ser de especial ayuda en servicios de emergencias médicas extrahospitalarias que no dispongan de analítica, ya que se podría sospechar un posible shock hemorrágico en pacientes con valores iniciales bajos de ETCO₂.

161

SÁBADO 11/26

11:48-11:58

SESIÓN 4.

Sla intermedia (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

María Araceli Miró López

AUTORES

Rosa María Jiménez Gallego; Lorena Araceli Pérez Martos; María Isabel Vázquez García; Jose Luis Pérez Sanchez;

CENTROS DE TRABAJO

SAMUR PC

PERFIL DEL PACIENTE EN FIBRILACIÓN VENTRICULAR EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

INTRODUCCIÓN

La Fibrilación ventricular (FV) es un ritmo de parada cardiorrespiratoria (PCR). Cuando no responde a varios intentos de desfibrilación adquiere la condición de FV refractaria (FVR). Conocer las características epidemiológicas y metabólicas de los pacientes que lo presentan así como si existe diferencias entre el perfil en FV y FVR es algo poco descrito y de gran importancia a la hora de enfrentarnos a este tipo de patología en el ámbito extrahospitalario.

OBJETIVOS

Hemos estudiado el perfil del paciente en FV y si existe alguna diferencia con respecto al perfil del paciente que pasa a FVR en un servicio de emergencias extrahospitalario.

METODOLOGÍA

Estudio Observacional retrospectivo de las paradas cardíacas extrahospitalarias atendidas por un SEM en un periodo de 3 años (2020-2023), con ritmo inicial desfibrilable.

Se valoraron variables epidemiológicas: sexo, edad, ritmo inicial. Variables independientes: FV y FVR (más de 3 descargas). Variables dependientes: parámetros metabólicos de la primera analítica de la es-

cena y ROSC (retorno de la circulación espontánea).

El análisis descriptivo se realizó con medidas centrales y de dispersión. El análisis inferencial con Chi cuadrado y con t de Student. Intervalo de confianza un 95%. SPSS V20.

RESULTADOS

240 pacientes tratados por PCR con ritmo inicial desfibrilable. 127 mujeres (52,92%), de edad media 61,17 años. De estos 240 pacientes, 91 evolucionaron a FVR (37,92%), 51% mujeres (45) con edad media 60 años. De los 240 casos, 31,25% (55) se empleó un Desfibrilador semiautomático (DESA). En 8 (3,3%) debutaron con taquicardia ventricular sin pulso (TVSP), consiguiéndose ROSC en 198 pacientes (82,5%) siendo 87 (45,07%) mujeres.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ambos tipos de FV en lo referido a edad, sexo, o parámetros metabólicos. Se halló significación entre FVR y ROSC en 90,6% de los pacientes en FV frente al 69,2% en FVR.

CONCLUSIONES

El perfil del paciente que encontramos ante una situación de FV es el de una mujer de 59,9 años de edad media con ritmo de inicio de parada en FV y un porcentaje de ROSC menor que en los hombres, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre el perfil de paciente que pasa de FV a FVR ni a nivel epidemiológico ni metabólico.

166

SÁBADO 11
13:00-13:10

SESIÓN 5.

Sala de Ensayos (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Esther Portugal Rodriguez

AUTORES

Mercedes Artola Blanco;
Alvaro Velasco Villagarcía;
Jaime Pérez Gutierrez;
Elena Bustamante
Munguira;
Nuria Mamolar Herrera;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Clínico de
Valladolid

PERCEPCIÓN DE LA FORMACIÓN DOCENTE EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) BASADA EN ESCENARIOS DE SIMULACIÓN CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

Evaluar el grado de satisfacción y motivación de los alumnos tras un Programa Docente Formativo en RCP, supone una herramienta clave para comprender sus necesidades, expectativas e incidencia en el proceso de aprendizaje.

OBJETIVOS

Analizar el grado de conformidad de médicos y enfermeras de primeros años de formación de distintas especialidades (MIR, EIR), como área de oportunidad de mejora, tras la realización de un Programa de Formación en Soporte Vital Avanzado avalado (SVA) en su hospital, acreditado por el Plan Nacional de RCP y la Sociedad Española de Medicina Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) empleando escenarios de Simulación Clínica.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo prospectivo unicéntrico basado en la búsqueda sistemática de información entre los residentes, mediante el empleo de encuestas de percepción individual al finalizar la formación docente. Se realizan 10 preguntas cortas y sencillas como herramienta para medir el grado de satisfacción y comprender sus expectativas individuales.

RESULTADOS

Se realizaron 4 cursos de formación en SVA donde se rellenaron 57 encuestas (66% de los encuestados fueron mujeres). El 52,7% de los alumnos no habían presenciado nunca una parada cardiorrespiratoria (PCR) o un atragantamiento. El 24,6% no disponía de formación previa en RCP. El 98% de los participantes, les pareció interesante el curso para tener más clara su actuación frente a la PCR, siendo considerada como una pieza clave en su proceso de formativo. A pesar de ello, el 7% consideraron que no era necesario la repetición del curso a lo largo de su formación. El 100% de los encuestados consideran que las herramientas empleadas durante el curso habían sido útiles, estando de acuerdo con el método de evaluación empleado un 96,4%. La media de satisfacción general del curso se situó en 8,57.

CONCLUSIONES

El grado de satisfacción sobre el programa formativo en RCP basado en simulación clínica ha sido muy elevado para los participantes de este, por lo que estamos conformes con las herramientas y método de evaluación empleados. La media del curso es alta, pero mejorable, por lo que debemos seguir trabajando en las necesidades de los alumnos para garantizar su mejor proceso de aprendizaje.

173

SÁBADO 11
13:12-13:22

SESIÓN 5.
Sala de Ensayos (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE
Sandra Sanz Sáez

AUTORES
M^a Isabel Vázquez García;
Celsa Graña Río; Jose Luis
Pérez Sánchez; Sergio
Cuerpo Lara;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC;
SAMUR - Protección Civil

EVALUACIÓN DE ENTREGA DE MALAS NOTICIAS EN EXTRAHOSPITALARIA TRAS RCP FALLIDA. MODELO SPIKES

INTRODUCCIÓN

La comunicación adecuada de malas noticias es un factor principal para la prevención del duelo patológico.

Además, desde la perspectiva de extrahospitalaria, puede llegar a ser especialmente desafiante por sus impredecibles circunstancias y entorno en el que se encuentran los profesionales.

Los servicios de emergencias de España cuentan con unidades especializadas en asistencia psicológica que amortiguan el impacto, pero en ocasiones estos no acuden por saturación del servicio o no existen. En estas situaciones, el personal sanitario tiene que hacer frente a esos primeros momentos de apoyo a la familia.

El modelo SPIKES es uno de los protocolos más utilizados en los escenarios clínicos, diseñado para presentar información estresante de una manera organizada. Su fundamento se basa en el concepto de que las malas noticias se reciben mejor cuando se entregan según un evento planificado, pues así se mejora cómo reciben la información los familiares.

OBJETIVOS

- Analizar la respuesta del personal de extrahospitalaria ante una situación conflictiva de comunicación de malas noticias según las variables.

- Comparar la conformidad de las respuestas aportadas con el modelo SPIKES.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo-observacional corte transversal, septiembre 2023. N=266 de extrahospitalaria en activo de enfermería, medicina y TES del ámbito nacional. Se expusieron un caso clínico de una RCP fallida por suicidio y unas preguntas de opción múltiple de actuación conforme con el modelo SPIKES. V.Categorías: sexo, edad, profesión, experiencia laboral, conocimiento previo de SPIKES.

V.Resultado cuantitativa: aciertos.

Análisis descriptivo: medidas centrales y dispersión. Contraste de hipótesis: ANOVA y TukeyHSD post-hoc. Intervalos de confianza 95%, $p < 0,05$. SPSS-21.

RESULTADOS

134(50%)mujeres. Edad media:46,52 años (DE10,46). Profesión: 94(35%)enfermería, 82(31%)medicina y 90(34%)TES. Experiencia: 191(71%)>10 años.

Aciertos: 5,15/6 (DE 1,02)

No Conocimiento del SPIKES: 202 (76%)casos.

Uniformidad de aciertos en todas las variables categóricas ($F < 1, p < 0,05$).

CONCLUSIONES

El grado de experiencia previa de los profesionales encuestados hace que se realicen elecciones de respuesta correcta planteadas en la simulación clínica. Aún así, sería preciso la difusión de este modelo para poder aumentar la uniformidad. Se sugieren estudios posteriores orientados a conocer su eficacia en situaciones reales.

174

SÁBADO 11
13:24-13:34

SESIÓN 5.
Sala de Ensayos (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE
Natalia Martínez Cuellar

AUTORES
Laura Asunción Bueno
López; María Isabel
Ceniceros Rozalen; Esther
Arias Moya; Andres Mira
Galmés;

CENTROS DE TRABAJO
SAMU 061 BALEARS

ASISTENCIA A LA PARADA CARDÍACA EXTRAHOSPITALARIA EN BALEARES EN EL 2022

INTRODUCCIÓN

Desde el año 2012 el SAMU 061 Balears colabora en el registro Out of Hospital Spanish Cardiac Registry (OHSCAR) siguiendo la metodología Ustein para la investigación en la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria PCEH.

OBJETIVOS

1. Analizar la asistencia a la PCEH a nivel extrahospitalario.
2. Determinar la demora en la asistencia por los equipos de emergencia (EE).
3. Valorar la supervivencia al alta hospitalaria.

METODOLOGÍA

Este estudio descriptivo retrospectivo del registro PCEH incluye a los pacientes en los que EE de SAMU 061 Balears realizó maniobras de Soporte Vital (SV) Avanzado o cuidados postresucitación tras la recuperación de circulación espontánea durante el año 2022. Se excluyeron intentos de reanimación fútil o condiciones incompatibles con la vida.

Se estudian variables epidemiológicas, motivo de llamada y localización del incidente (domicilio o lugar público). A nivel asistencial, se registra la existencia de SV básico (SVB) y el uso del desfibrilador externo automatizado (DEA). Además, se analiza la supervivencia extrahospitalaria y seguimiento del estado al alta con los criterios Cerebral Performance

Category (CPC).

RESULTADOS

Se registraron un total de 394 casos, lo que supone una incidencia 32,2% PCEH/100.000 hab al año.

En la tabla adjunta se incluyen los datos registrados:

Edad (media y DE)	61,8 (17,6)
Sexo masculino	74,9 %
Motivo alerta trauma	5,1 %
Motivo alerta PCR/inconsciente	45,9 %
PCEH domicilio	57,4%
PCEH presenciada / no registrado	65,5 / 9,4%
PCEH con SVB / con uso de DEA	87,6 / 39,3%
Ritmo desfibrilable	20,5 %
Mediana [RIQ] intervalo llamada- llegada EE	15 (10-24,8)
Intervalo llamada -llegada del EE \leq 8 min	17,7 %
Supervivencia (traslado al hospital)	34,8 %
Supervivencia hospitalaria CPC 1-2	24,1%

COMUNICACIONES ORALES

CONCLUSIONES

La prevalencia de PCEH es muy parecida a años anteriores, pero se mantiene un uso del DEA muy por debajo de aquellos casos en los que si hay SVB, por lo que se debería incidir en la formación en su uso y un mapeo de dicho recurso para facilitar su acceso y procurar aumentar nº pacientes supervivientes y/o con mejor CPC.

185

SÁBADO 11
13:36-13:46

SESIÓN 5.
Sala de Ensayos (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE
Youcef Azeli

AUTORES
Silvia Solà-muñoz; Xavier Jiménez-fàbrega; Ester Granado-font; Eneko Barbería; Alfredo Bardají;

CENTROS DE TRABAJO
EAP Horst de Miró, Institut Català de Salut, Reus;

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Catalunya;

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona;

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PARADAS CARDIACAS EXTARHOSPITALARIAS SECUNDARIAS A UNA TROMBOSIS CORONARIA AGUDA

INTRODUCCIÓN

La trombosis coronaria es una causa de parada cardíaca extrahospitalaria (PCEH) potencialmente tratable. Identificar a este tipo de pacientes es complejo si el paciente no presenta retorno de la circulación espontánea.

OBJETIVOS

Conocer las características clínicas de los pacientes que presentaron una PCEH debido a una trombosis coronaria aguda.

METODOLOGÍA

Registro prospectivo de PCEH con múltiples fuentes de información realizado desde abril 2014 a abril 2017 en una región mediterránea de 611.908 habitantes. Se recogieron las variables Utstein y los síntomas previos al colapso mediante un aplicativo online. Las causas de la muerte se obtuvieron del ingreso hospitalario o de las autopsias realizadas. Se incluyeron los intentos de RCP de causas médica tratados por un sistema de emergencias prehospitalario en los que se conocía la causa de la muerte. Se compararon las variables de las PCEH por trombosis coronaria aguda con el resto de causas médicas utilizando diferentes pruebas estadísticas.

RESULTADOS

En el periodo de estudio el SEM trató 705 intentos de RCP de causa médica. Se incluyeron en este estudio 354 intentos de RCP con causa conocida de muerte. Presentaron una trombosis coronaria aguda 77 (21,7%) casos. Entre ellos, la edad media fue de 60,4 años (DE 11,7), el 77,9% fueron varones, el 40,3% no presentó ningún síntoma previo al colapso, el 84,4% presentó una PCEH presenciada y el 45,5% recibió RCP por testigos. Entre los que presentaron una trombosis coronaria, en comparación con el resto de causas médicas, se halló un mayor porcentaje de tabaquismo activo (48,1% vs 20,2%, OR=3.65 IC95% 2,14-6,23, $p<0,001$), mayor porcentaje de pacientes con dolor torácico previo (35,1% vs 7,9%, OR=6.26 IC95% 3,30-11,86, $p<0,001$), menor porcentaje de pacientes con síntomas de menos de una hora de evolución previo al colapso (74,0% vs 85,6%, OR 0,49 IC95% 0.26-0,89, $p=0,035$), mayor frecuencia de fibrilación ventricular como ritmo inicial (49,4% vs 24,2%, OR: 3,04 IC95% 1.81-5.16, $p<0,001$) y mayor probabilidad de supervivencia al alta (31,2% vs 18,1%, OR=2,06, IC95% 1,16-3.64, $p=0,025$).

CONCLUSIONES

Los síntomas previos al colapso y los antecedentes pueden ser de ayuda para identificar a las PCEH secundarias a una trombosis coronaria aguda.



PÓSTERS
SALA DE EXPOSICIONES - PATIO DE LOS NARANJOS
(PLANTA -1)

2

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 1

PRIMER FIRMANTE

Ángel Heras García

AUTORES

Marcos De La Fuente Barroso;
Rocío Villoria Crespo;
Macarena Pérez Sevilla;
Luis Ventura Muñoz;
Verónica Prieto Herrero;

CENTROS DE TRABAJO

C.S. Ávila Estación;
Hospital Universitario Santa Lucía;
Hospital Universitario de Salamanca;
Hospital Clínico Universitario Valladolid;

REANIMACIÓN DE CONTROL DE DAÑOS EN EL SHOCK HEMORRÁGICO DEL PACIENTE TRAUMATIZADO

INTRODUCCIÓN

De manera histórica, la reanimación del paciente con shock hemorrágico de causa traumática se ha realizado mediante infusión deliberada de cristaloides. Tras las recientes guerras de Irak y Afganistán, fruto de la experiencia militar, surge el concepto de la Reanimación de Control de daños. La hemorragia es la principal causa de muerte evitable en el paciente traumatizado, y los cambios producidos con el nuevo paradigma tratan de reducir la mortalidad.

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión bibliográfica fue obtener evidencia científica sobre la reanimación de control de daños, en el paciente traumatizado con shock hemorrágico, evaluando específicamente cada acción que se incluye dentro del paradigma.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda de literatura científica en buscadores y bases de datos (PubMed, Cinahl, Scielo, Science Direct, Biblioteca Cochrane, y revistas como Colombia Médica y Trauma Surgery & Acute Care Open). Se seleccionaron artículos por título y resumen; filtrándolos tras una lectura crítica. Se incluyeron artículos acerca de pacientes traumatizados con shock hemorrágico o en riesgo,

tanto en español como inglés, con límite de publicación de diez años, independientemente de la edad; excluyendo estudios realizados en animales.

RESULTADOS

A pesar de la falta de estudios respecto a la hipotensión permisiva, su aplicación parece proporcionar beneficios en pacientes traumatizados sin lesión cerebral. Estudios realizados en humanos respaldan la administración de hemoderivados desde la etapa prehospitalaria, en contraposición a la utilización de cristaloides. La aplicación de cirugía de control de daños, la utilización de técnicas viscoelásticas para dirigir la coagulopatía y la administración de vasopresores deberían seguir siendo investigados.

CONCLUSIONES

La corrección de la hipocalcemia, la administración de hemoderivados en proporciones equilibradas y el uso del ácido tranexámico de manera precoz parecen tener respaldo de estudios científicos. Sin embargo, para el resto de aspectos de la reanimación de control de daños, deberían realizarse más estudios. La innovadora aplicación de REBOA abre una posibilidad para controlar la hemorragia

3

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 2

PRIMER FIRMANTE
Pablo Conrado Ota
González;CENTROS DE TRABAJO
SAMER-PC
AYUNTAMIENTO DE LAS
ROZAS DE MADRID**FORMACIÓN A LA POBLACIÓN Y, EN ESPECIAL A DOCENTES Y ESCOLARES, DE MANIOBRAS DE ACTUACIÓN ANTE PERSONAS INCONSCIENTES.****INTRODUCCIÓN**

Programa continuo de divulgación y enseñanza, en centros escolares y asociaciones (AMPAS, Centros de Mayores, Asociaciones deportivas), para la formación de docentes y de alumnos, de todas las edades, de las maniobras de RCP como parte fundamental de la cadena de supervivencia.

OBJETIVO

El objetivo es el aprendizaje, desde la etapa de primaria hasta Bachillerato, de las diferentes maniobras a realizar ante una persona inconsciente. En la etapa de infantil nos centramos en la enseñanza del teléfono único 1-1-2 y la iniciación en masaje cardiaco con muñecos que traen los niños y la canción de la RCP.

METODOLOGÍA

Impartición de charlas-taller dentro de los centros escolares, así como en actividades realizadas por los escolares fuera del centro. Las charlas se dan de forma visual con presentaciones en formato PowerPoint mientras que el taller se realiza con muñecos de prácticas Laerdal y simuladores DESA.

RESULTADOS

Los resultados observados es que al tercer año (3º de primaria) de instruir a los mismos alumnos estos ya tienen un conocimiento bastante bueno para la realización de maniobras de RCP aunque por su anatomía no poseen la suficiente fuerza para realizar unas compresiones de calidad pero si una técnica bastante buena (colocación manos, lugar compresiones, ritmo, etc.) aunque cuando llegamos a 5º de primaria ya empiezan a desarrollar la constitución suficiente para realizar las compresiones con la profundidad perfecta

CONCLUSIONES

El programa desarrollado por mi institución (Municipio con 100.000 habitantes) está recibiendo, desde su inicio hace 7 años, de una buena acogida por parte de los centros escolares y otras instituciones ya que cada año son más los que solicitan nuestra formación en materia de actuación ante posibles paradas cardio-respiratorias.

4

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 3

PRIMER FIRMANTE

Ana Isabel Crespo
Martínez;

AUTORES

Félix Martín Álvarez;
Saraí Corredera Blanco;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Salamanca

Emergencias Sanitarias
Castilla y León, base
Zamora

EL MISTERIOSO CORAZÓN QUE LATÍA EN EL CUELLO

INTRODUCCIÓN

Realizar diagnóstico diferencial ante masa cervical que de no tratarse puede llevar a graves complicaciones.

METODOLOGÍA

Estudio observacional de un caso clínico que acudía a urgencias con la única manifestación de masa pulsátil submandibular y análisis de sus posibles complicaciones y actuación terapéutica.

RESULTADOS

Paciente de 41 años, remitida al Servicio de Urgencias del Hospital por su médico por tumoración cervical. Había notado hace 3 meses dicha masa, única clínica discreta disfagia en decúbito supino. Se palpa masa pulsátil de 4 cm de diámetro en región submandibular izquierda. La ecografía muestra una dilatación aneurismática de arteria carótida interna de 40 mm por 40 mm, con efecto masa sobre vena yugular interna ipsilateral. En Tomografía axial computarizada (TAC) de troncos supraaórticos dilatación aneurismática de arteria carótida interna postbulbar, sin descartar pseudoaneurisma. descartándose diagnósticos diferenciales con neoplasia maligna. Se decide cirugía abierta que se realiza con exclusión de aneurisma de la arteria carótida interna izquierda e injerto de prótesis. Al alta

tratamiento con AAS de 100, amoxicilina-clavulánico y consulta en medicina interna (co-nectivopatías) para estudio de su etiología.

CONCLUSIONES

El aneurisma de arteria carótida interna en región extracraneal es una entidad poco frecuente y poco estudiada. Existe escasa literatura. Resulta un reto diagnóstico y terapéutico. Es de gran importancia su sospecha temprana, por sus potenciales complicaciones, como embolización, ruptura y compresión de estructuras adyacentes. Como etiología, la más común es la arterioesclerosis y el pseudoaneurisma. El dolor de cuello, una masa pulsátil y las manifestaciones neurológicas centrales o periféricas son los síntomas más comunes. Para el diagnóstico, además de la exploración clínica destaca como prueba de elección el angio TAC y segundo, la ecografía Doppler. Las recomendaciones del tratamiento no son uniformes. La conducta expectante supone un riesgo importante de ruptura, por lo que se opta a tratamiento endovascular o cirugía abierta. Hay controversia en su tratamiento. Se necesitan más estudios para determinar la elección del método, que se debe hacer individualizando cada caso con un enfoque multidisciplinar. En el caso que presentamos se optó por cirugía abierta. En otros estudios optaron por tratamiento endovascular y posteriormente cirugía abierta.

5

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 4

PRIMER FIRMANTE

Maria de la O Casamayor
Lerena

AUTORES

Ana María Ezquerro Garcia;
Laura Pérez Aguado;

CENTROS DE TRABAJO

Centro de Salud Alberite;
Hospital San Pedro;

VALORACIÓN DE LA FORMACIÓN EN SOPORTE VITAL BASICO Y DESFIBRILACIÓN AUTOMATIZADA (SVB Y DEA).

INTRODUCCIÓN

La parada cardíaca (PC) es una urgencia vital tiempo-dependiente.

El entrenamiento en Reanimación Cardiopulmonar (RCP) del personal sanitario es un factor determinante para el resultado de la supervivencia de las víctimas que ha sufrido una PC. La formación presencial impartida por instructores obtiene mejores resultados en la adquisición de conocimientos y destrezas que la no presencial.

OBJETIVOS

Principal. Conocer el grado de satisfacción de los alumnos tras la realización de un curso de SVB y DEA

Específico: Evaluar al equipo docente.

Conocer el cumplimiento de las expectativas del alumnado

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo.

Periodo de estudio: Cursos de SVB y DEA impartidos por instructoras del Plan Nacional de RCP entre enero de 2017 y marzo 2023

Diseño de los cursos: Teórico-práctico. Duración 8 horas presenciales. Ratio profesor/alumnos: máximo 1/6.

Material de prácticas: Maniqués con feedback

Recogida de datos: Al finalizar el curso, se entregó al alumnado una encuesta anónima de satisfacción elaborada por la Sociedad Espa-

ñola de Medicina Intensiva Críticos Y Unidades Coronarias (SEMICYUC). La puntuación se estableció entre un mínimo de 0 y un máximo de 5 puntos

RESULTADOS

Se impartieron 14 cursos de SVB y DEA con un total de 145 alumnos.

Profesión: Médico 20 (14%), Enfermera 116 (80%), Técnico de Cuidados Auxiliares de enfermería (TCAE) 6 (4%), otras profesiones 3 (2%).

Valoración del profesorado: dominio del tema y claridad de la explicación obtuvo una puntuación de 4,96.

Metodología: adquisición de conocimientos, habilidades nuevas y el cumplimiento de los objetivos consiguió 4,85.

Organización: cuidado en aspectos organizativos, aulas adecuadas, alcanzó 4,82.

Aplicabilidad: Relación entre el contenido del curso y el lugar de trabajo. Aplicación de los conocimientos en las funciones cotidianas obtuvo 4,68.

Las clases teóricas fueron valoradas con una puntuación de 4,93 y las clases prácticas con 4,94.

Las expectativas se cumplieron en el 100% de los participantes.

El curso fue valorado como Muy bueno/Excelente por el 92,7% del alumnado.

CONCLUSIONES

Los alumnos evalúan positivamente los cursos de SVB y DEA cumpliendo sus expectativas.

La utilización de una metodología participativa y las nuevas tecnologías, mejoran la percepción del alumnado sobre los cursos.

Tanto el contenido teórico como el práctico obtuvieron una puntuación similar.

6

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 5

PRIMER FIRMANTE

María Cristina Barneto
Valero

AUTORES

Manuela López
Castellanos; Mercedes
Gómez del Pulgar García
Madrid;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC;Universidad Francisco de
Vitoria ;**SCREENING PREHOSPITALARIO DE LA PARADA
CARDIORRESPIRATORIA PEDIÁTRICA: PERFIL DEL NIÑO DE ALTO
RIESGO****INTRODUCCIÓN**

La variabilidad de estudios científicos, sobre Parada Cardiorrespiratoria Pediátrica (PCRp), no contribuyen a esclarecer causas de PCRp, con ausencia de estratificación por grupos de edad.

OBJETIVOS

Investigar, el perfil epidemiológico y etiológico, sobre PCRp, atendidos por un Servicio de Emergencias Prehospitalario (SEM).

METODOLOGÍA

Estudio observacional de cohortes retrospectivo, de paciente pediátrico (0-18 años), atendidos por un SEM, en PCR, entre 2002-2020. Variable resultado: PCRp en la infancia, categorizada por edades, como edad preescolar (0-5 años), escolar (6-12 años) y educación secundaria (13-18 años), Recuperación de la Circulación Espontánea (RCE) y éxitus. Variables de estudio: variables demográficas y variables clínico-terapéuticas.

RESULTADOS

Se atendió, 46 PCRp, durante el periodo de estudio. 63% varones, edad media 11 (DE 5,4) años, con RCE 84,4% y 82,2% sin secuelas neurológicas. El 51,1% PCRp se producen entre 13-18 años (educación secundaria), en una ratio hombre: mujer (3:1) $p= 0,188$. El

niño que fallece ocurre en 50% de niños 13-18 años.

El 10,9% PCRp, estaba precedida de actividad física, atendido en vía pública (73,9%). Sólo el 6,5% ocurrió en centro escolar. En el 47,8% no hubo RCP alertante, sólo en 6,7% se utilizó Desfibrilador Semiautomático. 63% casos con ritmo no desfibrilable.

Causas PCRp: 33,3% trauma grave y 22,2% cardíaca; Un 43,3% tienen antecedentes personales, familiares o sintomatología previa a PCR.

Por grupos edad, las causas PCRp ($F= 9,728$ y $p < 0,00$), los niños 13-18 años: 81,8% causa cardíaca y trauma grave 60%, con $p= 0,031$ Según el ritmo inicial PCRp, por grupos de edad ($F=9,14$ y $p < 0,001$), en ritmo desfibrilable, 66,7% en niños 13-18 años y 33,3% 6-12 años; en ritmo no desfibrilable, 50% con edad 0-5 años con $p=0,001$.

Análisis multivariante: tanto, el ritmo inicial de PCRp [$\beta -$, 277 $p= 0,048$ (-1,00 - 0,005)] y la causa de la PCRp [$\beta -$, 398 $p= 0,005$ (-,244 - 0,045)], están relacionados con las PCRp por categorizados por rangos de edad.

CONCLUSIONES

En nuestra serie de casos, igual que recomienda American Academy of Pediatrics, la evaluación de historia clínica, antecedentes familiares y examen físico del niño, permite identificar a un niño de alto riesgo de sufrir una PCRp.

7

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 6

PRIMER FIRMANTE

María Cristina Barneto
Valero

AUTORES

Vicente Arráez Jaque;
Vasileios Basios; Pier
Francesco Moretti; Álex
Gómez Marín; Enrique
Monzó Solves;

CENTROS DE TRABAJO

Fundación Metta Hospice;
University of Brussels
(ULB);
National Research Council
of Italy;
Instituto Neurociencias
Alicante;
GPU Parallel Computing
Specialist;

GENERADORES DE EVENTOS ALEATORIOS DURANTE EL PROCESO DE MORIR: PROYECTO OREGANO

INTRODUCCIÓN

Sobre la base de la naturaleza, en mecánica cuántica, se han creado Generadores de Eventos Aleatorios (REG), pudiendo detectar cambios en esta aleatoriedad, cuando se correlacionan con eventos ocurridos, como en el proceso de morir.

OBJETIVOS

- Detectar cambios, en la aleatoriedad en dispositivo REG, durante el proceso de morir.
- Analizar cambios en la aleatoriedad en el REG, correlacionados con la intención, atención y sentimientos de familiares, personal sanitario, durante el proceso de morir.

METODOLOGÍA

Estudio observacional prospectivo, en base a las secuencias de números aleatorios, registrados continuamente, durante el proceso de morir (cese funciones vitales) *, en las siguientes unidades asistenciales: Unidad de Cuidados Intensivos (fallecimiento con Soporte Vital Complejo), Servicio de Emergencias Prehospitalario (reanimación Parada Cardiorrespiratoria) y Hospice (personas que mueren, conscientes de su final de vida).

Variable resultado: registro de dispositivos REG (Registro Números Aleatorios)

Variables de estudio: registro series temporales, proceso clínico de morir, intención, sen-

timientos, emociones de personal sanitario y familiares.

Garantías de confidencialidad y privacidad de datos, en base a legislación vigente (Aprobación Comité Ético y Científico).

El dispositivo REG, se ubicará en un entorno cercano al paciente, con registro remoto automatizado y recopilación de datos sin la participación de otro personal. No es invasivo, ni disruptivo. El análisis de datos de series de temporales se realiza por personal experto en análisis y visualización de datos para sistemas complejos.

Además, el registro del REG se complementará con una hoja de recogida de datos del operador 112 que recoge la llamada, personal sanitario presente durante muerte/reanimación y correlación de datos clínico-terapéuticos posterior, de la historia clínica.

RESULTADOS

Esperamos predecir, que los datos recopilados en las horas, entorno al momento de morir, mostrarán desviaciones no aleatorias, en las secuencias generadas en dichos dispositivos REG, esperando observar correlaciones, según estado emocional de las personas del entorno o poder de la intención terapéutica.

CONCLUSIONES

Cambios significativos, registrados durante el proceso de morir, se correlacionan con cambios en la aleatoriedad de la secuencia numérica, que se relacionan con el estado de conciencia del paciente y su entorno.

8

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 7

PRIMER FIRMANTE

José Manuel García
Álvarez;

AUTORES

Alfonso García Sánchez;

CENTROS DE TRABAJO

Centro de Salud de
Calasparra.

Hospital de la Vega
Lorenzo Guirao .

PARADA CARDÍACA POR BRONCOASPIRACIÓN

PROPÓSITO

Analizar la utilización precoz del bicarbonato sódico en un paciente con ritmo no desfibrilable y acidosis.

METODOLOGÍA

Paciente varón de 69 años, institucionalizado, con demencia tipo Alzheimer, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipemia, insuficiencia renal crónica estadio IV. En tratamiento con rivastigmina, metformina, insulina glargina, enalapril, atorvastatina y omeprazol

Durante la comida sufre un atragantamiento con desaturación. Es valorado por médico extrahospitalario que administra corticoides intramusculares y broncodilatadores trasladándolo al hospital.

A su llegada a urgencias del hospital se cursan pruebas complementarias (analítica básica con gasometría arterial y radiografía de tórax). Durante el traslado a radiología presenta una parada respiratoria que progresa a parada cardíaca.

El paciente se traslada a la sala de hemodinámica donde se aísla la vía aérea y se comienza con las maniobras de reanimación cardiopulmonar adecuadas al ritmo de asistolia que es el que se detecta en el monitor, administrando oxigenoterapia y adrenalina (1 mg intravenoso). Ante la falta de respues-

ta a la segunda dosis de adrenalina y teniendo en cuenta las patologías del paciente se administró bicarbonato sódico a dosis de 1 mEq/Kg, continuando con las maniobras de reanimación y tras la administración de una nueva dosis de adrenalina el paciente sale de la parada.

RESULTADOS

Uso precoz del bicarbonato sódico en un paciente con asistolia secundaria a broncoaspiración y posible hiperpotasemia secundaria a insuficiencia renal.

CONCLUSIONES

El uso de bicarbonato sódico de manera rutinaria en el paro cardíaco no está indicado, salvo que sea secundario a la toxicidad por bloqueadores de canales de sodio (anestésicos locales o antidepresivos tricíclicos) o hiperpotasemia, aunque existen estudios que han observado su utilidad en el caso de ritmos no desfibrilables. En este caso se decidió administrarlo porque se trataba de una asistolia y existía la posibilidad de hiperpotasemia, que se confirmó con los resultados analíticos, debido a la insuficiencia renal del paciente y a la acidosis respiratoria secundaria a la broncoaspiración. También hubiera sido conveniente administrar cloruro cálcico para antagonizar los efectos de la hiperpotasemia sobre la membrana celular.

9

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 8

PRIMER FIRMANTE

José Manuel García
Álvarez;

AUTORES

Alfonso García Sánchez;

CENTROS DE TRABAJO

Centro de Salud de
Calasparra.Hospital de la Vega
Lorenzo Guirao .

PARADA CARDÍACA EN PACIENTE ALFA Y BETABLOQUEADO

INTRODUCCIÓN

Analizar el manejo de un paro cardiaco en un paciente alfa y betabloqueado o con bloqueo de los receptores simpáticos.

METODOLOGÍA

Paciente de 65 años fumador con obesidad, dislipemia, hipertensión arterial con cardiopatía hipertensiva, hipertrofia prostática benigna y temblor esencial en tratamiento con atorvastatina, doxazosina y propanolol. Paciente que consulta en urgencias hospitalarias por dolor torácico opresivo, retroesternal y acompañado de cortejo vegetativo de 2 horas de evolución.

A su llegada se le realiza electrocardiograma observándose un SCACEST y mientras se traslada a las camas de observación sufre una parada cardiaca por lo que se inician maniobras de RCP en el box de reanimación. Al monitorizar al paciente se observa una fibrilación ventricular por lo que se realiza la reanimación cardiopulmonar recomendada para el manejo de este ritmo siguiendo las guías publicadas por European Resuscitation Council (ERC) y American Heart Association (AHA) con desfibrilación, adrenalina y amiodarona. Ante la falta de respuesta y por el antecedente de tratamiento previo del paciente con alfa y betabloqueantes se decide administrar 40 UI de vasopresina. Se conti-

nuó con la reanimación cardiopulmonar recomendada por las guías que fue suspendida a los 45 minutos ante la falta de respuesta del paciente.

RESULTADOS

Uso de la vasopresina en paciente con fibrilación ventricular en tratamiento con alfa y betabloqueantes.

CONCLUSIONES

Los estudios experimentales realizados no han demostrado un beneficio de la vasopresina sobre la adrenalina en la mejora de la supervivencia de los pacientes con fibrilación ventricular y por lo tanto no se contempla su uso en las guías de reanimación cardiopulmonar. Pero en el caso de este paciente que tomaba dosis altas de doxazosina (alfabloqueante) y propanolol (betabloqueante no selectivo) se pensó que la adrenalina podría no ser eficaz como vasopresor, por ello se decidió administrar vasopresina que, por estimulación de otro tipo de receptores, los receptores V1R, produce un efecto vasopresor mejorando la perfusión de los órganos vitales. Por ello, sería interesante valorar si la vasopresina podría ser un sustituto de la adrenalina en pacientes con este tipo de tratamiento.

10

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 9

PRIMER FIRMANTE
Félix Martín Álvarez

AUTORES
Ana Isabel Crespo
Martínez; María Paz
Matellán Hernández;
Jorge Rodríguez
Beneitez; Carmen Vilorio
Sierra;

CENTROS DE TRABAJO
Emergencias Sanitarias
Castilla y León Base
Zamora;

Complejo hospitalario
universitario de
Salamanca;

Emergencias Sanitarias
Castilla y León Base
Fermoselle;

ATENCIÓN EN LA ENFERMEDAD TEAUMÁTICA GRAVE. UTILIZACIÓN DE TORNIQUETE

PROPÓSITO

presentación de un caso de enfermedad traumática grave donde se procedió a la colocación de torniquete y revisión de la eficacia de dicha herramienta.

METODOLOGÍA

Estudio observacional de un caso clínico accidente casual con utilización de torniquete para el control de la hemorragia.

RESULTADOS

Paciente de 70 años que, realizando labores agrícolas en una finca, sufre atrapamiento por una motoazada. Al lugar acuden diferentes cuerpos de intervención multisectorial: guardia civil, bomberos, un equipo sanitario del Centro de Salud más cercano. Por último, la Unidad Enfermerizada de Emergencias UENE y la Unidad medicalizada de Emergencias (Ume).

El paciente está atrapado con la máquina por la extremidad inferior derecha, se objetiva una fractura abierta de tibia y peroné derechos y un sangrado abundante en tercio medio de tibia. Está consciente en todo momento aunque si refiere mareo. Los diferentes equipos sanitarios fueron proporcionando los siguientes tratamientos sueroterapia y analgesia colocación de torniquete a nivel

proximal de fémur derecho, oxigenoterapia, ácido tranexámico y tratamiento antibiótico. Se procede a inmovilización permaneciendo parte de la fresadora metálica incrustada en fémur derecho. Se traslada a Hospital Útil. El sangrado solo es controlable con la presión ejercida por el torniquete. Constantes: Tensión Arterial 140/80, Frecuencia Cardíaca 120 l/m, Saturación Oxígeno 97%.

Posteriormente se realiza extracción en quirófano de pieza metálica incrustada, control de hemorragias y tratamiento de fracturas.

En los meses posteriores se procede a colocación de injertos en la extremidad y rehabilitación.

CONCLUSIONES

La atención a la enfermedad traumática grave en las Emergencias Sanitarias extrahospitalarias supone una casuística elevada. La hemorragia grave no controlada es una de las principales causas de muerte evitable a nivel extrahospitalario. Ejemplo de ello es el caso que presentamos. Según los estudios publicados, el uso de torniquete es efectivo, siempre y cuando se aplique correctamente, aumenta la supervivencia con escasos efectos secundarios siendo los más frecuentes el dolor y el síndrome compartimental, atribuibles según muchos autores al estado crítico de los pacientes y no a su colocación. El torniquete debería utilizarse en pacientes con traumatismo mayor si la presión directa no es suficiente para controlar una hemorragia exanguinante.

11

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 10

PRIMER FIRMANTE

Jose Antonio Sarmiento
Torres;

AUTORES

Raul Trujillo Rosales

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Universitario
Fuenlabrada;

Hospital Puerta del Hierro;

HEAD UP CPR: RCP CON LA CABEZA LEVANTADA COMO ALTERNATIVA AL MASAJE CONVENCIONAL

INTRODUCCIÓN

La correcta ejecución de la reanimación cardiopulmonar (RCP) implica llevar a cabo compresiones cardíacas externas de alta calidad, asegurando compresiones adecuadas y minimizando las pausas para mantener una perfusión orgánica adecuada. Se han propuesto diversos enfoques para mejorar las técnicas convencionales de RCP y optimizar la perfusión de los distintos órganos vitales.

OBJETIVO

Esta revisión, tiene por objetivo, determinar si la RCP con la cabeza levantada (HUP) es eficaz y aplicable frente a la técnica tradicional en decúbito supino.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el que se han empleado las bases de datos Pubmed, SCOPUS y Cochrane. Se obtuvieron un total de 7 ensayos clínicos aleatorizados y 1 metanálisis.

RESULTADOS

Los resultados de los estudio analizados muestran cierta heterogeneidad lo que dificulta la agrupación de resultados. Todos ellos mostraron una mejoría significativa en las presiones de perfusión cerebrales (PPC) y coronaria (PPCo) junto con una reducción sig-

nificativa de la PIC. Los cerdos tratados con HUP resultaron en una menor incidencia de lesión neurológica. La posición de la cabeza demostró, por tanto ser un factor de protección neurológica independiente. Parece que la elevación secuencial de la cabeza mejora los resultados de PPC y PPCo. Sin embargo el tiempo y grado exacto óptimo de CSE se desconocen.

Atendiendo a los resultado específicos arrojados por el metanálisis analizado encontramos, en cuanto a la supervivencia, el análisis agrupado entre HUP y RCP convencional (RR = 0,98, IC 95 % = 0,17-5,68, p = 0,98). Los análisis agrupados entre HUP y la RCP convencional e cuanto a

resultados de flujo cerebral, PPC y PPCo fueron (DM = 0,10, IC del 95 % = 0,03-0,17, p = 0,003), (DM = 12,28, IC 95 % = 5,92-18,64], p = 0,0002), y (DM= 8,43, IC 95 % = 2,71-14,14, p = 0,004), respectivamente. Después de realizar un análisis de subgrupos, los autores encontraron que la perfusión cerebral aumentaba durante HUP en comparación con la RCP en decúbito supino a los 6 min de duración de la RCP y también a los 18 a 20 min de duración de la RCP.

CONCLUSIONES

Este análisis sugiere que llevar a cabo la RCP en posición HUP está vinculado a una mejora en la perfusión tanto cerebral como coronaria, en contraste con la técnica en posición supina, según lo observado en modelos porcinos. Aun se precisan más estudios que evalúen la seguridad y eficacia de la técnica seres humanos, así como determinar lo tiempo y ángulos óptimos de reanimación

UNA AYUDA CUANDO NO HAY MANOS SUFICIENTES

12
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 11

PRIMER FIRMANTE
Nazaret Romero Pizarro

AUTORES
María José Mena
González

CENTROS DE TRABAJO
Avincis Aviation España
SAU

SAMUR PC

INTRODUCCIÓN

Repasar mediante caso clínico las peculiaridades de la Parada Cardiorrespiratoria (PCR) secundaria a patología pulmonar obstructiva.

METODOLOGÍA

Varón, 60 años en PCR domiciliaria. Comunican que empezó con disnea intensa y autoes- cucha de sibilancias, deterioro progresivo en un lapso de 30 minutos, a pesar de medica- ción de rescate por asma crónico, hasta pre- sentar PCR.

A nuestra llegada, familiar realiza compre- siones torácicas unos 15 minutos con ayu- da transtelefónica. Iniciamos Soporte Vital Avanzado (SVA) con ritmo inicial, asistolia. Actuamos según algoritmos de Resucitación Cardiopulmonar (RCP) europeos.

En la comprobación del tubo, hay una marca- da hipoventilación bilateral, teniendo expan- sión de ambos hemitórax.

Se continúa con RCP avanzada y en minuto 7, cambia ritmo a Actividad Eléctrica Sin Pul- so. EtCO₂ inicial 15mmHg, en el minuto 20 se produce un incremento acusado a 35mmHg. Se constata presencia de pulso y comenza- mos cuidados post-resucitación.

Paciente con hipotensión 87/55mmHg, fre- cuencia cardíaca 100 latidos por minuto, saturación de 92% ventilando con AMBÚ y EtCO₂: 45mmHg, temperatura: 35.5°C y glu-

cemia: 300mg/dl. Se cursa preaviso a centro útil.

En el traslado se conecta a respirador en modo volumen control con parámetros: Vo- lumen Tidal (VT) 450ml, PEEP 5, FiO₂ 100% I:E 1/3, trigger 3. Durante el traslado se des- tacan presiones muy elevadas, con curva de presión/tiempo compatible con trastorno obstructivo severo, manteniendo saturacio- nes en torno a 95% y FiO₂.

Se destaca presiones elevadas que limitan el VT y el volumen minuto total (Vme), con cap- nometrías de 60mmHg a pesar de aumento de la presión permitida, modificaciones en la PEEP y aumento de la frecuencia respiratoria para mantener Vme.

Administramos corticoterapia intravenosa, 3 nebulizaciones de salbutamol 5mg y bromu- ro de ipratropio 500mcg mediante tubo en T. Conseguimos mejoría parcial.

RESULTADOS

En el hospital se realiza ecocardio y angiotac sin hallazgos de interés, se confirma PCR por broncoespasmo. Ingresado en unidad de cui- dados intensivos, constando encefalopatía hipóxica severa, decidiendo desconexión del respirador.

CONCLUSIONES

Evidente falta de ventilación en las maniobras iniciales así como compresiones torácicas deficientes, punto importan- te que influyó en el desenla- ce negativo.

Dificultad en la ventilación con capnometrías elevadas y una acidosis mixta importan- te en la gasometría al llegar hospital, empeorando el pro- nóstico.

13

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 12

PRIMER FIRMANTE

Julia Paola Núñez Casco

AUTORES

Raquel Yague Zapico;
Luis Jorge Valdivia Ruiz;
Vanessa Lestón Alonso;
Paloma Pérez del Pozo;
Francisco Javier Febles
Díaz;

CENTROS DE TRABAJO

Complejo Asistencial
Universitario de León**TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS****INTRODUCCIÓN**

El tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) es una patología tiempo dependiente con pronóstico relacionado con la gravedad y la terapia necesaria aplicada precozmente. El ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se ve condicionado por la inestabilidad hemodinámica o respiratoria presente al diagnóstico. Durante la pandemia se evidenció una incidencia elevada de TEP en pacientes con enfermedad COVID-19.

OBJETIVO

Describir las características del paciente con TEP que ingresa en nuestra UCI.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo. Como variantes se recogen el motivo de ingreso, el diagnóstico por tomografía computarizada (TC) protocolo TEP, el índice de severidad del embolismo pulmonar (PESI), el valor dímero D (DD) y la mortalidad.

RESULTADOS

Durante el período a estudio ingresó un total de 35 pacientes con diagnóstico de TEP. El 40% (n: 14) ingresó en el hospital o en la UCI por otro motivo y posteriormente se diagnosticó el TEP. En 3 casos no se realizó el TC protocolo TEP ya que estaban en parada

cardiorrespiratoria (PCR); en ellos se confirmó la sospecha mediante ecocardiografía. El 25% de los pacientes (n: 9) estaban diagnosticados en ese momento o recientemente de COVID-19.

Respecto al PESI el 77% presentaba un riesgo intermedio-alto o superior: 12 pacientes con PESI de III, 5 de IV y 10 de V. 5 pacientes ingresaron en PCR. El 100% de los casos presentaba un DD elevado, el 37% (n: 13) un valor superior a 40.000. De estos 13 casos, 6 tenían antecedentes de COVID-19.

La fibrinólisis se realizó en el 31% de los casos (n: 11), en 4 pacientes se realizó trombectomía mecánica y en 1 caso se colocó un filtro de vena cava. En el 100% de los casos se inició anticoagulación con heparina de bajo peso molecular con dosis ajustada en base al factor anti-Xa.

La mortalidad de estos pacientes fue del 25%, 7 de ellos no alcanzaron 24 horas en la UCI.

CONCLUSIONES

El TEP agudo aún presenta elevada mortalidad a pesar de contar con tratamientos y procedimientos dirigidos. La decisión de aplicar los mismos de forma rápida ante sospecha y diagnóstico precoces optimiza el pronóstico de esta patología

14

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 13

PRIMER FIRMANTE

Miguel Ángel Paz
Rodríguez

AUTORES

Israel Bellanato
Rodríguez;
Miguel Ángel Espina
Boixo;
Francisco Romero
Morales;

CENTROS DE TRABAJO

Centro de Emergencias
Sanitarias CES 061 HuelvaCentro de Emergencias
Sanitarias CES 061 Jaén

FORMADOR DE FORMADORES SOPORTE VITAL AVANZADO POR EQUIPOS DE EMERGENCIAS

INTRODUCCIÓN

El alumnado y futuro equipo docente de la acción formativa a impartir debía estar acreditado como instructor en SVA por el ERC; y debe conocer y practicar las distintas técnicas docentes a aplicar. Completar este entrenamiento con éxito permitió al alumnado desarrollar talleres de simulación y su posterior análisis, incluyendo la valoración de los conocimientos de las guías de SVA del ERC, las habilidades técnicas a aplicar y la aplicación de las habilidades relacionales que permiten mejorar la asistencia y, con ello, la seguridad del paciente.

OBJETIVO

Adquirir las competencias necesarias para la preparación de escenarios de simulación, ejecución de simulaciones y práctica de debates sobre las mismas (debriefing).

METODOLOGÍA

Formación con los siguientes contenidos:

1. Presentación. Metodología que aplicaremos. Tormenta de ideas sobre conocimientos previos y necesidades. Revisión de material y entorno de simulación. Gestión de Recursos en Situaciones de Crisis (CRM)

2. Recordatorio de las recomendaciones de Soporte Vital Avanzado del adulto de 2021 del European Resuscitation Council. Últimas novedades e investigaciones en curso.

3. Debriefing y feedback. Peculiaridades en su ejecución y diferencias entre ambos.

4. Simulación ejemplo de SVA por equipo de emergencias. El alumnado toma notas sobre las actuaciones clínicas y las no clínicas (conductuales).

5. Debriefing de cada simulación por el alumnado, guiado por dos candidatos a formador.

6. Tras cada simulación y debriefing; el alumnado guiado por el docente discutirá sobre las mejores acciones practicadas como formador y aquellas que pueden mejorarse.

7. Aclaración de dudas.

RESULTADOS

Se formaron 24 formadores, que, junto a los docentes de esta acción formativa, desarrollaron los cursos presenciales consistentes en 4 simulaciones seguidas de su respectivo debriefing.

CONCLUSIONES

Se pretende generar aprendizaje reflexivo basado en simulación y debriefing posterior, eliminando las sesiones expositivas clásicas.



UN NUEVO MÉTODO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ADENOSINA

16

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 15

PRIMER FIRMANTE
Raúl Trujillo Rosales

AUTORES
José Antonio Sarmiento
Torres

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario
Puerta de Hierro

Hospital Universitario de
Fuenlabrada

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la taquicardia supraventricular (TSV) con estabilidad hemodinámica se basa en la aplicación de maniobras vagales y, en caso de no resolución, la administración de adenosina intravenosa^{1,2}.

La adenosina es un fármaco que actúa a nivel del nodo AV, controlando el mecanismo de reentrada y permitiendo la resolución de la crisis, al activar a los receptores de adenosina A11.

Una característica principal es que la forma metabólica activa de adenosina tiene una vida media de menos de 20-30 segundos. Una vez metabolizada se transforma en un metabolito inactivo conocido como inosina¹. Debido a su corta vida media, la adenosina puede no ejercer a tiempo el efecto deseado en su forma clásica de administración con doble jeringa. A continuación, se procederá a comparar el método clásico de doble jeringa (DJ) frente un nuevo método de administración basado en la dilución de adenosina con solución salina en jeringa única (JU).

OBJETIVO

Mostrar la eficacia del método de administración de adenosina intravenosa con jeringa única frente al método clásico de doble jeringa para el tratamiento de la taquicardia supraventricular.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el que se han empleado las bases de datos Pubmed y EMBASE. Se obtuvieron un total de 3 ensayos clínicos aleatorizados. Los resultados valorados fueron porcentaje total de resolución de la TSV y eventos adversos asociados.

Los dos brazos de estudio son:

1. Método de jeringa única: dilución de la dosis correspondiente de adenosina intravenosa en SSF 0.9%
2. Método de doble jeringa: administración de adenosina intravenosa no diluida seguida de un bolo de 20cc de SSF 0.9%.

RESULTADOS

Para este trabajo se ha utilizado una muestra total de 118 pacientes adultos. 71 pacientes pertenecen al grupo de JU frente a una muestra de 77 pacientes en el brazo de DJ.

El porcentaje de resolución de la TSV fue un 92.9% (n=66) en el grupo de JU frente al 72.7% (n=56) del grupo control.

Los principales eventos adversos fueron rubor facial (5=JU vs 6=DJ), náuseas (1= JU) y flebitis-extravasación (1= DJ). No existiendo más eventos adversos de mayor gravedad.

CONCLUSIONES

El método de administración de adenosina en jeringa única se muestra eficaz y seguro para el tratamiento de la taquicardia supraventricular con estabilidad hemodinámica.

17

EXPOSICIÓN PERMANENTE

Panel: 16

CASO CLÍNICO: MADRID-DIRECT EN SVB COMO ANTESALA DEL CÓDIGO ICTUS NEUROINTERVENCIONISTA.

INTRODUCCIÓN

Jueves, 4 de mayo. El teléfono único 112 es alertado a las 15:59h por un varón que se ha caído en vía pública. Se activa poco después una Unidad de Primera Respuesta (UPR) del servicio de emergencias municipal, compuesta por dos técnicos del cuerpo de Voluntarios de Protección Civil, que cuenta con material de Soporte Vital Básico (SVB) y que precisa de 9 minutos para llegar.

Valoración inicial: varón de 61 años que no habla, entiende órdenes y presenta desviación de la comisura labial y hemiparesia del lado derecho. Paciente normoconstante y hemodinámicamente estable. A la sospecha de un posible código ICTUS la unidad activa al lugar un recurso de Soporte Vital Avanzado (SVA).

Antecedentes personales: hipertensión, diabetes insulino dependiente, hiperuricemia y tres episodios de infarto agudo de miocardio por los que estaba en tratamiento con ácido acetilsalicílico. No alergias medicamentosas conocidas.

El UPR realiza el cálculo de la Escala Madrid-Direct, que resulta en 2 puntos y presupone la necesidad de traslado del paciente a un centro hospitalario útil con unidad de neu-

rointervencionismo. Aporta esta información relevante a la USVA y a la Central de Comunicaciones, que inicia los trámites de búsqueda del hospital de guardia.

A las 16:26 llega el SVA, confirmando la valoración y calculando un NIHSS de 17 puntos. Se activa el código especial para el traslado y preaviso a uno de los centros útiles que disponen de neurointervencionismo de guardia o trombectomía mecánica. El paciente ingresa en el hospital a las 17:15h y en el seguimiento a 24h el pronóstico de evolución es bueno.

RESULTADOS

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

CONCLUSIONES

El uso del Madrid-Direct en SVB permite valorar si un paciente puede presentar una patología neurológica y además ser susceptible de precisar trasladado a centro de neurointervencionismo, priorizando este de forma precoz y evitando la necesidad de traslados secundarios. "Tiempo es cerebro".

La información inicial del demandante es fundamental para la detección temprana del ICTUS y la activación del recurso con el nivel asistencial adecuado para la patología desde el primer momento.

PRIMER FIRMANTE
Daniel González Rodríguez;

AUTORES
Sandra Tejero Muñoz;
Marcos Chamorro González;
Cristina Gil Lacalle;
Andrea Meléndez Fernández;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR - Protección Civil

18

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 17

PRIMER FIRMANTE
Saray Llobell MolinesAUTORES
Jordi Caplliure LlopisCENTROS DE TRABAJO
Universidad Católica de
Valencia, San Vicente
Mártir

ESTUDIO PILOTO. CONOCIMIENTOS DE RCP EN ESTUDIANTES DE ÚLTIMO AÑO DEL GRADO DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria es una de las principales causas de muerte en España y Europa, los primeros minutos de actuación son clave para la supervivencia de la víctima, mediante la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar. Por ello, se considera relevante que los alumnos de enfermería y medicina dispongan de conocimientos suficiente para llevarlas a cabo. No se han encontrado estudios que comparen los conocimientos de los alumnos de enfermería y medicina sobre la aplicación de maniobras de reanimación cardiopulmonar en una misma organización o universidad.

OBJETIVO

Conocer y comparar el grado de conocimientos en reanimación cardiopulmonar avanzada de los estudiantes de último curso de enfermería y medicina.

METODOLOGÍA

Estudio comparativo de conocimientos sobre RCP en estudiantes de último curso de medicina y enfermería. Se realizó un cuestionario con diferentes preguntas generales y específicas de los ámbitos: técnicas de reanimación cardiopulmonar, reconocimiento ritmos de parada electrocardiográficos y farmacología.

El estudio tiene la aprobación del comité de Ética de la Universidad Católica de Valencia.

RESULTADOS

En el análisis comparativo entre conocimientos en reanimación cardiopulmonar, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el cómputo global. Sin embargo, en el apartado de reconocimiento ritmos de parada electrocardiográficos y técnicas de reanimación cardiopulmonar, sí se observó una diferencia significativa a favor de los estudiantes de medicina, no siendo así en el apartado de farmacología.

CONCLUSIONES

Se ha comprobado que los alumnos de último curso de medicina tienen una media de conocimientos en RCP y SVA superior a los estudiantes de enfermería.

19

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 18

PRIMER FIRMANTE
Alicia García FabraAUTORES
Jordi Caplliure LlopisCENTROS DE TRABAJO
Universidad Católica de
Valencia, Sean Vicente
Mártir

ESTUDIO PILOTO. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA AUMENTAR LOS CONOCIMIENTOS DE RCP EN PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN

INTRODUCCIÓN

La reanimación cardiopulmonar es una técnica utilizada con el fin de restablecer la circulación sanguínea y la ventilación. Por ello, es fundamental un reciclaje de forma periódica en personal sanitario, al tratarse de una técnica que requiere una actualización constante.

OBJETIVO

Evaluar si la intervención realizada por una estudiante de último curso del grado de enfermería mediante una formación teórico-práctica mejora los conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar en personal de enfermería de un hospital.

METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo, descriptivo, observacional pre/post- intervención, sobre conocimientos en reanimación cardiopulmonar avanzada intrahospitalaria del personal de enfermería del Hospital IMED Valencia. Fases del estudio: cuestionario pre-intervención, intervención por parte de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar y cuestionario post-intervención.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 74 cuestionarios. Respecto a la comparativa mediante W-Wilcoxon, se observó que los conocimientos mejoraron significativamente ($p=0,000$) en el cuestionario post-intervención. En cuanto al análisis pre-intervención, sólo hubo 9 profesionales que pasaron el cuestionario, siendo el servicio que más acertaron el de Cuidados Intensivos. En cuanto a experiencia laboral, los que más acertaron fueron aquellos con una experiencia laboral <5 años.

CONCLUSIONES

Una intervención de reanimación cardiopulmonar por parte de enfermería, aumenta los conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar en enfermería.

Los conocimientos pre-intervención son deficientes por lo general en todos los servicios, siendo la unidad de Cuidados Intensivos el servicio con mayores conocimientos, siendo la experiencia laboral es un factor influyente

20

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 19

PRIMER FIRMANTE
Patricia García-pazo

AUTORES
Lorenzo Socías Crespí;
Ana Serrano García;
David López Ramos;
Cristina Pruensa García-
Hinojosa;

CENTROS DE TRABAJO
Universitat de les Illes
Balears

Hospital Universitario de
Son Llatzer (HUSLL)

Instituto de Ingeniería del
Conocimiento

LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA GENERAR MODELOS PREDICTIVOS DE PARADA CARDIACA HOSPITALARIA.

INTRODUCCIÓN

La utilización de algoritmos y tecnología cognitiva mediante Inteligencia Artificial (IA) permiten la detección temprana de diferentes enfermedades y su tratamiento precoz y personalizado debería ser una prioridad.

OBJETIVO

El objetivo principal será describir algoritmos para la predicción de paradas cardíacas intrahospitalarias (PCIH) utilizando las variables más influyentes en la parada cardíaca con un día de antelación. Los objetivos secundarios serán:

1) Evaluar la efectividad de la Inteligencia Artificial (IA) para aprender de forma autónoma a reconocer patrones complejos y proporcionar predicciones de PCIH basándose en los datos estructurados y no estructurados. **2)** Evaluar la validez de la IA para generar información mediante modelos predictivos que puedan disminuir la morbilidad y las paradas cardíacas intrahospitalarias. **3)** Evaluar la capacidad que presenta la herramienta de IA para aportar información de ayuda en la toma de decisiones del personal sanitario (Médicos y Enfermería). **4)** Evaluar si la introducción de la IA en el Hospital genera un cambio en la asistencia médica multidisciplinar destinada a los pacientes que pueden presentar complicaciones.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo el estudio se utilizarán los principales algoritmos de aprendizaje automático (K Vecinos Vecinos, Máquina de Vector Soporte, Perceptrón Multicapa, Bosque Aleatorio, Gradient Boosting, y un algoritmo propio basado en Gradient Boosting) analizando una cohorte retrospectiva de PCIH (2008-2021). Mediante técnicas de Big Data y Procesamiento de Lenguaje Natural se analizarán datos estructurados y no estructurados. Los datos se analizarán desde un punto de vista descriptivo y de inferencia predictiva. Previamente se habrá realizado un proceso de anonimización de las historias clínicas por el Servicio de Informática del Hospital. Habrá dos fases en el estudio. Una retrospectiva donde se registrarán las variables potencialmente predictoras de paradas cardíacas en las 24 horas previas a la PCIH. Una vez se dispongan de los datos, se entrenará un modelo predictivo de IA con los datos recogidos y se realizará el estudio de viabilidad con el modelo predictivo de las PCIH y de los ingresos hospitalarios que hubo durante el periodo. Otra fase será prospectiva donde se realizará un plan de validación del modelo ajustado al problema ampliando las variables predictoras.

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

La creación de un modelo predictivo final capaz de predecir paradas cardíacas intrahospitalarias (PCIH) con una antelación de 24 horas.

22

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 20

PRIMER FIRMANTE

Almudena Morales
Sánchez

AUTORES

Marta Garrido Pujales;
Raquel Sánchez Martín;
Sergio Sánchez Rubio;
Héctor Manuel Pablo
Hernández;

CENTROS DE TRABAJO

Gerencia de
EmergenciasComplejo Hospitalario
Universitario de VigoComplejo Asistencial
Universitario de
SalamancaAmbulancias Rodrigo
SLU

FRACTURA C1-C4 MÁS FRECUENTE DE LO QUE PENSAMOS

INTRODUCCIÓN

Partimos de 4 casos ocurridos en los últimos años en nuestro servicio, con lesión traumática de médula espinal (LTME)

- Varón consciente de 50 años: caída de bicicleta con rotación sobre el eje axial.
- Varón de 60 años, en parada cardiorrespiratoria: golpe directo en cabeza de alta energía rotando sobre su eje.

- Varón de 80 años, en parada cardiorrespiratoria: ahorcamiento.

- Mujer de 78 años, con Glasgow 12: caída por las escaleras.

La incidencia de LTME ha disminuido en los últimos años gracias a campañas de prevención dirigidas fundamentalmente a accidentes de tráfico y laborales. Sin embargo, las caídas accidentales en personas mayores han aumentado.

Estos cambios epidemiológicos darán lugar a ajustes en los modelos de atención en los que habrá que tener en cuenta la morbilidad de estos pacientes.

OBJETIVO

Sensibilizar de la importancia de una alta sospecha de LTME ante determinados signos y el iniciar una correcta actuación protectora en la escena.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica (2018-2023) en PUBMED y Cochrane utilizando las palabras clave: acute spine trauma, incidence, epidemiology. Se realiza lectura, estudio y creación de documentación posterior.

RESULTADOS

La atención prehospitalaria es importante en la evolución posterior de esta lesión. Su sospecha y/o diagnóstico va a depender de la biomecánica del suceso y exploración del paciente.

La presencia de signos: parálisis en extremidades, sensibilidad alterada, hipofonía, respiración abdominal, hipotensión, bradicardia paradójica, posición en flexión de los codos, dolor o deformidad en columna, hipoestesia, priapismo; deben ponernos en alerta y realizar una correcta protección de la columna completa junto a la valoración inicial, siguiendo la secuencia ABCDE:

***Respiratorio:** monitorización necesaria por el alto grado de evolución a parada cardiorrespiratoria. Si precisa intubación ha de ser con control cervical manual y SIR.

***Circulatorio:** importante establecer PAM >85mmHg asociando agentes cronotrópicos.

***Temperatura:** suelen presentar hipotermia.

CONCLUSIONES

Es importante ante pacientes con posible LTME el realizar una adecuada exploración física valorando estado motor y sensitivo si está consciente y en caso de inconsciencia: una exploración mediante escala ASIA.

Ante una alta sospecha actuar como si existiera LTME realizando control de la columna completo y tratamiento neuroprotector precoz.

23

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 21

PRIMER FIRMANTE
Andrea Prieto CabreraAUTORES
Patricia De la Montaña
Díaz;
Ana Delgado Pascual;
Sara De miguel Martín;
Carolina Postigo
Hernández;
María Bringas Bollada;CENTROS DE TRABAJO
Hospital Clínico San
Carlos

CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA BILATERAL TRAS ACCIDENTE DE BICICLETA: A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

Los hematomas epidurales son una de las principales causas de morbimortalidad en pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE). La evacuación quirúrgica se recomienda en casos determinados, aunque el papel de la craniectomía descompresiva no está bien establecido.

MÉTODO

Caso clínico de paciente con TCE por accidente de bicicleta.

RESULTADOS

Varón de 27 años, que sufre un accidente de bicicleta a alta velocidad, sin casco. A la llegada de los servicios de emergencias, paciente estable a nivel respiratorio y hemodinámico, Glasgow Coma Scale (GCS) 15, sin focalidad neurológica.

Una vez en nuestro centro, se realiza una tomografía computarizada (TC) craneal que muestra múltiples fracturas de la calota con focos de hematoma epidural de pequeño tamaño, estando el paciente sin clínica neurológica.

Dos horas después, comienza con cefalea y disminución del nivel de consciencia. Se realiza TC craneal que muestra crecimiento del

hematoma epidural derecho, con signos de herniación transtentorial. Se decide evacuación quirúrgica urgente.

Estando en quirófano, se observa protrusión cerebral por la incisión, lo que llevó a un segundo TC craneal que mostró un crecimiento del hematoma epidural izquierdo con herniación. El paciente fue intervenido nuevamente para evacuar este segundo hematoma. Dado el deterioro neurológico, el tamaño de los hematomas y los signos de herniación, se optó por realizar una craniectomía descompresiva bilateral fronto-temporo-parietal.

Tras ello, el paciente fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde se le monitorizó estrechamente incluyendo la presión intracraneal. Estuvo sedado y ventilado mecánicamente el primer día, durante el cual se mantuvo estable, mejorando también el TC craneal.

Se comenzó a disminuir la sedación y el paciente respondió favorablemente, lo que permitió su extubación a las 24 horas de la cirugía, estando consciente, orientado y sin déficits neurológicos. Finalmente, fue dado de alta siete días después del accidente, sin presentar focalidad neurológica.

CONCLUSIONES

Este caso enfatiza la importancia de una atención médica rápida y apropiada en pacientes con TCE, así como la necesidad de una evaluación neurológica continua. Las opciones terapéuticas incluyen la evacuación quirúrgica y la craniectomía descompresiva, subrayando la importancia de la detección temprana y el tratamiento inmediato de estas lesiones.

24

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 22

PRIMER FIRMANTE

Laura Tortosa Trancho

AUTORES

Alejandro López
López; Cristina Llamas
Medina; Gemma Cervero
Martinez; Jordi Castillo
García;

COMPARACIÓN DE DISTINTOS SISTEMAS FEEDBACK EN EL CURSO DE SVB-DEA

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una patología con incidencia elevada y baja supervivencia. Una formación adecuada y precoz, siguiendo las guías internacionales de Reanimación Cardiopulmonar (RCP), es fundamental para mejorar la supervivencia de quienes sufren una PCR. La enseñanza reglada del Soporte Vital Básico (SVB) y Desfibrilación Externa Automática (DEA), donde se integra la RCP, se realiza a través de cursos eminentemente prácticos impartidos por instructores acreditados, quienes se ayudan de sistemas de feedback para la formación de la RCP de calidad.

OBJETIVO

Comparar la eficacia de tres sistemas de feedback que evalúan la calidad de las compresiones torácicas en un curso de SVB-DEA.

METODOLOGÍA

Estudio experimental con tres ramas educativas según el sistema de feedback utilizado (compresor mecánico acústico, observación del instructor, dispositivo electrónico) a alumnos de grado de Odontología de una Universidad Catalana, quienes recibieron un curso oficial de 6 horas en SVB-DEA con instructores acreditados. Posteriormente a la formación se evaluaron la calidad de la RCP

con dos minutos de compresiones torácicas sobre maniquí QCPR de Laerdal®, se excluyeron las ventilaciones por la pandemia COVID-19.

RESULTADOS

Un total de 109 alumnos participaron en el estudio, de los cuales un 74% fueron mujeres, con una edad media de 21,3 años, con homogeneidad entre los grupos. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la colocación correcta de manos, profundidad de las compresiones ni en la re-expansión completa del tórax en los tres grupos. Sin embargo, el grupo que utilizó el compresor mecánico obtuvo una frecuencia de las compresiones ligeramente superior (116 comp/min vs 124 comp/min) ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES

Es necesario la formación con dispositivos de feedback en formaciones en SVB-DEA aunque no se puede recomendar un método específico de feedback de los tres analizados en nuestro estudio. Se deben tener en cuenta factores como la facilidad de aplicación y el coste económico de cada dispositivo.

25
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 23

PRIMER FIRMANTE
Patricia García-pazo

AUTORES
Alba Calvo Bota;
Rosa María Sánchez
Santos;
Josefina Dosantos;
Lourdes Lúque-lópez;

CENTROS DE TRABAJO
Universitat de les Illes
Balears

Hospital Universitario de
Son Espases

SAMU 061

Hospital Universitario de
Son Llatzeer

Centros de Salud Son
Serra

APRENDIZAJE REALISTA PARA LA ADQUISICIÓN DE LAS COMPETENCIAS EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA

OBJETIVO

El objetivo es que el alumnado adquiera un conocimiento significativo de las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar Básica (RCPB) para posteriormente implementarlo en situaciones reales o simuladas.

METODOLOGÍA

La línea metodológica de esta propuesta docente se focaliza en un modelo de aprendizaje realista, intentando establecer un vínculo real entre la teoría y la práctica. Para ello, es necesario promover la participación activa de los estudiantes en el proceso de aprendizaje, fomentando la reflexión, la colaboración y la toma de decisiones.

El alumno debe realizarse preguntas y cotejarlas con el contexto teórico. Según Esteve (2013), las fases del proceso enseñanza-aprendizaje para construir conocimiento mediante aprendizaje realista siguen un esquema práctico con los cuatro puntos clave conocido por sus siglas (ERIT): Experiencia, Reflexión, Interacción y Teoría.

Se programa una clase teórica de RCPB con los objetivos de aprendizaje: describir la cadena de supervivencia, identificar la situación de parada cardiaca y explicar cómo son las comprensiones torácicas de calidad

RESULTADOS

Duración de la clase de 2h en un aula de 62 alumnos/as de tercer curso del Grado en Enfermería.

Programa de una clase teórica de RCPB con aprendizaje realista se basa en: 1. Dos días antes de la clase se le facilitan al alumnado los objetivos del tema; 2. Al iniciar la clase se recuerdan dichos objetivos. Se comienza con el punto E del esquema ERIT "experiencia"; 3. Después se le pide al alumnado que piense y reflexione de forma individual sobre las preguntas específicas formuladas por el profesor "reflexión"; 4. A continuación, se invita al alumnado a que comparta sus reflexiones escritas "Interacción" con compañeros (trabajo grupal de 5-6 personas) e intenten llegar a un consenso; 5. Finalmente, llegaríamos a la "Teoría" en el que un representante de cada grupo procede a compartir las respuestas y el profesor lo relaciona con la teoría.

CONCLUSIONES

A la hora de enseñar el algoritmo de RCPB es más importante enlazar con conocimientos previos del alumnado, enlazando con sus conocimientos las intervenciones principales de la cadena de supervivencia para un aprendizaje realista y de calidad.

26

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 24

PRIMER FIRMANTE
Carmen Juan GarcíaAUTORES
Leticia Martínez
González;
María Plaza Carmona;CENTROS DE TRABAJO
CAULE

CASO CLÍNICO: ATENCIÓN ENFERMERA A JOVEN CON HIPERPIREXIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

INTRODUCCIÓN

la fiebre es uno de los signos más frecuentes en urgencias. Está considerada una respuesta adaptativa del organismo ante un agente pirógeno. Su etiología corporal puede deberse a multitud de causas, la denominamos hiperpirexia cuando sobre pasa un valor mayor de 41°C. Dependiendo del agente causal, la fiebre, puede ir acompañada de taquicardia, sudoración y temblores, como consecuencia de la vasoconstricción periférica y una rigidez muscular para el mantenimiento de la homeostasis. En cambio, si se presentan artralgias y dolores musculares, estarán relacionadas con la liberación de pirógenos internos. Es importante señalar, como los cuidados al paciente deben de centrarse en estructurar el proceso desde una perspectiva de continuidad de los cuidados como elemento que garantice una calidad asistencial integral.

METODOLOGÍA

revisión bibliográfica usando las palabras claves: fiebre, cuidados enfermería, urgencias, prevención. Limitando la búsqueda a los últimos 5 años en Scielo, Cuiden, PubMed, Cochrane.

RESULTADOS

paciente de 23 años que es trasladado al servicio de urgencias.

Se realiza un electrocardiograma y se toman las constantes vitales: tensión arterial: 92/54, frecuencia cardiaca 147 lx', temperatura 42°C, saturación de oxígeno 94% basal. Durante el proceso, procederemos a elaborar un plan de cuidados que incluirá los diagnósticos enfermeros, Para ello utilizaremos la taxonomía NANDA, NOC, NIC:

60007 Hipertermia relacionada con exposición a ambientes excesivamente calientes, Incapacidad para regular la temperatura corporal o deshidratación.

00155 Riesgo de caídas relacionado con la alteración del estado mental.

00126 Conocimientos deficientes sobre exposición a altas temperaturas relacionado con la falta de familiaridad para obtener recursos informativos.

00027 Déficit de volumen de líquidos relacionado con el deterioro de los mecanismos reguladores y la pérdida de volumen y manifestado por un aumento de temperatura y frecuencia cardiaca y sequedad de piel y mucosas.

CONCLUSIONES

En la hipertermia se producen alteraciones en nuestro sistema nervioso central, debido al fallo en el sistema termorregulador (hipotálamo). La fiebre no tiene que ser suprimida necesariamente, ya que es un mecanismo de defensa del organismo y no es perjudicial como tal, salvo que exceda los 41°C. Se puede abordar tanto desde el punto farmacológico como no farmacológico.

28

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 25

PRIMER FIRMANTE

Ana Benito Justel

AUTORES

Irene Sánchez Soberón;
M. Melania Morán Díaz;
Marta Gómez-escolar
Pérez; M. Esther Fraile
Martínez;
Miguel Abad frutos;

CENTROS DE TRABAJO

UME Segovia

UME Valladolid

Centro Coordinador
Emergencias Sanitarias
Castilla y León

ANIÓN GAP NORMAL TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA RECUPERADA POR INGESTA DE ETILENGLICOL

INTRODUCCIÓN

Presentación de un caso clínico de parada cardiorespiratoria (PCR) prehospitalaria por intoxicación de etilenglicol recuperada exitosamente.

El etilenglicol es un glicol incoloro e inodoro utilizado en anticongelantes cuya ingesta mayor de 1g/kg es potencialmente letal. El fallecimiento se produce por acidosis metabólica, fracaso renal y arritmia por alteraciones del calcio (prolongación de QT).

Analíticamente destaca el incremento progresivo del anion GAP en el curso temporal de la intoxicación. Sin niveles del tóxico, un anion gap normal en asintomáticos excluye ingesta preocupante.

METODOLOGÍA

Revisión de historias clínicas de emergencias sanitarias y urgencias hospitalarias.

RESULTADOS

Mujer, 25 años. Antecedentes: psicosis. Atendida inconsciente por unidad medicalizada de emergencias con fetor enólico. Frecuencia cardiaca (FC) 80, tensión arterial (TA) 125/85, saturación oxígeno (SatO₂) 94% fracción oxígeno inspirado (FiO₂) 0,21, Glasgow 3. electrocardiograma: ritmo sinusal 80 latidos sin alteraciones repolarización. Analítica prehospitalaria pH7,24, pCO₂ 44,9 mmHg;

pO₂ 37,7 mmHg, bicarbonato 19,5 mmol/L, EB - 7,8 mmol/L, sodio 138 mmol/L, potasio 3,8mmol/L, calcio 0,92 mmol/L, glucosa 133 mg/dL, creatinina 0,67 mg/dL, Lactato 4,82 mmol/L, BUN calculada 10,7mg/dL, Anión GAP 7,5 mmol/L, osmolaridad 282,2 mosm/Kg. PCR presenciada por asistolia saliendo en ritmo sinusal y SatO₂ 99% (FiO₂ 0,99), TA 120/65, FC 79. Medicación administrada: naloxona, flumazenilo, bicarbonato; tras el retorno circulación espontánea, intubación oro traqueal con etomidato, rocuronio y fentanilo. Hallazgo en domicilio envase vacío de anticongelante.

En hospital: TA 120/79, FC68, pH 7,17, pCO₂ 55 mmHg, pO₂ 46 mmHg, bicarbonato 17,2 mmol/L, EB-8,9 mmol/L, lactato 4,2 mmol/L, leucocitos 18300/μL, hemoglobina 15 g/dL, plaquetas 278000 U/μL, sodio 140 mmol/L, potasio 4 mol/L, glucosa 118 mg/dL, creatinina 0,59 mg/dL reacción en cadena polimerasa (PCR) 18,9 mg/dL, troponina 88 ng/mL, creatinina kinasa 28080 mg/dL. Diagnóstico: Intento autolítico por etanol y etilenglicol con rabdomiolisis secundaria. Estancia unidad cuidados críticos 2 días tratada con hemodiálisis.

CONCLUSIONES

Podemos sospechar que los niveles de calcio normales favorecieron la recuperación de la PCR ya que no se produce una alteración de la conducción cardiaca.

Destaca anion GAP normal en la analítica prehospitalaria y en urgencias. Esto puede ser debido a la atención precoz desde la ingesta de los tóxicos, mejorando el pronóstico clínico.

29

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 26

PRIMER FIRMANTE
Stefanny Priscila Aldaz
VacaAUTORES
Melannie Aldaz Vaca;
Francisco Panadero
Riesco;CENTROS DE TRABAJO
Banco de Sangre La
RiojaHospital San Juan de
Dios Burgos

061

IMPORTANCIA DE VALORAR LA VÍA AEREA

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 cardiacas 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.

30
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 27

PRIMER FIRMANTE
Francisco Javier Febles
Díaz

AUTORES
Luis Jorge Valdivia Ruiz;
Raquel Yagüe Zapico;
Julia Paola Núñez Casco;
Paloma Pérez del Pozo;
María Fernanda Molina
Gómez;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital de León

TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN EL ICTUS ISQUÉMICO: HOSPITAL DE LEÓN, 2022

INTRODUCCIÓN

El ictus isquémico es una patología tiempo dependiente que requiere de diagnóstico y tratamiento precoz (fibrinólisis intravenosa y/o trombectomía mecánica) para reducir la lesión isquémica irreversible causada por la interrupción del flujo sanguíneo cerebral.

OBJETIVOS

Describir las características de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital de León (CAULE) con el diagnóstico de ictus isquémico y sometidos a trombectomía mecánica

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes seleccionados ingresados durante el año 2022. Las variables a estudio incluyen el territorio vascular afectado y el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la recanalización arterial. Para la valoración radiológica del ictus se emplea el Alberta Stroke Programme Early CT Score (ASPECTS). La reperusión se valora mediante el Thrombolysis in Cerebral Infarction Score (TICI). La situación neurológica al alta de UCI se refleja comparando el valor de la National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) en ese momento con el valor calculado al ingreso y la valoración funcional de los pacientes

a los 90 días con el Modified Rankin Scale (mRS).

RESULTADOS

De los 85 pacientes estudiados, el 29% presentaba fibrilación auricular en el momento del diagnóstico. En 14% de los casos se administró fibrinólisis intravenosa. El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la recanalización en la sala de Radiología Vascul ar fue de 3,83 horas, tiempo que aumenta a 5,92 horas si consideramos solamente los pacientes derivados de otros hospitales (Bierzo, Benavente). La arteria más frecuentemente afectada es la arteria cerebral media, tanto derecha (37,6%) como izquierda (38,8%). 56 de los pacientes presentaban un ASPECTS > 7. Se consiguió una recanalización TICI 3-4 en 58 pacientes (68,2%). El TC de control evidenció complicaciones en 3 pacientes: isquemia en 2 casos, y edema en 1 caso. El NIHSS disminuyó de 17,45 puntos de media a 5,42 al alta. A los 90 días, 52'9% de los pacientes presentaban un mRS ≤ 2 (no disponemos de datos de un 11'7%).

CONCLUSIONES

Ante el ictus isquémico es fundamental una actitud diagnóstico-terapéutica lo más precoz posible con el fin de reducir la morbimortalidad asociada.

31

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 28

PRIMER FIRMANTE
Tania Tellez MomoAUTORES
Patricia Serven Gil ;
Milagros Cabedo Pérez ;
Marta Ortilles Tejera;
Mónica Campan Massana;CENTROS DE TRABAJO
Hospital San Rafael

LA IMPORTANCIA DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA COMO FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL SANITARIO, Y SU UTILIDAD EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

INTRODUCCIÓN

La simulación clínica es una metodología docente que trata de situar al alumnado en un contexto que imite algún aspecto de la realidad y en establecer en ese ambiente situaciones similares a las que se deberá enfrentar en un futuro. Las competencias no técnicas se basan en el CRM (Crew Resource Management) y en la cultura de seguridad y hacen referencia, entre otras, al trabajo en equipo, el liderazgo y a la comunicación eficaz.

El aprendizaje mediante simulación cada vez es más usado en ámbitos de salud así como para la formación continuada del personal sanitario.

Como consecuencia del entrenamiento el margen de error se ve reducido.

El objetivo de la simulación es involucrar a los participantes en el aprendizaje activo en pensamiento crítico y la resolución de problemas.

El Debriefing es lo más importante de esta técnica docente, consiste en realizar un análisis guiado sobre el proceso de aprendizaje, el momento adecuado es justo después de la simulación.

OBJETIVO

Evaluar y conocer el grado de satisfacción del personal de un hospital de nivel II a través de la simulación como herramienta de aprendi-

zaje en la parada cardiorrespiratoria (PCR) Analizar el conocimiento conseguido mediante la utilización de la simulación en la atención a la PCR.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de 3 años de duración. Se hará un análisis cuantitativo de los datos obtenidos del cuestionario post simulacro. La muestra es de 170 participantes.

La población de estudio serán los profesionales sanitarios que han participado en los simulacros, desde enero del 2019 a diciembre del 2022. Se entregó a los participantes un documento informativo, asegurando la confidencialidad de los datos.

Los datos fueron analizados a través del paquete estadístico SPSS y el programa de cálculo Excel.

RESULTADOS

Los datos analizados valoran positivamente el uso de la simulación como técnica de aprendizaje y mejoran la seguridad y confianza a la hora de enfrentarse a una situación real perfeccionando sus habilidades técnicas y la toma de decisiones.

CONCLUSIONES

El 97% de los participantes valoran que la simulación clínica es necesaria para el aprendizaje y debería realizarse con más frecuencia.

33

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 29

PRIMER FIRMANTE

Maria Teresa Soriano de
Antonio

AUTORES

Eduardo Gonzalez
Sánchez; Soledad
Herrador Sánchez;
Linda Esteban
Castellanos;

CENTROS DE TRABAJO:

SUMMA 112

¿CLÍNICA O PRUEBAS COMPLEMENTARIAS?

INTRODUCCIÓN

El propósito de este caso clínico es poner de manifiesto la importancia de la clínica que presenten los pacientes más allá de las pruebas complementarias, que como su nombre indican son complementarias, ya que si éstas no apoyan la patología sospechada en el momento en que se realizan habría que priorizar los síntomas y signos que presente el paciente.

METODOLOGÍA

A raíz de un caso clínico acontecido en el Punto de Atención Continuada (PAC) en Fuente el Saz de Jarama, realzar la importancia de la clínica sobre las pruebas complementarias. El pasado día 04/03/2023, acude al PAC un varón de 59 años que, sobre las 16h, tras comer, presenta un dolor centro torácico, opresivo, irradiado a miembro superior izquierdo, que inicialmente, piensa que es muscular, para lo cual se administra un diclofenaco sin ceder el dolor. Niega cortejo vegetativo asociado. A las 3 horas de haber iniciado el dolor acude al PAC donde le realizan un electrocardiograma (ECG), objetivando elevación del segmento ST en cara inferior, estable hemodinámicamente.

A nuestra llegada a la sala donde se encuentra el paciente, presenta una TA: 158/94 mmHg, FC 60 lpm, SatO₂: 98%, T^a: 36°C, glucemia 127. Reinterrogado refiere que actualmente está sin dolor y que hace unos días, mientras realizaba compra, presenta un dolor similar que cede tras unos minutos de reposo. El ECG realizado en ese momento no presenta alteraciones significativas. Como antecedentes presenta, fibrilación auricular en 2008 resuelta tras cardioversión y en tratamiento con atenolol. La exploración es rigurosamente normal.

Dado el ECG previo, se decide activar código IAM y se inicia el tratamiento del mismo (Acidoacilsalícilico + ticagrelor), además se le administra un puff de nitroglicerina sublingual (sin cambios posteriores en el ECG). Mientras se espera a la ambulancia para proceder al traslado, el paciente comienza de nuevo con dolor intenso y se realiza nuevo ECG donde se empiezan a objetivar cambios en el segmento ST en cara inferior y posterior, aumentando la intensidad del dolor, lo que obliga a administrarle cloruro mórfico.

Tras ceder el dolor, el ECG de nuevo se normaliza. Durante el traslado, alterna episodios de dolor con alteraciones en el ECG, con otros episodios sin dolor con normalización del trazado de ECG.

A la llegada a urgencias del hospital, se realiza la transferencia directamente en sala de hemodinámica donde objetivan tras cateterismo: descendente anterior con estenosis proximal del 50%. coronaria derecha dominante con suboclusión trombótica en tercio medio, con necesidad de implantación de stent.

RESULTADOS

Las pruebas complementarias apoyan y ayudan a la toma de decisiones conjunta sobre el conjunto de síntomas y signos que presentan los pacientes. La base de todo diagnóstico debe ser la clínica del paciente, dado que, si en un momento puntual en el tiempo las pruebas no demuestran patologías no podemos obviar la clínica que ha presentado, presenta o relata el paciente, como ocurrió en el caso anterior, a veces, hay que ver la evolución del mismo y valorar el conjunto de síntomas y signos para tomar las decisiones más correctas en cuanto al manejo, diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

CONCLUSIONES

-Siempre debe priorizarse la clínica que presenten los pacientes, dado que, si en el caso anterior, no hubiésemos objetivado alteraciones en el ECG realizado previamente y no hubiésemos prestado atención a la clínica del paciente, podría haberse dado el caso de que el paciente no hubiese sido trasladado en Soporte Vital Avanzado (SVA), tratándose de una patología tiempo dependiente, por no haber objetivado en nuestro monitor, inicialmente, alteraciones electrocardiográficas.

34

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 30

PRIMER FIRMANTE

Jose Maria Arevalo la Calle

AUTORES

Ruth Libertad Gomez
Bravo; Ricardo Garcia
Martinez; Tirso Alonso
Ares;

CENTROS DE TRABAJO
SUMMA 112

EL ENEMIGO INVISIBLE

INTRODUCCIÓN

Varón de 45 años. Alergias: no conocidas. Antecedentes: Fractura de peroné e hidrocele. No HTA, dislipémico, no fumador.

Aviso 112: Solicitan Soporte Vital Avanzado para un varón de 45 años que, cuando se dirigía a comer a un restaurante, en el aparcamiento del mismo, sufre un vómito hemático con posterior disminución de nivel de conciencia. A nuestra llegada, el paciente está acompañado por su mujer y dos hijas. Los familiares refieren episodio similar hace 13 años en Asturias. Se encuentra tumbado en el suelo del aparcamiento, en posición trendelemburg, vómito de aspecto rojo brillante, próximo al paciente, de 400 cc aproximadamente. No traumatismo previo.

EXPLORACIÓN FÍSICA

A la llegada y siguiendo el acrónimo de actuación XABCDE durante la valoración inicial:

X: No se observan hemorragias externas visibles. A: Vía aérea permeable

B: Ventilación torácica simétrica, eupnéico, FR: 14rpm. SatO₂: 92%. ACP: normal.

C: Marcada palidez cutaneomucosa, piel sudorosa y fría, pulso radial presente débil y filiforme, relleno capilar mayor de 2 segundos, taquicárdico (116 lpm), TA 75/45 mmHg (TAM 55 mmHg).

D: Consciente y orientado, mareado, pupilas isocóricas y normorreactivas. Glasgow 13

E: Tª 36,5° C, Glucemia 110mg/dl, no lesiones externas visibles aparentes. Abdomen blando y depresible, no megalias, resto de exploración clínica y valoración secundaria sin hallazgos de interés. Impresión clínica de gravedad.

METODOLOGÍA

Se administra oxigenoterapia con dispositivo alto flujo (mascarilla Venturi 50 % 14 l/min), subiendo la saturación

de oxígeno a 96%. Se canalizan 2 vías venosas periféricas n 18 y se realiza carga de volumen con suero fisiológico 0,9% 500 ml, observando mejoría de la clínica y aumento de la TA a 116/63 mmHg. Se administra además omeprazol 40 mg en bolo y ácido tranexámico 1 gr en 100 ml de suero fisiológico (IV) en 10-15 min. Se traslada al paciente en camilla cuchara hasta la camilla de la ambulancia y se informa a la central de la gravedad clínica del paciente, realizando preaviso hospitalario, siendo aceptado en el hospital. Se informó a la familia de la gravedad de la situación. Al inicio del traslado el paciente refiere no tener fuerza para sostener los miembros superiores, con mayor sudoración profusa, palidez y disminución del nivel de conciencia, TA: 70/40 mmHg, FC: 120 lpm con lo que se administra 700 ml de SSF remontando la TAS a 90mmHg, la cual permanece estable durante el traslado. Durante el traslado, el paciente nos informa sobre dos episodios previos hace mucho tiempo, sin recordar el nombre de la enfermedad que le dijeron. Al ingreso en el servicio de urgencias, el paciente sufre nuevo

bache hipotensivo (TAS: 60mm Hg) remontado con una tercera carga de 500 ml de suero fisiológico 0,9% IV.

En la unidad de reanimación se realiza endoscopia por el servicio de Digestivo, visualizando sangrado en fundus gástrico no controlable en ese momento. Se avisa a radiología intervencionista para embolización selectiva, a pesar de la cual el paciente mantiene sangrado interno con hematemesis, anemización progresiva e inestabilidad hemodinámica, con lo que se realiza intervención quirúrgica urgente. Se realiza laparotomía media supra-umbilical, en la que se aprecia sangrado activo en vaso gástrico muy próximo a la curvatura mayor del estómago, realizando una embolización selectiva del cuerpo gástrico y gastrectomía atípica en cuña.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Dieulafoy denominada también "arteria de calibre persistente" o "aneurisma cirsoide", es una enfermedad de origen desconocido en la que se presenta un vaso arterial de gran calibre en la submucosa gástrica, produciendo una erosión de la misma y posterior sangrado gástrico masivo. Constituye el 2% de las hemorragias gástricas. Podemos encuadrar la enfermedad dentro del diagnóstico diferencial de lesiones vasculares gástricas que van a provocar hemorragias digestivas altas de etiología infrecuente. Otras patologías que debemos tener en cuenta son las úlceras digestivas, varices esofágicas, Síndrome de Mallory Weiss, gastritis erosivas y neoplasias. El paciente presentaba inestabilidad hemodinámica debido a un shock hipovolémico por una hemorragia interna de origen desconocido que comprometía la vida del paciente por lo que, los objetivos del tratamiento aplicados estaban dirigidos a:

1- Mantener al paciente hemodinámicamente estable para poder realizar el traslado.

2- Reducir los tiempos lo máximo posible de llegada al hospital al ser una patología tiempodependiente que precisa de un tratamiento quirúrgico de urgencia.

Es importante recordar que, cualquier retraso en busca de identificar o completar un diagnóstico y que suponga un retraso en la llegada a un quirófano, aumenta de manera exponencial la morbimortalidad de este tipo de pacientes.

35

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 31

PRIMER FIRMANTE

Raquel Yagüe Zapico

AUTORES

Julia paola Nuñez Casco;

Luis jorge Valdivia Ruiz;

Vanesa Lestón Alonso;

Francisco javier Febles

Díaz; María Fernández

Molina Gómez;

CENTROS DE TRABAJO

HOSPITAL DE LEÓN

SHOCK HEMORRÁGICO ¿CAUSA?: A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

Las fístulas aortoentéricas definen la comunicación anormal entre el árbol aortoilíaco y el sistema gastrointestinal. Representan una infrecuente entidad, pero potencialmente letal, como etiología de hemorragia digestiva baja. Factores mecánicos e infecciosos constituyen su patogenia. Debido a su alta mortalidad se requiere de diagnóstico y tratamiento urgente.

OBJETIVO

Revisar la actuación ante un caso de fístula iliaco-entérica como causa de shock hipovolémico.

METODOLOGÍA

Descripción de un caso clínico.

RESULTADOS

Mujer de 67 años que ingresa a cargo del servicio de Digestivo por hemorragia digestiva baja. Como antecedentes de interés destacan: tumor vesical infiltrante (exenteración pelviana anterior, exéresis de implantes y reconstrucción tipo Bricker), absceso en psoas izquierdo y bacteriemia de foco urinario. Al ingreso se descarta hemorragia alta con gastroscopia. Pendiente de realización de colonoscopia la paciente presenta bruscamente rectorragia franca con inestabilidad hemo-

dinámica y evolución a shock hemorrágico, motivo por el que ingresa a cargo de Medicina Intensiva. Resucitación con sueroterapia y apoyo vasoactivo no exitosa, con shock hipovolémico refractario. Realización de angioTAC abdominal que describe absceso adyacente a psoas derecho que engloba arteria ilíaca externa ipsilateral, extravasación de contraste hacia la luz de un asa intestinal y fistulización entre la colección y dicho asa. Traslado a la sala de Radiología Vascular para realización de arteriografía que confirma la extravasación dependiente de la arteria ilíaca externa derecha, sobre la cual se implanta endoprótesis de balón expandible, con control del sangrado y posterior tendencia a la estabilidad hemodinámica. A pesar de tratamiento intervencionista exitoso se mantiene la situación de acidosis metabólica y shock hipovolémico refractario con fracaso multiorgánico, falleciendo la paciente a las pocas horas.

CONCLUSIONES

El diagnóstico precoz de una fístula aortoentérica es recomendable debido a su alta mortalidad. Su sospecha ante hemorragia del tracto digestivo con antecedentes de manipulación e infecciones a nivel abdominal puede orientar a una terapia adecuada, quirúrgica o intervencionista, indicada para el control precoz del sangrado. Lo infrecuente de esta enfermedad complica el diagnóstico diferencial y retrasa un adecuado tratamiento.

37

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 32

PRIMER FIRMANTE
Mario del Río MorenoAUTORES
Carlos Rodríguez Blanco;
M^a Noelia de Miguel
Lázaro; Ana I. Iniesta
Lázaro; Alicia Benito
Sanchez; Fernando
Miguel Saldaña;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR

H.U. Infanta Elena

IMPACTO DE LA PRESENCIA DE UN PRIMER RESPONDIENTE EN LA SUPERVIVENCIA NEUROLÓGICA EN LA PARADA CARDIACA

INTRODUCCIÓN

En España, aproximadamente en el 55% de las paradas cardíacas (PCR) prehospitalarias hay primeros respondientes (PR) que inician maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP). Varios estudios sugieren que su formación afecta a los resultados.

OBJETIVO

Analizar el impacto de la presencia del PR en la PCR, así como los resultados en recuperación de pulso (ROSC) y supervivencia en función de su capacitación.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo a través de una base de datos elaborada con carácter prospectivo de un SEM. Cohorte de 959 pacientes que sufren una PCR extrahospitalaria en el periodo 2020-2022. Se realizó seguimiento de los pacientes hasta 30 días de ingreso, alta o fallecimiento.

Variables epidemiológicas: edad, sexo. Variables exposición: Tipología del PR en la escena dividido en 6 grupos: No hay PR, Policía municipal (PM), policía nacional (PN), primer respondiente no sanitario (PRNS), primer respondiente sanitario (PRS) y PCR presenciada por los miembros del SEM (PRESEN). Variables resultado: ROSC y supervivencia sin deterioro neurológico.

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

RESULTADOS

959 pacientes, 81% hombres, edad media 61,4 años (DE-18,51). 530 recuperaron pulso (55,26%). 173 pacientes (18,03%), sobrevivieron sin deterioro neurológico. En 586 casos (61,1%), hubo PR. En el 27,6%, eran PRNS, 9,59%: PRS, 10,53%: policías, 12,93% fueron presenciadas por SEM, 38,89% no hubo PR.

No hubo diferencias en sexo con ROSC o supervivencia neurológica. Pero si la edad y la supervivencia sin daño neurológico (SSDN) 59,72 años en SSDN vs 63,06 en mal pronóstico ($p = 0,008$).

El PR no ocasiona diferencias significativas en cuanto a ROSC, excepto en las PCRs presenciadas por el SEM: 87,09%. El resto fueron: 54% PM, 47,1% PN, 55,43% PRS, 60,22% PRNS y 38,71% en no testigos. $p < 0,0001$.

En cambio, y es la clave del estudio, el PR, y el tipo de PR tienen una asociación significativa con la SSDN. En PCRs presenciadas por SEM, la SSDN fue del 28,42%, en PM: 19,46%, PN: 17,3%, PRS: 23,07%, PRNS: 25,75%, y no PR: 8,91% ($p < 0,00001$).

CONCLUSIONES

Aunque no hay diferencias en el ROSC según el tipo de testigo, contar con un PR, independientemente de su formación, aumenta significativamente las posibilidades de una supervivencia sin daño neurológico, la cual sí depende del tipo de capacitación del PR.

38

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 33

PRIMER FIRMANTE

Ana Benito Justel

AUTORES

Irene Sánchez Soberón;
M. melania Morán Díaz;
Marta Gómez-escolar
Pérez; Sandra Margot
Navarro Contreras;
Sheyla Lucy Miranda
Gutiérrez;

CENTROS DE TRABAJO

UME Segovia

UME Valladolid

Centro Coordinador
Emergencias Sanitarias
Castilla y LeónHospital Universitario
Infanta Sofía

ALTERACIONES HIDROELECTROLÍTICAS EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN HIPOTERMIA ACCIDENTAL.

OBJETIVO

Valoración de la analítica prehospitalaria en paciente hipotérmica con parada cardiorrespiratoria (PCR) presenciada.

METODOLOGÍA

Revisión de historias clínicas de emergencias sanitarias y urgencias hospitalarias.

RESULTADOS

Mujer, 78 años. Antecedentes personales hipertensión arterial, fibrilación auricular, y diabetes mellitus. Atendida por emergencias en el suelo de su casa tras días sin saber de ella. Frecuencia cardiaca (FC) 23 latidos por minuto, tensión arterial (TA) 43/37, saturación oxígeno (SatO₂) 83% con oxigenoterapia con fracción oxígeno inspirado (FiO₂) 0,9, temperatura 29,5 °C, Glasgow 3. Electrocardiograma: ritmo idioventricular. Analítica prehospitalaria pH 7,006 corregido 7,1, pCO₂ 59 mmHg; pO₂ 15,6 mmHg, bicarbonato 16,8 mmol/L, EB - 9,6 mmol/L, sodio 125 mmol/L, potasio 3,4 mmol/L, calcio 0,99 mmol/L, glucosa 233 mg/dL, creatinina 1,15 mg/dL, Lactato 5,28 mmol/L, Anión GAP 12,2 mmol/L, osmolaridad 275,6 mosm/Kg. PCR presenciada por asistolia. Tras el retorno circulación espontánea, intubación orotraqueal con etomidato y rocuronio. Necesidad de drogas vasoactivas tras infusión 1250 ml Ringer. En hospital: TA

98/59 , FC 102, temperatura 26,4 °C, gasometría arterial pH 7,28, corregido 7,45, pCO₂ 45 mmHg, pO₂ 162 mmHg, bicarbonato 20,6 mmol/L, EB-5,6 mmol/L, lactato 3,5 mmol/L , leucocitos 4400/μL, hemoglobina 18,8 g/dL, plaquetas 288000 U/μL, sodio 129 mmol/L, potasio 3,8 mol/L, glucosa 185 mg/dL, creatinina 0,93 mg/dL reacción en cadena polimerasa (PCR) 10,9 mg/dL, troponina 36 ng/mL, creatinina kinasa 558 mg/dL. Diagnóstico: Hipotermia extrema, bloqueo av completo y anemia severa precisando trasfusión y posterior estudio extrahospitalario.

CONCLUSIONES

Aunque la hipotermia se relaciona con clima frío, también va de la mano de traumatismo o enfermedades que afectan a la termorregulación, siendo la población geriátrica de riesgo.

Teóricamente, por cada 1°C de temperatura inferior a los 37 °C, el pH incrementa 0,0147, PaO₂ disminuye 7,2% y PaCO₂ 4,4%. Los analizadores reflejan los datos para una temperatura corporal normal corrigiéndose con ecuación de Rosenthal (pH real = pH a 38°C + 0,0147 (38-temperatura del paciente en °C) y PaO₂ y PaCO₂ con normograma de Severinghaus.

El hematocrito aumenta un 2 % por cada descenso de 1°C. Nuestra paciente tiene una anemia severa desconocida previamente, por lo que se decide buscar extrahospitalariamente alguna neoplasia de base.

39

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 34

PRIMER FIRMANTE
Josué Sáenz LorenteAUTORES
Jennifer Muñoz Chico;
Rodrigo Javier Gil
Hernandez; Miguel
Moreno Herrero; Silvia
Molinero Peña; Clara
Torres Ortega;CENTROS DE TRABAJO
Hospital Santa Bárbara

IMPLEMENTACIÓN DEL “MÉTODO 5S LEAN” EN LA ORGANIZACIÓN DEL CARRO DE PARADAS

INTRODUCCIÓN

Disponer de un carro de paradas organizado es fundamental para responder a la multitud de incidencias que pueden acontecer en el entorno hospitalario. La metodología Lean es una forma innovadora para gestionar los procesos, se basa en el balance entre la eliminación de desperdicios y el aumento de la productividad. El método 5 S, es una de las técnicas más empleadas en entornos sanitarios. Esta técnica favorece la creación de grupos de trabajo, aumentando el compromiso e implicación de los profesionales, permite la estandarización de los procesos de manera que las mejoras permanezcan en el tiempo.

OBJETIVO

Describir el proceso de estandarización de la revisión del carro de paradas, mediante el método 5S Lean.

METODOLOGÍA

En primer lugar se constituyó un equipo de mejora, formado por profesionales de Urgencias Hospitalarias.

Se realizó un análisis de fallos y efectos (AMFE) para priorizar los problemas detectados y aportar soluciones.

Posteriormente se utilizó el método 5 S Lean: Seiri - Clasificación, Seiton - Orden, Seiso -

Limpieza, Seiketsu - Estandarización y Shitsuke - Disciplina.

Se elaboró una herramienta de auditoria ad hoc para evaluar el mantenimiento del carro de paradas.

RESULTADOS

Los principales problemas detectados en el AMFE, fueron: mueble obsoleto, desorganización del material y ausencia de listado con el material mínimo, con NPR de 30 puntos.

Método 5S:

- Seiri. Se eliminó todo aquello que no se utiliza en una parada cardíaca.
- Seiton. Se organizaron los materiales con un código de colores.
- Seiso. Se estableció una rutina de limpieza.
- Seiketsu. Se realizó un documento chequeable del material contenido en cada cajón.
- Shitsuke. Se estableció una sistemática de revisión del carro, y un sistema de precinto numérico y auditorías.

La puntuación en las auditorias pasó de 0 a 20 (puntuación máxima) en 6 meses. Los profesionales manifestaron una elevada satisfacción con la organización del carro, mayor facilidad de acceso al material. El material permaneció correctamente dispuesto en el 95% de revisiones. El equipo de mejora estableció las acciones correspondientes para solventar los errores.

CONCLUSIONES

Este método de revisión ha repercutido en una mejor organización y eficiencia del carro de paradas, contribuyendo a una atención más segura ante las emergencias.

40

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 35

PRIMER FIRMANTE

Jennifer Muñoz Chico

AUTORES

Rodrigo Javier Gil
Hernández; Josué Saenz
Lorente; María Ortego
Niño; Nuria Peñaranda
Peñaranda; Jesús Ángel
Jodra Pérez;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Santa Bárbara

IMPACTO EN TÉRMINOS DE MORTALIDAD DEL TRAUMATISMO CRANEOENCÉFALICO GRAVE EN UN CENTRO HOSPITALARIO SIN NEUROCIRUGÍA

INTRODUCCIÓN

El traumatismo craneoencefálico (TCE) se describe como aquel impacto violento recibido en la región craneal y facial. El TCE de alto riesgo es indicación de realización de tomografía computarizada (TC) craneal urgente. En muchas ocasiones, encontramos complicaciones derivadas del propio traumatismo que requieren de ingreso en una unidad de neurocirugía. En un hospital provincial como el Hospital Santa Bárbara de Soria, un porcentaje no desdeñable de pacientes deben ser derivados a un hospital de referencia, donde quedarán ingresados para observación o para tratamiento definitivo.

OBJETIVO

Observar la mortalidad en los pacientes que sufren una complicación hemorrágica tras un TCE en un centro sin presencia de neurocirugía como el Hospital Santa Bárbara de Soria.

METODOLOGÍA

En primer lugar se constituyó un equipo de Estudio observacional descriptivo en el Hospital Santa Bárbara de Soria. Se recogieron todos los datos de pacientes, de enero de 2022 hasta diciembre de 2022, con diagnóstico de TCE grave con la presencia de hematoma subdural (HSD) o hemorragia subaracnoidea (HSA). No se incluyeron los pacientes

menores de 18 años ni aquellos en los que fue imposible el seguimiento. El análisis de datos se realizó mediante la revisión del propio ingreso en las historias clínicas.

Se recogieron las complicaciones derivadas del TCE que finalizaron en mortalidad por todas las causas.

RESULTADOS

De una base de datos de 454 números de historia clínica con diagnóstico de TCE se incluyeron 67 paciente con HSD y/o HSA.

En la literatura revisada, encontramos que la tasa de mortalidad de los TCE graves con HSD en hospitales con neurocirugía se sitúa entre un 11.5% y un 67.1% (media de 38.4%) y alrededor del 20-22% en la HSA.

Se observa que la mortalidad de los pacientes incluidos en el estudio es del 30% en aquellos que tenían entre sus diagnósticos HSD (un 20% en los que tenían exclusivamente HSD) y una mortalidad del 17.5% en los que tenían entre sus diagnósticos HSA (un 8.7% en los que tenían exclusivamente el diagnóstico de HSA).

CONCLUSIONES

No se observó un aumento significativo de la mortalidad por todas las causas con respecto a la literatura revisada.

42

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 37

PRIMER FIRMANTE

Mercedes Artola Blanco

AUTORES

Jaime Eduardo Pérez

Gutiérrez; Álvaro

Velasco Villagarcía;

Silvia Medina Díez;

Esther Portugal

Rodríguez; Elena

Bustamante Munguira;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Clínico

Universitario de

Valladolid

SÍNDROME COLINÉRIGO AGUDO COMO CAUSA REVERSIBLE DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA

PROPÓSITO

Exponer la importancia de identificar signos y síntomas de la intoxicación como causa potencialmente reversible de parada cardiorrespiratoria, proporcionar a los profesionales sanitarios la oportunidad de aprendizaje práctico en el manejo agudo de esta entidad.

METODOLOGÍA - HISTORIA CLÍNICA

- Antecedentes médicos: Dislipemia.

- Motivo de consulta: Varón 56 años, hallado en la vía pública inconsciente, con cuadro de crisis tónico - clónica generalizada sin recuperación r de consciencia. Testigos avisan al 112, quienes, describen GCS 3 con pupilas mióticas arreactivas. Se intuba y durante el procedimiento se produce PCR en asistolia. Realizamos precozmente maniobras de RCP avanzada con administración de 3 mg de adrenalina cada 3 minutos. Tras 12 minutos de compresiones torácicas, recuperación de circulación espontánea en RS.

Familiares refieren intentos autolíticos previos con ingesta de herbicidas.

- Exploración física:

Constantes: TA: 83/45 mmHg; FC: 50 lpm; T^o: 34.8°C; SatO₂ 97%

Exploración física: Frialdad cutánea. Sialorrea con contenido blanquecino .

Neurológico: Miosis bilateral arreactiva. Mioclonías palpebrales.

Auscultación cardiopulmonar: normal

- Pruebas complementarias:

GAB venosa: Acidosis metabólica hiperlactacidémica.

ECC: QT alargado (480 ms)

Radiografía tórax: normal

TC craneal: normal

Sospecha diagnóstica: PCR recuperada en ritmo no desfibrilable secundaria a intoxicación por organofosforados.

Evolución:

Ingresa en UCI, realizamos Lavado gástrico y carbón activado en la primera hora tras intubación y tratamiento con atropina y pralidoxima en perfusión continua.

RESULTADOS

La intoxicación aguda por organofosforados es potencial causa reversible de PCR en ritmo no desfibrilable. producen una inhibición de la acetilcolinesterasa eritrocitaria en la interfase neuronal provocando una crisis colinérgica aguda por acúmulo de acetilcolina, con activación sistémica de receptores muscarínicos y nicotínicos desencadenando un cuadro clínico con broncorrea, miosis bilateral, bradicardia, fasciculaciones y alteración de lconsciencia.

El pilar del tratamiento son las medidas de sostén inicial y antídoto. La atropina es empleada para antagonizar los efectos de la acetilcolina y la pralidoxima permite recuperar la enzima que ha sido inhibida por el organofosforado.

CONCLUSIONES

La importancia del reconocimiento precoz de la sintomatología, el diagnóstico diferencial con otras intoxicaciones y el empleo de antídoto inmediato influyen en la supervivencia y pronóstico a largo plazo en este grupo de pacientes.

43

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 38

PRIMER FIRMANTE

Carlos Luis Villamor
Sánchez

AUTORES

Sara Isabel Monetro
Hernández; Jesús
Rodríguez Barroso; Jose
Antonio Lara Fernández;
Francisco Javier Sánchez
García; Ivan David Ferrer
Navajas;CENTROS DE TRABAJO
Ayuntamiento de MadridUniversidad Francisco de
Vitoria

¿CONDICIONA EL SEXO LA CORRELACIÓN ESTADÍSTICA DE METABOLITOS CON TROPONINA ULTRASENSIBLE EN SINDROME CORONARIO AGUDO?

INTRODUCCIÓN

Es sabida la utilidad de la Troponina Ultra-sensible (TU) en Síndrome Coronario agudo (SCA). Pero no sabemos si junto con la TU se encuentran otros valores de metabolitos, en la intervención, que podrían indicarnos la probabilidad del evento.

OBJETIVOS

Evaluar la influencia del sexo en la correlación estadística que los principales parámetros metabólicos [PH, EB (Exceso de Bases), Bicarbonato (HCO₃) y Lactato] presentan con valores de TU, en el contexto del Síndrome Coronario Agudo.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo retrospectivo con historias clínicas de pacientes (sin límite etario) atendidos por SCA, desde septiembre de 2022, en un servicio prehospitalario urbano, haciendo determinación de TU, además de analítica normal. Variables epidemiológicas: edad y sexo. Variables de estudio: metabolitos (PH, EB, HCO₃ y Lactato), TU. Codificación de datos y tratamiento del análisis correlacional (Spearman), con Excel y SPSS 24.0.

RESULTADOS

110 pacientes recopilados, 81 de ellos hombres (73,6%), con edad media de 60,51 años DS +/- 17,9. Supervivencia total a los 7 días 98 (89,1%). Media de valores: PH = 7,39 DS+-1.

EB = -0,38 mEq/L. DS+- 4,62. Lactato = 3,06 mmol/L DS+-3,62. HCO₃ = 24,33 mEq/L DS+-3,96. TU = 54,6 ng/L DS+-195,58. Calculo coeficiente correlación de Spearman (metabolitos vs troponinas):

1) Muestra total: PH = -0,099 (p<0,307), EB = 0,132 (p< 0,178), HCO₃ = 0,158 (p< 0,104) y Lactato = 0,146 (p<0,131).

2) Muestra hombres: PH = -0,218 (p< 0,052), EB = -0,027 (p< 0,813), HCO₃ = 0,026 (p< 0,820), Lactato = 0,290 (p< 0,010).

3) Muestra mujeres: PH = 0,149 (p> 0,442), EB = 0,420 (p>0,023), HCO₃ = 0,500 (p< 0,006), Lactato = -0,158 (p< 0,414).

CONCLUSIONES

Aunque de forma global no hay una correlación significativa entre los parámetros metabólicos y los valores de TU, el factor Sexo posibilita su aparición en ciertos valores. En hombres, el Lactato muestra correlación positiva (niveles altos de lactato con valores mayores de TU), mientras que el PH presenta una tendencia en sentido negativo (a niveles más bajos de PH, valores más altos de TU). En mujeres se produce una correlación positiva de TU con EB y HCO₃.

44

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 39

PRIMER FIRMANTE
Nazaret Romero Pizarro;AUTORES
María Jose Mena
González;CENTROS DE TRABAJO
AVINCIS AVIATION
ESPAÑA SAU

SAMUR PC

LA BUENA COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS INTERVINIENTES,
SALVAN VIDAS. A PROPÓSITO DE UN CASO**OBJETIVO**

Incidir en la coordinación entre el Centro Coordinador (CCU), Hospital útil y Helicóptero Sanitario (HEMS) ante un trauma grave que precisa transfusión sanguínea.

METODOLOGÍA

Activación por accidente de coche con dos víctimas. A nuestra llegada, guardia civil y bomberos actuando. Coche volcado, gran deformidad y 2 pacientes atrapados.

- Víctima 1, menor de edad, en asistolia, éxitus.
- Víctima 2, varón 49 años, atrapado en el asiento del conductor, impresiona gravedad. No hemorragias, vía aérea permeable, taquipneico, enfisema subcutáneo e hipoventilación en hemitórax izquierdo, hematoma y deformidad de clavícula. Pulso radial ausente, pálido, taquicárdico. Ecofast positivo en hepatorenal. Agitado, desorientado y repetitivo.

Dos vías venosas periféricas canalizadas, administración de fluidoterapia y drogas vasoactivas, ácido tranexámico, drenaje torácico con pleurecath. Aislamiento de vía aérea conectado a ventilación mecánica en volumen control. Estabilización del paciente manteniendo tensiones medias de 70mmHg.

Cursado preaviso hospitalario con quirófano urgente, calculando tiempo de traslado 15-20min. Se solicita al CCU:

- Dos concentrados de hematíes para supervivencia del paciente.
- Presencia policial para convoy y tener un traslado seguro.
- Soporte Vital Básico para traslado de paciente desde helisuperficie al hospital con personal HEMS.

El CCU gestiona lo anteriormente solicitado, para asegurar mayor fluidez la llegada del paciente al hospital y transferencia directa a cirugía.

RESULTADOS

Tras intervención quirúrgica y pruebas complementarias, el paciente presentaba rotura de bazo, dos fracturas costales, fractura de clavícula izquierda, hematoma subdural. Supervivencia y alta médica al cabo de varias semanas.

CONCLUSIONES

El paciente traumático es tiempo-dependiente. Donde los traslados son muy largos y es de vital importancia una buena comunicación entre los diferentes servicios implicados para reducir los tiempos de respuesta y agilizar las necesidades. Un buen funcionamiento del CCU, ayuda a los pacientes a reducir secuelas y mejorar la calidad de vida de éstos, no solo es responsabilidad del equipo que se encuentra en la propia intervención.

45

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 40

PRIMER FIRMANTE
Manuel Malmierca GarcíaAUTORES
Silvia Marín ValenciaCENTROS DE TRABAJO
Cruz Roja Salamanca

COMUNIDADES EDUCATIVAS COMO AGENTES PROMOTORES DE RCP “LOS NIÑOS SALVAN VIDAS: ANTES, DURANTE Y DESPUÉS...”

INTRODUCCIÓN

“Los niños salvan vidas” es un proyecto de formación continua dirigido a comunidades educativas y centros escolares.

El conocimiento del soporte vital básico (SVB), posibilita una respuesta rápida en etapas iniciales de urgencia por personal lego como primer interviniente, ofreciendo conductas de protección que minimizan el impacto de la situación hasta la llegada de profesionales sanitarios.

Formar en reanimación cardiopulmonar básica (RCP) aporta conocimientos para detectar una parada cardiorrespiratoria, para alertar precozmente a servicios de emergencia, iniciar precozmente maniobras de resucitación y aplicación precoz de un desfibrilador; fortaleciendo así los tres primeros eslabones de la cadena de supervivencia.

Este estudio recoge la actividad de formación en RCP desarrollado en centros escolares y comunidades educativas de Salamanca, siendo el público diana niños/as, profesorado, padres y madres.

OBJETIVOS

Analizar el aprendizaje del SVB como parte del currículo escolar, resaltando la importancia del entrenamiento continuo desde edades tempranas y acompañándoles durante la etapa escolar.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo llevado a cabo en centros escolares, mediante acciones formativas durante 6 periodos académicos (curso 2017-2018 al curso 2022-2023). La muestra se compone de cursos de RCP y uso del desfibrilador semiautomático.

RESULTADOS

Realizadas 581 acciones formativas para 11.557 alumnos/as durante 6 cursos académicos.

Curso 2017-2018: Impartidas 106 formaciones a 2.397 personas; en el período 2018-2019, 186 cursos para 3.452 alumnos.

En 2019-2020 se formó a 1.551 alumnos en 92 formaciones. En el periodo 2020-2021 fueron 2 cursos y 52 alumnos.

2021-2022 registró 70 acciones y 1.488 alumnos. En el último curso, 2022-2023, se desarrollan 125 cursos dirigidos a 2.617 alumnos.

CONCLUSIONES

Demanda ascendente y acogida positiva en los primeros periodos académicos, que se ven afectados por la irrupción de la pandemia durante los periodos intermedios del proyecto.

La posterior normalización y recuperación de cifras, sobre el número de alumnos y cursos, corrobora que el impacto de la formación impartida repercute satisfactoriamente en el aprendizaje de las técnicas de SVB, consolidando así la transferencia del conocimiento.

46

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 41

PRIMER FIRMANTE

Mauricio Gómez Alonso

AUTORES

Francisco Panadero
Riesco;Marta Paleo Agustín;
Pablo Romero Torres;
Minerva Pérez Herreros;
Álvaro Arribas Cerezo;CENTROS DE TRABAJO
CS HARO

SES 061 LA RIOJA

SESCAM BASE

TORMELLOSO

Hospital San Pedro
Logroño

MANEJO DE LA BRADICARDIA INESTABLE EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

HISTORÍA CLÍNICA

Presentamos a un varón de 73 años, diabético e intervenido de triple bypass coronario tras SCASEST en 2022, en tratamiento con AAS 100mg, emconcor y metformina que sufre episodio sincopal mientras montaba en bici.

Al llegar encontramos al paciente en decúbito lateral, consciente y diaforético. Los testigos relatan varios síncope convulsivos sin post-crítico, con nuevo episodio durante nuestra valoración. El paciente niega dolor torácico, disnea o cefalea.

Tras realizar valoración primaria y secundaria de trauma en la escena se traslada al paciente a ambulancia, donde se procede a explorar y monitorizar al paciente, objetivando bradicardia a 30lpm, palidez y marcada diaforesis como únicos hallazgos relevantes.

En ECG se objetiva bloqueo aurículoventricular de tercer grado acompañado de pausas de hasta 10s, por lo que iniciamos perfusión de adrenalina y colocamos marcapasos transcutáneo. Ante aparición de náuseas con algún vómito también iniciamos tratamiento antiemético con ondansetron.

Una vez estabilizado, se procede a trasladar al paciente a la UMI, donde ingresa hasta colocación de marcapasos definitivo.

CONCLUSIONES

La bradicardia sintomática (habitualmente por debajo de 40lpm) supone un motivo de atención habitual que requiere de una rápida identificación y manejo para prevenir complicaciones graves.

Tras la valoración inicial de un paciente con bradicardia, guiada por el ABCDE y durante la cual deberíamos obtener un ECG de 12 derivaciones, debemos prestar atención a los signos de riesgo vital (Shock, síncope, insuficiencia cardíaca aguda e isquemia cardíaca) así como a aquellos que determinan un riesgo elevado de asistolia (Asistolia reciente, bloqueo AV de segundo grado tipo 2, bloqueo AV de tercer grado con QRS ancho y presencia de pausas ventriculares mayores de 3 segundos). La presencia de cualquiera de estas manifestaciones obligaría a iniciar tratamiento. (1)

Las guías recomiendan comenzar con atropina (de dudosa eficacia en bloqueos infrahisianos(4)) y de ser preciso, continuar con isoprenalina o adrenalina (2) y/o colocar un marcapasos transcutáneo.(3)

Entre las causas más habituales de bradicardia se encuentran la isquemia miocárdica, la hipoxia, el uso de fármacos frenadores del nodo y las alteraciones hidroelectrolíticas.

47

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 42

PRIMER FIRMANTE
Antonio Martínez GarcíaCENTROS DE TRABAJO
SESCAM

FORMACIÓN DE SOPORTE VITAL BÁSICO Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN LA ETAPA DE EDUCACION SECUNDARIA: "LA IMPORTANCIA DEL PRIMER RESPONDIENTE FORMADO"

INTRODUCCIÓN

Según las recomendaciones de la OMS, ERC y AHA, indican que la formación en primeros auxilios debe realizarse en toda la población siendo de gran importancia que haya planes de formación en los escolares.

OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar la adquisición de conocimientos en SVB y RCP en los estudiantes de educación secundaria de la provincia de Guadalajara después de implementar un proyecto educativo.

Objetivos específicos:

- Dar a Conocer los conceptos básicos sobre SVB y RCP según las recomendaciones de las asociaciones científicas.
- Realizar de proyecto de educación de soporte vital básico y reanimación cardiopulmonar para alumnos secundaria en la provincia de Guadalajara.
- Evaluar los resultados obtenidos después de implementar el proyecto educativo.

METODOLOGÍA

Se plantea un programa de educación para la salud implementándolo en estudiantes de la educación secundaria y evaluando dicho proyecto.

La actividad propuesta se denomina RCP y DESA para primer respondiente. Se realizará una clase expositiva y una segunda clase practica de rol playing con los contenidos suficientes para llegar a conseguir los objetivos y dotar a los alumnos de los conocimientos básicos en primeros auxilios.

Para valorar el proyecto nos basaremos en las evaluaciones docentes de los alumnos tanto en el pretest y el post test incluyendo en la valoración de la parte práctica obtenidas. Obteniendo un análisis cuantitativo del aprendizaje obtenido.

Este proyecto se ha puesto en marcha en 8 centros escolares en lo que se imparte la educación secundaria obligatoria de Guadalajara capital. Mas concretamente se ha impartido en los alumnos de 1º ciclo de educación secundaria obligatoria. En total se impartió la actividad a un total de 640 alumnos.

RESULTADOS

Se obtuvieron datos de 640 evaluación pretest y las mismas post test además de 640 evaluaciones practicas donde resumiendo se objetiva un aprendizaje exitoso de los principales conocimientos tanto teóricos como prácticos de primeros auxilios planteados en el proyecto.

CONCLUSIONES

- Queda demostrada que los alumnos que han participado en le proyecto de educación para la salud han adquirido los conocimientos adecuados como para afrontar una situación de emergencia sanitaria a su edad.
- o Los alumnos que han recibido la formación en RCP y SVB aceptan de forma muy positiva.
- Debería realizarse una mejora en la legislación sobre la formación en urgencias y emergencias sanitarias de la población en el sistema educativo español.
- Dentro de los profesionales sanitarios las enfermeras de salud escolar junto con equipos de docentes que enfermeros de emergencias extrahospitalarias son los adecuados para organizar este tipo de formaciones.

48

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 43

PRIMER FIRMANTE
Antonio Martínez GarcíaCENTROS DE TRABAJO
SESCAM

FORMACION DE SVB Y RCP EN PERSONAL LEGO EN LA ETAPA DE EDUCACION INFANTIL, EDUCACION PRIMARIA Y LA EDUCACION SECUNDARIA: "LA IMPORTANCIA DEL PRIMER RESPONDIENTE FORMADO"

INTRODUCCIÓN

Según las recomendaciones de la OMS, ERC y AHA, indican que la formación en primeros auxilios debe realizarse en toda la población siendo de gran importancia que haya planes de formación en los escolares.

En este trabajo se evalúa los conocimientos, aprendizaje y las necesidades de reciclaje en la formación de Soporte vital básico (SVB) y reanimación cardiopulmonar (RCP) en los estudiantes de Educación infantil, educación primaria y la educación secundaria en la provincia de Guadalajara.

METODOLOGÍA

Se realiza de una búsqueda bibliográfica no sistemática en los buscadores especializados en la cuales se usan como palabras clave: "Reanimación cardiopulmonar", "apoyo vital básico", "socorrista" (primer respondiente), (español y en inglés).

Los criterios de búsqueda se han seguido son los siguientes: (apoyo vital básico OR socorrista) AND (reanimación cardiopulmonar OR enseñanza). Se tiene en cuenta que los artículos que seleccionamos estén publicados desde el 2000 hasta el tiempo actual. En español e inglés

Además de una búsqueda de la legislación vigente sobre la docencia de SVB y RCP en el sistema educativo español y del uso de DESA en la población en general.

Para conseguir nuestro objetivo también se realizó una encuesta a 17 de los 177 centros educativos que tiene la provincia de Guadalajara.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en los centros escolares en la encuesta realizada se objetiva que se imparte formación de SVB y RCP pero que la misma no es reglada, no planificada y realizada gracias a la voluntad del entorno educativo.

Según las recomendaciones de la OMS, ERC y AHA, indican que la formación en primeros auxilios debe realizarse en toda la población. Demostrado queda en diversos estudios la gran importancia de la formación en las personas en edad escolar por lo que planteamos un proyecto de Educación para la salud para los alumnos de la provincia de la Guadalajara.

CONCLUSIONES

La conclusión principal de este trabajo es que la formación de los escolares en RCP y SVB es deficiente no siguiendo ningún plan educativo por lo que existe una necesidad de realización de formación reglada en los centros educativos por la figura de la enfermera en salud.

49

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 44

PRIMER FIRMANTE

Joseba Rabanales Sotos

AUTORES

Vicente Ferrer López;
Jaime López Tendero;
Carmen Guerrero Agenjo;
Alicia Ramirez Tercero;
Ángel López González;

CENTROS DE TRABAJO

Facultad de Enfermería de
AlbaceteFederación de Fútbol de
Castilla-La ManchaComplejo Hospitalario
Universitario de Albacete
(SESCAM)Centro de Salud de
Caudete (SESCAM)

EXPERIENCIA FORMATIVA SOBRE DESFRIBRILACIÓN AUTOMÁTICA EXTERNA Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN UNA FEDERACIÓN AUTONÓMICA DE FUTBOL. ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN

INTRODUCCIÓN

La Federación Internacional de Fútbol Asociado (FIFA) describe un alto nivel de incidencia de paros cardiacos en futbolistas. La supervivencia aumento en un 85% cuando la RCP y desfibrilación fue iniciada por el staff del equipo. La Federación de Fútbol de Castilla-La Mancha (FFCM) ha llevado a cabo, de forma experimental, un programa de formación en "DEA y RCP básica" en su interés por crear clubs deportivos cardioprotegidos.

OBJETIVOS

Analizar la satisfacción de los entrenadores sobre las actividades formativas en DEA y RCP básica llevadas a cabo en la Federación de Fútbol de Castilla-La Mancha, así como determinar su relación coste/participantes.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo realizado mediante la revisión de los resultados de satisfacción e índice de respuestas obtenidas en las encuestas que la federación requiere en todas sus acciones de formación.

Se analizan 12 ítems: Transmisión conocimientos, conocimientos del profesor/a, atención del profesor/a, materiales formativos, comunicación, satisfacción general, organización de contenidos, evaluación, recursos

materiales, actividades de aprendizaje, cumplimiento de objetivos y programación.

RESULTADOS

Entre los años 2018/2019 y 2021/2022 se llevaron a cabo 33 actividades formativas en (Albacete, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Talavera de la Reina y Toledo), el número de participantes fue 288 (95% hombres).

Las encuestas de satisfacción fueron respondidas por el 84% de los participantes. La puntuación media obtenida en los 12 ítems estudiados fue del 9,89.

Las actividades formativas fueron llevadas a cabo por el Grupo de Actividades Preventivas en el Ámbito de Universitario de Ciencias de la Salud (GAP-CS) de la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM) y por el equipo médico de la FFCM.

La dotación económica para desarrollar las intervenciones fue financiada por la Federación de Fútbol de Castilla-La Mancha, y supuso por participante un coste medio de 52,8€.

CONCLUSIONES

La impartición de actividades formativas en "DEA Y RCP básica" a los entrenadores de fútbol utilizando metodologías altamente participativas, alcanza altos niveles de satisfacción entre los participantes, siendo además, una formación altamente eficiente por su relación coste/participante.

51

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 45

PRIMER FIRMANTE
Alfredo Castro Nantes

AUTORES
Jesus Piñeiro Pereira;
Alberto Currás Domínguez;

CENTROS DE TRABAJO
Ambulancias Civera

Ambulancias Pontevedra
(Urgencias Sanitarias de
Galicia)

VALORACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LA POBLACIÓN GENERAL EN SOPORTE VITAL BÁSICO Y DESFIBRILACIÓN EXTERNA SEMIAUTOMÁTICA

INTRODUCCIÓN

El conocimiento de las maniobras iniciales de reanimación y su aplicación previa a la llegada de los servicios de emergencias ha demostrado ser fundamental para la supervivencia de las víctimas y su recuperación sin secuelas.

OBJETIVOS

Valorar los conocimientos de la población general, en materia de soporte vital básico (SVB) y desfibrilador externo semiautomático (DEA).

METODOLOGÍA

Recogida de muestra aleatoria y oportunista de 250 personas legas mayores de 15 años en vía pública. Encuesta electrónica de 13 preguntas. Resultados expresados en porcentajes.

RESULTADOS

50,8% hombres, 49,2% mujeres.

Grupos de edad: 15-24, 33,6%; 25-34, 19,2%; 35-44, 21,6%; 45-54, 14,8%; más 55, 10,8%;

¿Alguna vez recibió formación en primeros auxilios?

Si 58,8%; no 40,4%; no sabe no contesta 0,8%.

¿Hace cuánto tiempo recibió la formación?

No recibido 48%; hace más de 1 año, 40,4%; hace menos de 1 año 11,6%.

¿Sabe lo que es la reanimación cardiopulmonar (RCP)?

Si 92,4%; no 7,6%.

¿Considera que sabe hacer RCP?

Si 32,9%; no 67,1%.

¿Le daría miedo realizar la RCP?

Si 44,4%; no 55,6%.

¿Cuál el motivo porque le daría realizar la RCP?

No me daría miedo 40,4%; no saber realizar la RCP, 35,2%; hacer daño al paciente 21,6%; otros motivos 2,8%.

¿Creé que obligatorio realizar el boca a boca?

Si 25,2%; no 74,8%.

¿Durante cuánto tiempo debe realizar la RCP?

Hasta que llegue la ayuda, 43,6%; el paciente respira 19,6%; todas son correctas 36,4%; el reanimador este agotado 0,4%.

¿Sabe lo que es un DEA?

Si 73,6%; no 26,4%.

¿Considera que sabe utilizar un DEA?

No 79,6%; si 20,4%.

¿Estaría dispuesto a utilizar un DEA?

Si 82,8%; no 17,2%.

CONCLUSIONES

El interés y la participación en SVB y DEA está más presente en la población más joven.

La gente conoce lo que es la RCP, pero no sabe realizarla adecuadamente, aun así, la población tiene nociones básicas de que no se debe realizar el boca a boca.

En cuanto al DEA, la población sabe lo que es, pero considera que no sabe usarlo, pero sí que estaría dispuesto a utilizarlo.

54

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 46

PRIMER FIRMANTE
Jorge Blázquez GarcíaAUTORES
Alberto González
Díez; César Jiménez
Vaquero; Ainhoa Lozano
Molina; Marta González
Fernández-Conde; Diego
Gayo Plaza;CENTROS DE TRABAJO
UENE FermoselleUniversidad de
Salamanca, centro
adscrito en Ávila

ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS INTERPROVINCIALES EN LA ESTRATEGIA CÓDIGO INFARTO EN CASTILLA Y LEÓN

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Coronario Agudo es una de las enfermedades más frecuentes, severas y urgentes, asociada a una elevada morbimortalidad. Está demostrado que la aplicación precoz de las estrategias de reperfusión existentes disminuye el riesgo de muerte en fase aguda. "Código Infarto" es el nombre internacional de una estrategia de atención médica eficaz y eficiente que, en Castilla y León, lleva en funcionamiento desde el año 2014. La comunidad autónoma afronta el reto de la dispersión poblacional, siendo clave la gestión de los recursos de emergencias disponibles. Ante este desafío, resulta razonable pensar que puedan existir diferencias provinciales en su atención dentro la comunidad

OBJETIVOS

Comparar la utilización de recursos de emergencias en la atención al "Código Infarto" en entre las diferentes provincias de Castilla y León desde el año 2017 hasta la actualidad.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo sobre población castellanoleonesa atendida por la Gerencia de Emergencias con activación del Código Infarto.

RESULTADOS

Se encontraron diferencias significativas entre las diferentes provincias. A nivel regional, Ávila fue la provincia con mayor incidencia en relación con la población media. En cuanto a la utilización de recursos, el traslado se realizó en helicóptero en el 51,92% de los casos en las provincias sin centro útil, siendo además el recurso más utilizado en Ávila y Zamora. Por otro lado, se analizó el tiempo medio de ocupación de recursos, siendo este significativamente mayor en provincias sin centro útil. Los tiempos de ocupación se compararon también entre provincias, resultando desfavorecidas las provincias más pequeñas.

CONCLUSIONES

Se objetivó un mayor tiempo de ocupación de recursos en las provincias sin centro útil, así como una mayor activación del helicóptero como medio de transporte urgente. la provincia con mayor incidencia de activación del código infarto durante el período de estudio fue Ávila, pese a ser una de las más pequeñas. Los recursos disponibles en la Comunidad no logran compensar estas desigualdades, lo que podría estar generando una situación de inequidad dentro de la Comunidad.

56

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 47

PRIMER FIRMANTE
Rosa María Sánchez
SantosAUTORES
Ana Belén González
Pérez; Isabel Juste Pina;
Francisco José Cereceda
Sánchez;CENTROS DE TRABAJO
SAMU 061 Baleares

Gsaib 061 Baleares

¿QUÉ PORCENTAJE DE PACIENTES EN PCR POR AUTOLISIS RECIBE MANIOBRAS DE RCP EN BALEARES?

INTRODUCCIÓN

La muerte por autolisis representa un gran número de casos de PCR, en las Islas Baleares. Por ello la gerencia SAMU 061 creó el procedimiento asistencial para la Atención al Paciente Suicida (APS). El procedimiento consiste en la cuantificación del fenómeno y la realización de un seguimiento preventivo a los pacientes, con la colaboración del Observatorio del suicidio de Baleares.

OBJETIVOS

Describir los casos en los que se han realizado maniobras de reanimación tras un intento autolítico y sus características sociodemográficas.

METODOLOGÍA

Estudio transversal, observacional y retrospectivo, de los datos recogidos en el sistema de información del SAMU 061 Baleares durante 2022, revisando los incidentes codificados como PCR y APS. Se analizaron variables sociodemográficas, la realización de maniobras de RCP Básica por alertantes, la continuidad de RCP Avanzada por los equipos de SVA y la duración de las mismas.

RESULTADOS

En 2022 se asistieron 48 incidentes con los criterios de PCR y APS. La incidencia creció en junio y septiembre con 14,5% de casos respectivamente. El 71% de los casos eran varones (n=34), y la edad media de 43,6 años (49% varones y 39,7% mujeres). De las PCR, 28 fueron por ahorcamiento (60,4%), 9 precipitaciones, 3 atropellos y 2 por arma de fuego; 6 registros no indicaron causa de la PCR. Se iniciaron maniobras de SVB en 9 casos (18,75%) durante una media de 18,3 minutos, 3 se iniciaron por policía, 2 por unidades de SVB y 4 por testigos. En 5 se efectuaron maniobras de SVA (10,41%) durante 13,3 minutos de media. Ninguno de los pacientes asistidos logró recuperación de la circulación.

CONCLUSIONES

La PCR por autolisis es superior en varones (71% vs 29%) siendo el género masculino y la época estival factores de riesgo. El método autolítico con fallecimiento más empleado es el ahorcamiento. Del total, se iniciaron maniobras de reanimación en un mínimo número de casos (18,75%), cuyos intentos resultaron fútiles. Se plantea la necesidad de efectuar un seguimiento proactivo de los pacientes con riesgo suicida, de manera preventiva

57

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 48

PRIMER FIRMANTE

Naiara Reverter Velasco

AUTORES

María Eugenia González
Martín;

Noelia López Velázquez;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Universitario
Rio Hortega
Hospital de la Concha
C.S Guijuelo

TOMANDO EL CONTROL: AGENTES HEMOSTÁTICOS

INTRODUCCIÓN

Las heridas potencialmente exanguinantes derivadas de accidentes traumáticos mayores son cada vez más frecuentes en el ámbito prehospitalario. Siendo necesario conocer la existencia y el correcto funcionamiento de estos recursos para poder ofrecer una asistencia rápida y eficaz.

OBJETIVO

Conocer los agentes hemostáticos más utilizados actualmente y su correcto manejo para la atención al trauma grave mediante una revisión bibliográfica.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica, con un máximo de 5 años de antigüedad, en bases de datos (PubMed, Cuiden y Google Académico) durante el verano de 2023, con los descriptores "agentes hemostáticos", "hemorragia" y "trauma mayor" en dos idiomas (inglés y español).

RESULTADOS

Existen múltiples dispositivos en el mercado, pero los más utilizados son:

-Selladores de fibrina seca: son el resultado de mezclar trombina humana y fibrinógeno que desencadenan la coagulación tras su aplicación. (Tisseel®)

-Vendas impregnadas en arcilla: se trata de vendas impregnadas con kaolin, arcillas ricas en el mineral caolinita. Provocan la aglutinación de factores de coagulación, plaquetas y hematíes favoreciendo la formación del coagulo. La función hemostática de este tipo de apósitos (Combat Gauze®) depende de la capacidad de coagulación del paciente, pudiendo disminuir su eficacia en pacientes con coagulopatías.

-Agente hemostático tópico chitosan: son apósitos impregnados en chitosan, un derivado natural extraído de la concha de crustáceos. Cuando el apósito entra en contacto con la sangre se vuelve pegajoso y se adhiere a la herida sellándola firmemente. (Apósitos de HemCon®).

CONCLUSIONES

Debido a la diversidad de presentaciones de estos dispositivos, debemos estar formados en la existencia de los mismos y en su uso eficaz para poder dar la mejor asistencia en este tipo de patologías tiempo-dependientes y mejorar la supervivencia del paciente.

58

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 49

PRIMER FIRMANTE
Matilde Juanes ToranzoAUTORES
Ane Erdozain Larrañaga;
Ana González Díaz;CENTROS DE TRABAJO
Servicio de Urgencias
extrahospitalarias de
navarra

OS OIGO, SIGO AQUÍ.

INTRODUCCIÓN

Los escenarios clínicos que nos encontramos ante avisos por "disminución del nivel de consciencia" son muy variados y sorprendentes. En muchas ocasiones van acompañados de caída con traumatismo cráneo-cervical, pudiendo ser causa o consecuencia del síntoma principal.

METODOLOGÍA

Aviso al 112 por mujer de 76 años con bajo nivel de consciencia. A nuestra llegada y primera valoración la paciente se encuentra tumbada en el suelo, consciente, incapaz de emitir lenguaje. Eupneica y bien perfundida. Obedece órdenes sencillas con los ojos (párpado para asentir) pero presenta tetraplejía con signo de Babinski bilateral. Escala Glasgow 11 puntos (O4V1M6). Pupilas isocóricas y reactivas a la luz. No se observa asimetría facial y realiza movimientos oculares correctos.

En la exploración secundaria encontramos una herida incisocontusa en región occipital izquierda con escaso sangrado activo, sospechosa de traumatismo craneoencefálico.

Realizamos inmovilización cervical y colocamos collarín. Monitorizamos signos vitales: constantes preservadas. El electrocardiograma muestra ritmo sinusal sin cambios en la repolarización. Canalizamos vía venosa con

suero fisiológico. Por último colocamos un vendaje compresivo cefálico.

Nos informa la hija que al llegar a casa ha encontrado a su madre sola en el suelo, había hablado con ella por teléfono 20 minutos antes. No toma antiagregantes ni anticoagulantes. Sin antecedentes de interés. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria, regenta un hostel.

Activamos código ictus y trasladamos al hospital de referencia.

RESULTADOS

Estabilidad clínica y hemodinámica durante los 30 minutos de traslado. En urgencias tras monitorización y exploración solicitan TC craneal y cervical. Se extrae muestra para analítica sanguínea, gasometría venosa. Se plantea diagnóstico diferencial de ictus vertebro-basilar (pontino "Sd cautiverio") vs ictus hemisférico izquierdo con patología medular secundaria a caída vs ictus bihemisférico.

CONCLUSIONES

La RV es una metodología. Los déficits bilaterales son infrecuentes en los accidentes cerebrovasculares o ICTUS, siendo atribuibles con mayor probabilidad a patología medular. Debemos evaluar y prevenir las posibles lesiones derivadas de los traumatismos que en muchas ocasiones acompañan a las pérdidas de consciencia, así como dominar la semiología nerviosa que nos ayude a realizar un buen diagnóstico diferencial.

59

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 50

PRIMER FIRMANTE

Maria Isabel Herrera
Maillo

AUTORES

Roberto Libiano Garcia;
Maria del Carmen
Herrera Maillo;
Monica Santamartina
Gutierrez;
Rocio Alonso Bajo;

CENTROS DE TRABAJO

112 EMERGENCIAS
EXTREMADURA UME
PLANSENCIA;
Ambuibérica -Gerencias
Emergencias Sacyl;
INSTITUTO EDUCACION
SECUNDARIA VEGA DEL
PRADO VALLADOLID;
COMPLEJO ASISTENCIAL
UNIVERSITARIO DE
SALAMANCAINSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA COMO IMITADOR DE
ICTUS

OBJETIVO

Establecer el vínculo entre el espectro del accidente cerebro vascular agudo, en relación con la patología de insuficiencia cardiaca y la existencia subyacente de crisis epilépticas.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de artículos científicos obtenido mediante revisión bibliográfica en las bases de datos: PubMed y SCIELO. La estrategia de búsqueda se formuló a partir de los descriptores de Ciencias de la Salud. Los criterios de inclusión definidos fueron: artículos originales y revisiones bibliográficas escritos en español o portugués y publicados en cualquier medio científico que incluían terminología relacionada con casos clínicos en los que se identificasen imitadores de ictus, finalizó después de rastrear de forma manual las referencias relevantes que tuvieran relación con el tema.

RESULTADOS

Se describe activación del servicio de emergencias con motivo de llamada debilidad muscular. Se trata de un varón de 70 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, bebedor, exfumador, síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCA-CEST), ictus isquémico establecido de la arteria cerebral media (ACM) y epilepsia residual.

Presenta cuadro de debilidad brusca, disminución de la movilidad en miembros inferiores con hipertonía y desviación conjugada de la mirada hacia la izquierda. Se activó Código Ictus. Las pruebas de neuroimagen, Tomografía axial computerizada (TAC), no evidenciaron cambios significativos. Sufrió desaturación durante la TAC por lo que se pautó ventilación mecánica no invasiva, no siendo efectiva. El paciente ingresó en cuidados intensivos, requiriendo intubación orotraqueal (IOT). Posteriormente se realizó cateterismo, objetivando dilatación severa de la aorta ascendente, así como ecografía transtorácica que mostró acinesia segmento anterior y apical cardiaco y una fracción de eyección del ventrículo izquierdo severamente deprimida (27%). Requirió tratamiento inotrópico y antibiótico hasta mejorar su estado hemodinámico y ser dado de alta a planta hasta completar mejoría de la movilidad.

CONCLUSIONES

En un sentido muy estricto el diagnóstico final de insuficiencia cardiaca podría excluir la denominación de Imitador de Ictus o Stroke Mimic, podría relacionarse con la presencia de crisis comicial, sin embargo, este caso puede considerarse un imitador de ictus debido a que el déficit focal fue consecuencia de la disminución de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

SOBREVIVIR CON 83 AÑOS A MÁS DE 800 PICADURAS DE ABEJAS

60

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 51

PRIMER FIRMANTE
Rosario García ÁlvarezAUTORES
Almudena Morales
Sánchez;
Leticia Silva Iglesias;CENTROS DE TRABAJO
Emergencias Sanitarias
Castilla y León. Base de
Ciudad Rodrigo.Emergencias Sanitarias de
Castilla y León. Base de
Béjar.

INTRODUCCIÓN

Las picaduras de heminópteros son cada vez más frecuentes debido al cambio climático.

Reacciones alérgicas locales y sistémicas, muchas de ellas anafilácticas, son los síntomas principales.

En nuestro medio no son frecuentes las picaduras masivas (50 -1500) que además del shock anafiláctico pueden producir un envenenamiento masivo.

OBJETIVO

La excepcionalidad de picaduras múltiples hace muy relevante conocer su tratamiento, tanto del shock anafiláctico como de la prevención de daños secundarios al envenenamiento masivo, que puede desembocar en un fallo multiorgánico y la muerte.

METODOLOGÍA

Descripción de Caso Clínico atendido por Servicio de Emergencias Médicas.

RESULTADOS

Varón de 83 años, atendido en una zona rural apartada. Presenta múltiples picaduras de abeja en cabeza y miembros superiores, junto con sospecha de caída por un puente y exposición al sol de varias horas.

A nuestra llegada el paciente está estuporoso, GCS 9, llama especialmente la atención la

tumefacción periorbitaria de tejidos blandos que impide la visualización corneal y tumefacción difusa de lengua sin edema de úvula, babeo o estridor. Presenta en cara, cuero cabelludo, cuello, pabellones auriculares y miembros superiores cientos de aguijones que conservan en muchos casos el saquito de veneno íntegro.

Tras anamnesis y exploración física detallada del paciente sospechamos shock distributivo, (propio de la anafilaxia) y envenenamiento masivo, por lo que iniciamos tratamiento agresivo con infusión de suero fisiológico, corticoides, antihistamínicos, adrenalina intramuscular y protector gástrico. Se retiran 635 aguijones mediante raspado, algunos con saquito, y perfundimos aminas vasoactivas.

El paciente ingresa en UCI, desarrollando las complicaciones del envenenamiento masivo: fallo renal, rabdomiólisis, hemólisis intravascular, alteraciones neurológicas. Precisó hemodiálisis.

El paciente fue dado de alta sin secuelas importantes tras 40 días.

CONCLUSIONES

Las picaduras múltiples de abejas pueden provocar shock anafiláctico y envenenamiento masivo.

Éstas son dos situaciones críticas cuyo correcto diagnóstico y tratamiento en el medio extrahospitalario influye positivamente en el pronóstico del paciente, como es el caso descrito de este paciente de 83 años.

No hemos encontrado ningún caso de paciente anciano en la bibliografía que haya sobrevivido a tantas picaduras de abeja.

61

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 52

PRIMER FIRMANTE
Andrea Herrero RubioAUTORES
Sheila Alcón Franco;
Tania Doce Bartolomé;
Virginia Escribano
Alonso;
Patricia Gamarra
Badorrey;
Lorena Moreno
Caballero;CENTROS DE TRABAJO
Complejo Asistencial
Universitario de Soria.
Unidad de Pediatría

COLORES QUE SALVAN VIDAS. ESTANDARIZACIÓN Y SEGURIDAD EN LOS CARROS DE PARADAS PEDIÁTRICAS

INTRODUCCIÓN

Una parada cardiorrespiratoria (PCR) en una unidad de pediatría origina una situación de estrés entre el personal sanitario, pudiendo aumentar el número de errores con posibles consecuencias negativas en el paciente.

La organización del carro de paradas mediante el sistema de colores utilizado, facilita la localización del material y la actuación sistemática del profesional.

Mediante la aplicación de esta estandarización buscamos promover la seguridad del paciente.

OBJETIVO

- Mejorar la seguridad del paciente, unificando la organización de los carros de paradas de los servicios hospitalarios donde se atiende a población pediátrica.
- Garantizar la calidad asistencial minimizando posibles errores.
- Aumentar la satisfacción de los profesionales sanitarios favoreciendo un entorno de trabajo más seguro.
- Aplicación de un enfoque innovador para facilitar la actuación de los profesionales e situaciones de urgencia vital.

METODOLOGÍA

- Revisión bibliográfica actualizada.
- Reuniones periódicas para consensuar la

implantación del nuevo protocolo.

- Aplicación de la metodología Lean healthcare.
- Entrenamiento del personal en la unidad.
- Revisiones periódicas del carro de paradas.

RESULTADOS

- Se espera mejorar la seguridad del paciente al disminuir el tiempo de localización del material necesario en una urgencia vital.

- El profesional sanitario de cada unidad será conocedor de la ubicación del carro, de la organización del mismo y de su mantenimiento para disminuir el riesgo de errores en su utilización

CONCLUSIONES

La estandarización de los carros de parada ocupa un papel fundamental en la actuación asistencial de una RCP. Con este método se disminuirá la variabilidad, se racionalizarán los recursos y se facilitará la actividad profesional.

62

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 53

PRIMER FIRMANTE
Marina Curiel TéllezAUTORES
Raquel Rojo Alejos; Jorge
Sendino González;CENTROS DE TRABAJO
Hospital Clínico
Universitario de Valladolid

VALORACIÓN TEMPRANA DEL SHOCK SÉPTICO PEDIÁTRICO EN EL TRIAJE HOSPITALARIO

OBJETIVO

La sepsis es un síndrome desencadenado por una respuesta inmune inadecuada a una infección, generando una disfunción orgánica y una situación potencialmente mortal. Un diagnóstico e intervención en fases tempranas, entre las que destacan la reanimación con fluidos intravenosos y la administración de antibioterapia, mejoran el pronóstico del paciente. Sin embargo, la identificación temprana del shock en el paciente pediátrico sigue siendo compleja.

OBJETIVOS

Conocer la importancia de la identificación de los signos precoces del shock en el paciente pediátrico a su llegada al triaje hospitalario y visibilizar las escalas y sistemas disponibles para ello

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica realizada acerca de la valoración del shock pediátrico en un triaje hospitalario. Para ello se consultaron las bases de datos Google Académico y Scielo, incluyendo finalmente 9 artículos. Como palabras clave se usaron "shock", "sepsis", "pediatría" y "traje hospitalario".

RESULTADOS

Existen escasas escalas y sistemas que permitan identificar estadios tempranos de un shock séptico en el paciente pediátrico con los datos recabados en el triaje, destacando:

- Triángulo de evaluación pediátrica: valoración visual del estado circulatorio, respiratorio y la apariencia del menor sin necesidad de constantes vitales numéricas.

- SIPA o Índice de shock ajustado a la edad pediátrica: relación entre la frecuencia cardíaca y la presión arterial sistólica, más sensible en el shock traumático.

- PEWS o Paediatric Early Warning Scoring Tool: Valoración de la frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, tiempo de relleno capilar y nivel de conciencia.

A su vez, diversos estudios refieren la mejora de la detección precoz tras la aplicación de un sistema de alerta electrónico enlazado al sistema de datos hospitalarios, comparando las variables clínicas de la visita a urgencias con antecedentes de episodios previos.

CONCLUSIONES

La primera oportunidad de identificación de signos clínicos de shock séptico en el paciente pediátrico a su llegada al hospital es el triaje. Dicho estado sigue siendo difícil de detectar debido a la capacidad de compensación prolongada en los niños y a la escasez de herramientas de detección rápida del shock específicas para la edad infantil

63

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 54

PRIMER FIRMANTE

Almudena Morales
Sánchez

AUTORES

Lorena Morales Sánchez;
Raquel Sánchez Martín;
Sergio Sánchez Rubio;
Héctor Manuel Pablo
Hernández;

CENTROS DE TRABAJO

Emergencias Sanitarias
Cyl

CAUSA

Ambulancias Rodrigo S.L.U

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA PATOLOGÍA DE SALUD MENTAL ATENDIDO EN EL SEM DE CASTILLA Y LEÓN DURANTE LA PANDEMIA DE COVID 19

OBJETIVO

La COVID-19 además de una emergencia de salud pública afectó a la salud mental mundial.

España decretó un primer estado de alarma desde marzo a junio de 2020 y un segundo desde octubre de 2020 a mayo de 2021.

Entre ambos surgió un periodo llamado "nueva normalidad" donde se adoptaron medidas urgentes de prevención, contención y coordinación.

Todo ello afectó a la población a nivel mental.

OBJETIVOS

Valorar la influencia de la pandemia sobre los avisos relacionados con la Salud mental y consumo de sustancias psicoactivas atendidos por las unidades asistenciales en Castilla y León.

Realizar un perfil epidemiológico de las diferentes intervenciones, así como la evolución antes, durante y posterior a la Covid-19.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo de los problemas de Salud mental y consumo de sustancias psicoactivas existente durante un periodo de 4 años (1 enero de 2019 a 31 de diciembre de 2022) y posterior análisis.

Se estudian los pacientes codificados como enfermedad psiquiátrica, consumo de estupefacientes, drogas y medicamentos, así como estados de agresividad, delirio y agitación; registrados en la base del servicio de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.

RESULTADOS

Analizamos 33228 pacientes: edad media de 58.4 años, y el 52% son mujeres. Repartidos en: año 2019, 7977 (24%); año 2020, 7461 (22%); año 2021, 7894 (24%); año 2022, 9893 (30%). Se observa un aumento de 8 puntos porcentuales en el año 2022 donde no existía estado de alarma ni confinamiento.

Durante el año 2020 y 2021 las atenciones por delirio son 2617 (35%) y 2775 (35%), por Esquizofrenia 443 (5.9%) y 458 (5.8%), por agitación 2285 (30.6%) y por intoxicaciones medicamentosas 1147 (15.3%) y 1401 (17.7%). Datos similares al año 2019.

Durante el año 2022 las actuaciones por delirio fueron 4011 (40.5%), por esquizofrenia 487 (4.9%), por agitación 2514 (25.4%) y por intoxicaciones medicamentosas 1715 (17.3%).

CONCLUSIONES

La bibliografía consultada refleja un aumento durante la pandemia de visitas a las emergencias psiquiátricas: ansiedad y estrés. Sin embargo, en nuestros datos el aumento de la patología psiquiátrica: delirio y agitación, se presenta posteriormente a la pandemia en el año 2022.

64

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 55

PRIMER FIRMANTE
Jon Ander Gil SalaverríaAUTORES
Lourdes Epelde Epelde;
Marina Gaspar Erburu;CENTROS DE TRABAJO
Hospital García Orcoyen

MANEJO DE CÓDIGO ICTUS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE HOSPITAL COMARCAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

OBJETIVO

En este caso, queremos recalcar la importancia que conlleva un rápido diagnóstico y activación del código ictus a nivel de atención primaria o atención en hospital comarcal. Requisito indispensable para lograr una disminución de la morbimortalidad y las secuelas derivadas de este tipo de patología.

METODOLOGÍA

Se presenta estudio observacional y descriptivo tipo caso clínico atendido en el servicio de urgencias de un hospital comarcal.

RESULTADOS

Paciente de 84 años con antecedentes personales de hipercolesterolemia, acude a urgencias por pérdida de conocimiento y caída brusca. Posteriormente presenta cefalea, mareos y pérdida de fuerza. Clínica de 2 horas de evolución. Según refieren familiares, se encontraba comiendo cuando se inicia espontáneamente esta sintomatología.

A la exploración física, se observa ptosis, desviación de la comisura bucal, hemiplejía y anestesia izquierdas. Según la escala Cincinnati, presentaba alteración de los parámetros salvo el lenguaje. Ante sospecha de

accidente cerebrovascular, se contacta con Neurología de Hospital Terciario y 112 para activación del Código Ictus y traslado interhospitalario.

Tomando como referencia el Protocolo de Código Ictus, para que la paciente sea candidata a tratamiento endovascular es de vital importancia el tiempo transcurrido hasta la llegada al hospital terciario. El objetivo es un tiempo menor de 4,5 horas.

En este caso, la paciente llegó antes de 3 horas al Hospital Terciario. La atención y activación del código ictus se realizó en los primeros 20 minutos, logrando así una valoración y atención temprana por parte de Neurología y posteriormente, Neurocirugía. Se detectó un Ictus hemorrágico, presencia de extenso hematoma frontoparietal derecho con efecto masa y colapso de asta posterior del ventrículo lateral derecho.

CONCLUSIONES

La disponibilidad de atención y manejo de patología en un hospital comarcal es amplia tanto a nivel diagnóstico como terapéutico, pero respecto a este tipo de patología tiempo-dependiente, su labor radica en la temprana detección y derivación a la Unidad de Ictus. Como primera atención, se incide en las medidas generales para lograr la estabilidad hemodinámica y asociar pruebas complementarias. La atención temprana y el tratamiento endovascular realizado a tiempo, disminuyen la probabilidad de secuelas y también la mortalidad.

65

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 56

PRIMER FIRMANTE

Sergio Sanchez
Matesanz

AUTORES

Laura Sanchez Gonzalez;
Maria Teresa Matesanz
Garcia;

CENTROS DE TRABAJO

HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE
SALAMANCA

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA RETIRADA DE LA BANDA RADIAL POSTCATETERISMO

INTRODUCCIÓN

La banda radial es un dispositivo de compresión de la arteria radial específicamente diseñado para lograr hemostasia por la vía radial tras el cateterismo cardíaco.

OBJETIVO

Garantizar la seguridad y continuidad del paciente tras la retirada de un catéter radial y asegurar la hemostasia.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos y revistas especializadas combinando los descriptores de ciencias de la salud y operadores booleanos de los últimos 10 años.

RESULTADOS

Unos cuidados de enfermería de calidad en la retirada de la banda radial postcateterismo disminuye la incidencia de las complicaciones tanto a nivel local como sistémico del paciente.

CONCLUSIONES

La elección de un dispositivo y protocolo de cuidados de enfermería para la hemostasia radial debe contemplar aspectos relacionados con su aplicación, manejo, complicaciones y tolerancia del paciente.

69

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 57

PRIMER FIRMANTE
Carmen Zárate OñateAUTORES
Leire Loyola Sergio;
Lorea De Carlos Esparza;
Itsaso Sexmilo Ayarra;
Jared Marín Gallardo;
Miguel Zaragüeta Olave;CENTROS DE TRABAJO
SUE Tafalla

CS Noain

¿Y SI ME PARO EN EL TREN?

INTRODUCCIÓN

Ante una parada cardiorrespiratoria (PCR) resulta de vital importancia el inicio precoz de una reanimación cardiopulmonar (RCP) básica por parte de las personas que lo presencian, que consiste en iniciar compresiones torácicas de calidad y el uso de un desfibrilador externo semiautomático (DESA) tan pronto como se disponga de uno. Asimismo, la presencia de DESAs en lugares públicos resulta imprescindible para el éxito de las maniobras de RCP básica hasta la llegada del equipo sanitario que comience la RCP avanzada.

En los últimos años se ha incrementado notablemente la presencia de DESAs en lugares públicos, incluso en medios de transporte público como los trenes. Estos últimos cobran gran interés, ya que dependiendo de la localización del tren en el momento de la parada puede encontrarse más alejado de un recurso sanitario de Soporte Vital Avanzado.

OBJETIVO

- Dar a conocer el proyecto DESAs-Renfe.
- Contabilizar el número de DESAs instalados recientemente en los trenes de Renfe y el número de personal de Renfe formado en Soporte Vital Básico.
- Revisar qué uso han tenido los DESAs.

METODOLOGÍA

Estudio observacional-descriptivo y retrospectivo. Periodo de estudio: 29/04/22-31/08/23. Datos facilitados por Renfe.

RESULTADOS

Se disponen de un total de 618 trenes con DESA, lo cual supone un 100% de los trenes de media y larga distancia. Además, también se dispone de 50 DESAs de reserva en estaciones estratégicas para reponerlos en el caso de uso de alguno de los anteriores.

Desde su puesta en marcha el 29/04/22 al 31/08/2023 en 8 ocasiones se han usado los DESAs de los trenes.

En cuanto a la formación, se han formado 2555 de 2854 trabajadores de Renfe, lo que supone el 89% de la plantilla.

CONCLUSIONES

Este proyecto liderado por la Sección de Autoprotección y Seguridad del Viajero de Renfe supone un valor añadido en la atención inmediata de una PCR en un tren. Se destaca la alta complejidad, dado que no se disponía de una normativa específica para la instalación de DESAs en los trenes y por las singularidades de los mismos (espacios en movimiento por diferentes comunidades con sus respectivos servicios de emergencia).

71

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 58

PRIMER FIRMANTE

Clara Diago Crisol

AUTORES

Rosario Martín Page;
Raquel Rodríguez Merlo;
Marta Martínez del Valle;
Paloma Pérez Quesada;

CENTROS DE TRABAJO

SAMU Asturias

CAPNOGRAFÍA EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

INTRODUCCIÓN

La capnografía es la monitorización continua y no invasiva del dióxido de carbono exhalado. A través de la cual se valora la ventilación del paciente, la perfusión y el metabolismo del paciente.

OBJETIVO

Determinar el uso de dispositivos de medición de CO₂ en la parada cardiorrespiratoria durante la reanimación cardiopulmonar.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Google académico, Elsevier y Scielo. También se consultaron las últimas guías acerca de reanimación cardiopulmonar. Se realizó una lectura crítica de los documentos seleccionados.

RESULTADOS

Ya en la guía de reanimación del 2005, del European Resuscitation Council (ERC), nombraba la importancia del uso sistemático de la capnografía para la comprobación de la intubación durante la parada cardiorrespiratoria (PCR), aunque el flujo sanguíneo pulmonar puede ser tan bajo que haya insuficiente dióxido de carbono espirado para ser monitorizado. 2

Actualmente, en la última guía de 2021 del ERC se aconseja:

- Usar la capnografía con forma de onda para confirmar la correcta colocación del tubo traqueal durante la RCP.

- Usar la capnografía con forma de onda para controlar la calidad de la RCP. 3

Además, también se ha descrito el uso de la capnografía tanto como indicador precoz de la recuperación de la circulación: la detección de una elevación capnométrica mantenida por encima de los 20 mmHg podría ser un indicador de la recuperación de la circulación, incluso previa a la aparición de un registro electrocardiográfico acompañado de pulso carotídeo. Cómo para resultado pronóstico de resultados nefastos: valores por debajo de los 20 mmHg en los 30 primeros minutos de reanimación.

CONCLUSIONES

El uso del capnógrafo es una recomendación clara en la parada cardiorrespiratoria. Resulta de suma importancia la familiarización con el uso de esta monitorización para poder ofrecer cuidados de calidad.

72
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 59

PRIMER FIRMANTE
Beatriz García Méndez

AUTORES
Itziar Gómez Parra; María
Julia Ajejas Bazán; Jose
Ramón Rey Fedriani;

CENTROS DE TRABAJO
Escuela Militar de Sanidad

RCP EN SITUACIONES DE SOLEDAD O AISLAMIENTO, SEGÚN LOS PROCEDIMIENTOS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA ENFERMEROS

INTRODUCCIÓN

El tratamiento precoz de la parada cardiorespiratoria (PCR) es determinante en la reanimación y disminución de las secuelas post resucitación. Las causas de una PCR son múltiples, así como las localizaciones geográficas y situaciones especiales en que pueda producirse. Por ello no siempre es posible el acceso inmediato a un centro hospitalario ni a un equipo de soporte vital avanzado (SVA) completo. En ocasiones son los profesionales de enfermería los únicos presentes en la emergencia, y deben tener la capacidad y las herramientas para proporcionar unos cuidados de calidad y autónomos basados en la evidencia, conforme a patrones de salud y recogidos en una guía de práctica clínica, hasta que sea posible la transferencia a un escalón sanitario superior.

OBJETIVO

Describir la actuación de los profesionales de enfermería en los eslabones de la cadena de supervivencia según los procedimientos de una Guía de Práctica Clínica (GPC) de RCP para situaciones de aislamiento y apoyo externo tardío o inexistente.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica exploratoria de diversas bases de datos relacionadas con las Ciencias de la Salud, de un protocolo y una guía de práctica clínica, en materia de RCP. Se etiquetaron las actividades más relevantes llevadas a cabo en los eslabones de la cadena de supervivencia según diversos procedimientos.

RESULTADOS

Esta GPC describe los criterios de identificación de una PCR para enfermería como primer interviniente y las actuaciones iniciales para comenzar la reanimación. Proporciona indicaciones para una RCP precoz con comprensiones de calidad e intervenciones avanzadas en vía aérea. Constituye un protocolo de SVA, que permite la dispensación enfermera de medicación indicada para la reanimación y los cuidados post resucitación, además de otorgar herramientas de actuación en caso de duelo y cuidados post mortem, todo ello destinado a aquellos enfermeros que se encuentren en una situación de aislamiento asistencial.

CONCLUSIONES

Las actividades más relevantes de los enfermeros en relación con la GPC han resultado ser un adecuado reconocimiento precoz de la PCR, la instauración de una RCP avanzada de alta calidad, la desfibrilación siguiendo las pautas protocolizadas y la posibilidad de instaurar cuidados post resucitación completos y basados en la evidencia.

73

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 60

PRIMER FIRMANTE
Rosario Martín PageAUTORES
Clara Diago Crisol; Raquel
Rodríguez Merlo; Paloma
Pérez Quesada; Marta
Martínez del Valle;CENTROS DE TRABAJO
SAMU

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA CESÁREA PERIMORTEM EN EXTRAHOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

La cesárea perimortem es una intervención quirúrgica de emergencia que se realiza cuando la madre sufre un paro cardíaco después de la semana 20 de gestación y no responde a las maniobras de reanimación.

Su finalidad es extraer al feto lo más rápido posible para mejorar las posibilidades de supervivencia de ambos.

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión es observar las dificultades y los procedimientos existentes para la cesárea urgente perimortem en el ámbito extrahospitalario.

METODOLOGÍA

Esta revisión bibliográfica se basa en artículos publicados en los últimos cinco años sobre la cesárea perimortem en el ámbito extrahospitalario. Se consultaron las bases de datos SciELO, Pubmed, Cochrane y Scopus seleccionando los artículos que cumplían con los criterios de inclusión.

RESULTADOS

Los resultados muestran que la cesárea perimortem es un procedimiento infrecuente pero vital, que requiere de un equipo multidisciplinar bien preparado y coordinado, que siga protocolos establecidos y que cuente con los recursos necesarios. La simulación clínica se presenta como una estrategia didáctica efectiva para desarrollar el pensamiento crítico y las habilidades técnicas del personal sanitario.

CONCLUSIONES

El uso del capnógrafo es una La cesárea perimortem es una intervención que salva vidas, pero que implica grandes desafíos para el personal sanitario, por lo que se recomienda incrementar el estudio y el entrenamiento sobre este tema.

74

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 61

PRIMER FIRMANTE

Marcos Alonso Iglesias

AUTORES

Andrea Paradinas Castaño

CENTROS DE TRABAJO

Centro de formación de
Cruz Roja en Salamanca

FORMACIÓN DE CALIDAD, CLAVE EN UNA REANIMACIÓN ALTAMENTE EFECTIVA

INTRODUCCIÓN

En una Parada Cardiorrespiratoria (PCR), las compresiones torácicas (CT) adecuadas son críticas según las directrices del European Resuscitation Council (ERC) y el Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CER-CP), por ello una correcta formación en Reanimación Cardiopulmonar (RCP) es fundamental para mejorar la calidad de esas compresiones y conseguir así cumplir las recomendaciones de dichas entidades.

OBJETIVO

Analizar la diferencia entre la calidad de las CT antes y después de una formación que incluya prácticas de RCP.

METODOLOGÍA

Se realizan dos simulaciones de 1 minuto, una antes y otra después de la formación. El maniquí utilizado fue Little Anne® con sistema QRCP®. Se analizan los siguientes datos: profundidad de la compresión, descompresión eficaz, número de compresiones y valoración global de la maniobra.

RESULTADOS

47 casos (34 mujeres y 13 hombres) con edades comprendidas entre los 12 y los 77 años. Se observa una gran mejora en todos los casos estudiados. Por un lado, se observa una mejora significativa a la hora de la colocación del alumno que facilita la correcta realización de las compresiones. En el resto de los datos a analizar se observa la variación entre los promedios de la primera y la segunda simulación comparadas con el valor adecuado de cada ítem:

Compresión: valor adecuado 100%. Primera simulación: 55%. Segunda simulación 96%.
Descompresión: valor adecuado 100%. Primera simulación: 89%. Segunda simulación 99%.

Número de compresiones: valor adecuado entre 100 y 120 compresiones por minuto (CpM). Primera simulación: 113 CpM. Segunda simulación 107 CpM.

Valoración global: valor adecuado mayor al 90%. Primera simulación: 53%. Segunda simulación 96%.

CONCLUSIONES

La simulación práctica en RCP mejora significativamente el aprendizaje de la técnica. Es imprescindible una participación activa del alumno que cuente con elementos de simulación clínica y retroalimentación para mejorar considerablemente la eficacia de las maniobras y aumentar el porcentaje de supervivencia de las víctimas que se encuentren en PCR hasta la llegada de las unidades de soporte vital avanzado.

75
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 62

PRIMER FIRMANTE
Marcos Alonso Iglesias

AUTORES
Manuel Malmierca García

CENTROS DE TRABAJO
Centro de formación de
Cruz Roja en Salamanca

FORMACIÓN EN RCP, BRECHA ENTRE NUCLEOS URBANOS Y RURALES

INTRODUCCIÓN

Según el Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERCP), la realización de una Reanimación Cardiopulmonar (RCP) antes de la llegada de los servicios de emergencia es fundamental para la supervivencia de los pacientes. Es vital la formación en esta materia para personal lego, especialmente en núcleos rurales donde la atención profesional se ve ralentizada por la falta de recursos.

OBJETIVO

Analizar la diferencia entre número de municipios y alumnos que han recibido formación en RCP en Salamanca (capital) y provincia.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo según registro de formaciones y alumnos por cada municipio participante. Estos datos están recogidos desde el 01/01/2023 hasta el 30/09/2023.

RESULTADOS

La participación total es de 8.310 personas. En Salamanca (capital) es de 7.048 personas (84,81%), siendo en el resto de municipios de 1.262 personas (15,19%).

Por municipios:

Salamanca: 7.048-84,81%

Vitigudino: 207-2,49%

Béjar: 200-2,41%

Ciudad Rodrigo: 115-1,38%
Macotera: 110-1,32%
Sancti Spiritus: 82-0,99%
Villarino de los Aires: 52-0,63%
Santa Marta: 47-0,57%
Santiago de la Puebla: 42-0,51%
El Arco: 37-0,45%
Escuernavacas: 33-0,40%
Sanchón de la Ribera: 32-0,39%
Galindo y Perahuy: 23-0,28%
La Vellés: 23-0,28%
Palaciosrubios: 23-0,28%
La Tala: 21-0,25%
Puerto Seguro: 21-0,25%
Casafranca: 20-0,24%
Doñinos de Salamanca: 18-0,22%
Peñaranda: 17-0,20%
El Tornadizo: 14-0,17%
Peñacaballera: 14-0,17%
Villaseco de los Reyes: 14-0,17%
La Alberca: 13-0,16%
Malpartida: 12-0,14%
Chagarcía Medianero: 10-0,12%
San Pelayo de la Guareña: 10-0,12%
Aldeadávila de la Ribera: 9-0,11%
Garciehernandez: 8-0,10%
San Miguel de Robledo: 8-0,10%
Villavieja de Yeltes: 8-0,10%
Montemayor: 7-0,08%
Navacarros: 7-0,08%
Tejeda y Segoyuela: 5-0,06%

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos muestran como la capital provincial, Salamanca (327.164 habitantes), abarca la gran mayoría de las personas formadas, seguido por Vitigudino (2.380 habitantes), Béjar con (12.099 habitantes) y Ciudad Rodrigo (11.973 habitantes). La formación en RCP está en aumento, pero se ve una gran brecha que hay que minimizar fomentando las formaciones en las zonas rurales y así dotar de mayor resiliencia a la población.

76
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 63

PRIMER FIRMANTE
Pablo Souto Sanmartín

AUTORES
José Antonio Iglesias
Vázquez

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Provincial Conxo

FPUSG-061

MANEJO DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA POR PARTE DE ALUMNOS DE TERCERO DE GRADO EN ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN

La simulación clínica de alta fidelidad se ha demostrado en los últimos años como una herramienta eficaz para el aprendizaje del manejo de diferentes patologías puesto que permite la reproducción y repetición de situaciones de alto riesgo vital para el paciente en ambientes controlados con posibilidad de realizar un análisis pormenorizado posterior de las actuaciones realizadas. El objetivo es valorar el manejo actual de la parada cardiorrespiratoria (PCR) en alumnos de tercero de Grado en Enfermería utilizando un simulador clínico de estas características.

METODOLOGÍA

Se establece un equipo asistencial de 4 alumnos. Todos ellos realizan una simulación estandarizada de paciente diagnosticado de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) que sufre una PCR en un ritmo desfibrilable. Los escenarios clínicos simulados (ECS) se recogen mediante el paquete informático y simulador "Sim-Man®" clásico. Se miden las siguientes variables: reconocimiento de la PCR e inicio de reanimación cardiopulmonar (RCP), identificación de ritmo desfibrilable, realización de descarga tras identificar ritmo, administración de drogas durante RCP según protocolo y búsqueda de pulso central. Estos datos

se recogen en porcentajes en función de su realización o no.

RESULTADOS

Se han analizado 38 ECS con participación de 152 alumnos. En tal solo un 18% de las simulaciones se han conseguido implementar todos los ítems evaluados mientras que en otro 18% no se llega a identificar la PCR ni iniciar maniobras de RCP. Como puntos favorables se observa que en el 96% de los casos en los que se identificó un ritmo desfibrilable se realizó una descarga eléctrica, así como, en más de un 60% se administró un tratamiento farmacológico correcto (adrenalina y amiodarona).

CONCLUSIONES

El manejo de la PCR por parte de los alumnos de tercero de Grado en Enfermería tiene en el momento actual un importante déficit de conocimientos para el inicio de las maniobras, aunque en presencia de un ritmo desfibrilable se realizan las actuaciones correctas en un porcentaje elevado.

77

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 64

PRIMER FIRMANTE
Rosa María Jiménez
GallegoAUTORES
Carmen María Benito
Romerol; María Jesús
Matías García; Gema
López del Rey; María
Arévalo de Pablos; María
Araceli Miró López;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

FIBRINÓGENO PREHOSPITALARIO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE SU USO: 1 AÑO DE INICIO DE RECOGIDA

INTRODUCCIÓN

El fibrinógeno juega un papel clave en la hemostasia al aumentar la agregación plaquetaria inicial, limitar la sobrecarga de trombina y proporcionar el sustrato para el proceso de coagulación que asegura la estabilidad mecánica de los coágulos sanguíneos. La hipofibrinogenemia al ingreso en el servicio de urgencias se ha identificado como un predictor independiente de transfusión masiva, morbilidad y mortalidad en pacientes con traumatismos mayores.

OBJETIVOS

Describir el perfil epidemiológico de los pacientes atendidos en medio extrahospitalario subsidiarios de recibir terapia con Fibrinógeno en el lugar durante el 1 er año de su uso.

METODOLOGÍA

Realizamos estudio descriptivo observacional y retrospectivo transversal con recogida de datos entre Junio 2022 y Junio 2023.

RESULTADOS

Incluimos una población de pacientes que, cumpliendo criterios clínicos y analíticos, se les había infundido una dosis de fibrinógeno de forma extrahospitalaria entre los meses de Junio 2022 y Junio de 2023.

El total de nuestra población inicial es de 37 pacientes de los cuales el 92% son hombres y el 8% mujeres. La edad media del total de la muestra es de 41 años (rango: 8-85 años). La patología del 92 % de los paciente es de carácter traumática, mientras que encontramos un 8% de Hemorragias masivas de causa médica. Dentro de las causas traumáticas existe la siguiente distribución (Arma Blanca 29,5%, Accidentes de moto: 26,5%, Precipitaciones 20,5%, Atropellos 14.7% y otras como armas de fuego, arrollamiento por tren o accidente de coche: 8,8%) . El 43 % de los pacientes presentó un hallazgo positivo en la realización de Ecografía mediante protocolo FAST-e. Precisan aislamiento de vía aérea en el 86,4% canalización de Vía Intraósea en un 30 % y colocación de drenaje torácico mediante tubo de tórax en un 38 % de los casos. Destacar que hasta en el 42% de los casos se produce situación de Parada Cardiorespiratoria al inicio o durante la atención. Progresando a exitus en el lugar en el 16 % de los casos.

CONCLUSIONES

Dada la alta tasa de mortalidad en los pacientes que sufren trauma grave/hemorragia masiva y que presentan además alta sospecha de lesiones hemorrágicas potencialmente graves que asocian coagulopatía, consideramos la terapia de coagulación temprana y eficaz fundamental para mejorar la supervivencia.

79

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 65

PRIMER FIRMANTE

Jose Ignacio Perez
Ferreiro

AUTORES

Irene Mantiñan Vivanco;
Sandra Vicente Tome;
Laia Serra Tomas;
Irene Suarez Cuesta;
Ane Arrieta Arce;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Galdakao

IATROGENIA Y ARRITMIAS

INTRODUCCIÓN

Mujer de 49 años sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos.

Antecedente de migraña, síndrome ansioso depresivo en tratamiento con paroxetina. En tratamiento desde hace 15 días con amitriptilina y metamizol por neuralgia del trigémino.

Acude a urgencias por un cuadro de fiebre termometrada de 38,5, náuseas, disnea, artromialgias y dolor pleurítico izquierdo.

A la exploración presenta afectación del estado general con una auscultación cardíaca normal y a la auscultación pulmonar presenta hipoventilación base izquierda con crepitanes en campo medio izquierdo.

Rx Torax: Condensación lóbulo inferior izquierdo con pinzamiento seno costofrénico. En la analítica leucocitosis de 24000, PCR 325 mg/l, plaquetopenia 80000 y resto parámetros normales.

EKG Rs a 120 lpm PR normal sin alteraciones de la conducción ni de la repolarización.

Antígeno neumococo en orina negativo y de legionella positivo.

Con el diagnóstico de neumonía en lóbulo inferior izquierdo por legionella se decide pasar a la paciente (que persiste con clínica nauseosa e intolerancia oral) al área de Observación de Urgencias para control evolutivo pautándose, además de su tratamiento

basal, levofloxacino como tratamiento antibiótico, y metoclopramida y omeprazol para las náuseas.

Durante su estancia en el Área de Observación presenta un episodio de vómitos a pesar de la metoclopramida por lo que se le administra de rescate 8 mgr de ondansetrón.

La paciente avisa de madrugada por encontrarse con importante disconfort mal definido y sensación de palpitaciones. A la exploración presenta taquicardia a 140 lpm por lo que se le realiza un EKG que presenta una Taquicardia Ventricular a 140 lpm, fluctuando con episodios de Taquicardia sinusal a 120 con bloqueo de rama derecha (que antes no presentaba) y prolongación de QT corregido (>480 ms).

Se decide pasar a la paciente al área de agudos de urgencias de nuevo para monitorizarla.

Ante la persistencia de las alteraciones en el EKG junto con la aparición de frecuentes rachas de Taquicardia Ventricular, hemodinámicamente bien toleradas, se decide administrar 2 gr sulfato de magnesio intravenoso y bicarbonato sódico 1M 50 mEq consiguiéndose la reversión de las alteraciones electrocardiográficas y desaparición de los síntomas, reapareciendo su electrocardiograma basal.

CONCLUSIONES

La medicación es la primera causa de acontecimientos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.

La utilización simultánea de medicamentos que potencialmente prolongan el intervalo QT incrementa el riesgo de arritmia. La prolongación del intervalo QT por parte de un fármaco puede ser aumentada por la administración conjunta de otro medicamento que presenta la misma propiedad farmacodinámica, así como de fármacos que inhiben su eliminación sistémica. Las mujeres presentan con frecuencia un intervalo QT más largo que los varones, además de una susceptibilidad mayor a la prolongación del intervalo QT inducido por medicamentos.
(...)

80

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 66

PRIMER FIRMANTE

Jose Ignacio Perez
Ferreiro

AUTORES

Iruñe Mantiñan Vivanco;
Sandra Vicente Tome;
Laia Serra Tomas;
Irene Suarez Cuesta;
Ane Arrieta Arce;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Galdakao

SALBUTAMOL INTRAVENOSO COMO CAUSA DE SINDROME
CORONARIO

CASO CLINICO

- Varón de 67 años sin alergias medicamentosas. Sin factores de riesgo cardiovascular salvo HTA controlada por un IECA. Niega hábitos tóxicos. Niega antecedentes familiares ni personales de cardiopatía isquémica. No broncopatía conocida. Acude a urgencias porque encontrándose asintomático ha ido a la farmacia a medirse la TA y con la cifra de 163/96 le derivan al Servicio de Urgencias.

- A la exploración bradicardia a 39 lpm. TA 170/98. Auscultación Cardiopulmonar normal. Exploración neurológica normal. El paciente refiere que es de frecuencias cardiacas bajas. Montañero habitual camina diariamente mas de 10 kilometros sin clinica sugestiva de angina o equivalente anginoso. El paciente a su llegada a urgencias se encuentra ASINTOMÁTICO.

- SE LE REALIZA EKG QUE MUESTRA UN BLOQUEO AV DE PRIMER GRADO CON UNA FRECUENCIA CARDIACA DE 38 LPM POR LO QUE SE DECIDE PASAR AL PACIENTE A BOXES PARA MONITORIZAR

- SE LE ADMINISTRAN 25 MGR SL DE CAPTOPRIL con buena respuesta al mismo

- El paciente permanece ASINTOMÁTICO monitorizado en urgencias. Tras la administración de captopril sl presenta cifra de TA 160/82 y en la analítica muestra todos los parámetros dentro de la normalidad incluyendo TnT y NT-proBNP. Persisten FC bajas (35-40 lpm) en el monitor con EKG repetido sin cambios.

- Se decide administrarle 1 amp de Salbutamol (500 microgr) diluida en 100 ml de suero fisiológico intravenosa lenta (10 minutos)

- EL PACIENTE SE QUEJA DE DISNEA BRUSCA, MAREO, DOLOR TORACICO Y PALPITACIONES

- EN MONITOR SE OBJETIVA TAQUICARDIA VENTRICULAR A 165 LPM

Se procede a CARDIOVERSION ELECTRICA SINCRONIZADA con 100 Julios tras la administración de 50 mgr de propofol y 75 microgramos de fentanilo. El paciente pasa a Ritmo Sinusal y cede la sintomatología presentando sin embargo su EKG cambios respecto al previo

EKG POSTCARDIOVERSION: El EKG es complicado de valorar inicialmente pudiendo dudarse entre una disociación isorritmica o algun tipo de bloqueo de conducción AV. Finalmente parece ser un RS a 35 lpm con un bloqueo AV de segundo grado tipo MOBITZ1. Presenta elevación de ST de menos de 1 mm en DIII y aVF con descenso de ST en V2 y V3

El paciente permanece ASINTOMÁTICO en todo momento procediéndose a la determinación de TnT ultrasensible valorando la posibilidad de que los cambios electrocardiográficos correspondan a un fenómeno de MEMORIA ELECTRICA CARDIACA o un INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO TIPO2.

Hs-TnT:832

Se realiza CATETERISMO URGENTE: CD con lesión proximal del 75% con oclusión por trombo intracoronario a ese nivel.

CONCLUSIONES

El Salbutamol es un fármaco beta-adrenérgico de corta duración con indicación de administración intravenosa en el EPOC y en el asma grave. Posee un notable efecto cronotrope positivo que ha hecho que en ocasiones se use como fármaco "taquicardizante" en pacientes con bradicardia. A pesar de que esta aceptado su uso como administración enteral en la bradicardia asociada al shock medular no aparece en las guías de tratamiento de la BRADICARDIA SINTOMÁTICA o de BLOQUEOS CARDIACOS

En el Algoritmo de tratamiento de Bradicardia de la AHA solo se aceptan como terapéutica farmacológica indicada en el tratamiento de la BRADICARDIA SINTOMÁTICA la atropina, la dopamina, la epinefrina y el isoproterenol. No estando indicado el tratamiento farmacológico sino la observación en la BRADICARDIA ASINTOMÁTICA.

(...)

81

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 67

PRIMER FIRMANTE
Fernando Miguel SaldañaAUTORES
Jesús Cano Gabriel; Alba
Cano Navas; Sara Isabel
Montero Hernández;
Luis Ángel Casas García;
Fátima Arribas Hernández;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR- Protección CivilHospital Universitario de
Fuenlabrada

ESTUDIO SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES CIRCADIANOS Y LOS SUICIDIOS POR PRECIPITACIÓN

INTRODUCCIÓN

El número de suicidios por precipitación en las ciudades ha aumentado en los últimos años en nuestro país. Este hecho supone un gran reto para los Servicios de Emergencias Médicas (SEM).

OBJETIVO

Conocer la relación entre la incidencia y los factores circadianos de los suicidios/intentos de suicidio por precipitación (SISPP), y otros factores personales como la edad y el sexo.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, mediante revisión de la base de datos de un SEM de todos los SISPP atendidos en un periodo de 2 años (junio 2021-junio 2023). Variables: franja horaria, día de la semana, mes, sexo, franja de edad.

RESULTADOS

En los dos años estudiados se produjeron un total de 302 SISPP.

Por sexo, 186 hombres, 107 mujeres y 9 desconocido.

Día de la semana: lunes, 32, martes, 48, miércoles 38, jueves, 46, viernes 56, sábado 42 y domingo 39.

Por meses, enero (17), febrero (17), marzo (21), abril (34), mayo (33), junio (41), julio (26), agosto (22), septiembre (21), octubre (31), noviembre (12), diciembre (27).

Franja horaria: 00:00 (3), 01:00 (6), 02:00 (8), 03:00 (8), 04:00 (10), 05:00 (11), 06:00 (10), 07:00 (13), 08:00 (14), 09:00 (17), 10:00 (17), 11:00 (21), 12:00 (21), 13:00 (14), 14:00 (19), 15:00 (17), 16:00 (8), 17:00 (18), 18:00 (4), 19:00 (20), 20:00 (12), 21:00 (12), 22:00 (8), 23:00 (11).

Franja de edad: 10-20 (34), 21-30 (58), 31-40 (46), 41-50 (36), 51-60 (37), 61-70 (14), 71-80 (22), 81-90 (20), 91-100 (10), desconocido (25).

CONCLUSIONES

Se observa un aumento de los suicidios/intentos de suicidio por precipitación por las mañanas, disminuyendo notablemente en las horas nocturnas. Los viernes son los días de la semana en los que más se producen, y es en los meses de primavera donde se incrementa su número. El número de varones supone casi el doble que el de las mujeres, y es en la franja de edad entre los veintiuno y los cuarenta años donde mayor incidencia existe, suponiendo un tercio del total. Consideramos que sería importante tener en cuenta estos factores de cara a poder llevar a cabo medidas preventivas por parte de los familiares y/o cuidadores de las víctimas potenciales.

82

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 68

PRIMER FIRMANTE
Jesús Cano GabrielAUTORES
Fernando Miguel Saldaña;
Alba Cano Navas; Mario
Del Río Moreno; Francisco
Javier López Albalá;
Fátima Arribas Hernández;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR- Protección CivilHospital Universitario de
Fuenlabrada

EVOLUCIÓN E INCIDENCIA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE ACCIDENTES DE TRÁFICO EN UNA GRAN CIUDAD

INTRODUCCIÓN

Dadas las nuevas formas de desplazamiento en el ámbito urbano, se han venido desarrollando nuevas formas de movilidad personal. Esto puede conllevar a que los accidentes de tráfico (AT) atendidos por los Servicios de Emergencias (SEM) hayan variado en número y tipología de accidente.

OBJETIVO

Conocer la incidencia según tipología de los accidentes de los accidentes de tráfico atendidos por un SEM, así como su evolución a lo largo de los años.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, mediante revisión de la base de datos de un SEM de todos los AT atendidos en un periodo de 20 años, desde 2001 a 2022, ambos incluidos, contabilizándolos cada tres años (2001, 2004, 2007, 2010, 2013, 2016, 2019 y 2022). Variables: año, tipo de accidente de tráfico; con menos de tres víctimas (1.2), con más de tres víctimas confirmadas (1.3), atropello (1.4), de motocicleta (1.5), de bicicleta (1.6), de patinete (1.61), de autobús (1.7), de vehículo pesado (1.8).

RESULTADOS

En los ocho años estudiados se produjeron una media de 14930 de AT al año. Por tipo de accidente:

1.2: 6889 (2001), 6355 (2004), 7301 (2007), 6607 (2010), 6425 (2013), 6595 (2016), 6510 (2019) y 5786 (2022).

1.3: 794 (2001), 721 (2004), 1390 (2007), 1190 (2010), 1052 (2013), 734 (2016), 643 (2019), 379 (2022).

1.4: 2058 (2001), 1831 (2004), 2235 (2007), 2038 (2010), 1985 (2013), 1954 (2016), 1926 (2019), 1668 (2022).

1.5: 3568 (2001), 3077 (2004), 4823 (2007), 3769 (2010), 4063 (2013), 4819 (2016), 5604 (2019), 4664 (2022).

1.6: 246 (2001), 307 (2004), 532 (2007), 798 (210), 1271 (2013), 1207 (2016), 1164 (2019), 1006 (2022).

1.61: 248 (2019), 886 (2022).

1.7: 51 (2001), 85 (2004), 156 (2007), 129 (2010), 82 (2013), 102 (2016), 210 (2019), 166 (2022).

1.8: 23 (2010), 22 (2013), 33 (2016), 32 (2019), 31 (2022)

CONCLUSIONES

Se observa un aumento notable en los últimos años de los accidentes de bicicleta y de patinetes eléctricos y un ligero ascenso de los accidentes de motocicleta. En el resto de accidentes las cifras se han mantenido estables.

Sería conveniente analizar si la regulación específica actual es suficiente para prevenir su siniestralidad y si las medidas de protección son adecuadas.

83

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 69

PRIMER FIRMANTE
Héctor Manuel Pablo
HernándezAUTORES
Sergio Sanchez Rubio;
Raquel Sanchez Martín;
Almudena Morales
Sánchez;
Lorena Morales Sánchez;CENTROS DE TRABAJO
Ambulancias Rodrigo

CAUSA

EMERGENCIAS
SANITARIAS

U.A.D.

VIEJOS - DESCONOCIDOS DISPOSITIVOS. IMPORTANCIA DEL BUEN USO DE LA FÉRULA DE TRACCIÓN.

INTRODUCCIÓN

La norma UNE EN-1789 de 2021 sobre los Vehículos de transporte sanitario y sus equipos. Señala la obligatoriedad del dispositivo: férula de tracción (FT) tanto en los vehículos de clase B como C.

Sin embargo, este elemento presenta numerosas dudas en su uso, indicaciones y contra-indicaciones entre los diferentes profesionales de los SEM: TES, enfermeros y médicos al no encontrarse en la enseñanza reglada de los mismos. Provocando su infrautilización según estudios hasta en el 30-60% de las ocasiones.

OBJETIVO

Sensibilizar de la importancia de la FT en las patologías traumáticas y control de la hemorragia en la atención al politrauma.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica (2018-2023) en PUB-MED y Cochrane utilizando las palabras clave: prehospital setting, femur fractures, traction splint.

Se realiza lectura, estudio y creación de documentación posterior.

RESULTADOS

El fémur es el hueso más largo del cuerpo. La incidencia de la fractura diafisaria es 10 por cada 100000 años-persona, con dos picos de presentación: adultos jóvenes y ancianos. Se calcula una pérdida de sangre de 2-3L cuando se fractura, lo que conlleva un alto riesgo de hemorragia y shock, además de otras complicaciones: embolia grasa, infección...

Un mal control de esta lesión puede producir acortamientos, desalineación y trombosis venosa profunda.

La FT es la recomendación principal en extrahospitalaria para su control y alineación. Evitando complicaciones durante el traslado. Ante sospecha de fractura diafisaria de fémur debemos evaluar: anillo pélvico, cadera, ingle, perineo y nalga. Realizar un examen neurovascular de la zona distal.

Colocación: Estabilizar pierna. Ajustar sobre la pierna sana. Colocar bajo la pierna fracturada, dejando la almohadilla bajo la tuberosidad isquial. Ajustar su longitud. Colocar correa isquial en ingle y muslo. Enganche del tobillo. Traccionar hasta que la longitud sea similar a la sana. Asegurar resto de correas. Reevaluación neurovascular.

Contraindicaciones: Fracturas añadidas en pie o tobillo. Amputación parcial extremidad distal.

CONCLUSIONES

La FT es útil para evitar complicaciones: hemorragia o embolismo, así como un control adecuado del dolor y las secuelas de estas lesiones. Si paciente inestable alinee una pierna con otra. Reevaluar frecuentemente la función neurovascular después de su aplicación durante el transporte.

84

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 70

PRIMER FIRMANTE
Héctor Manuel Pablo
HernándezAUTORES
Sergio Sanchez Rubio;
Raquel Sanchez Martín;
Almudena Morales
Sánchez;
Marta Garrido Pujales;CENTROS DE TRABAJO
Ambulancias Rodrigo

CAUSA

EMERGENCIAS
SANITARIAS

CHUVI

QUE EL ÁRBOL NO NOS IMPIDA VER EL BOSQUE

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos cerrados de alta energía junto a una deceleración rápida obligan a una alta sospecha de lesión aórtica, a la altura del istmo. Llegando a ser la segunda causa de muerte en personas de 4 a 34 años. Aproximadamente el 20% de los que sufren esta lesión sobreviven el tiempo suficiente para ser tratados.

OBJETIVO

Importancia de una adecuada valoración de la biomecánica del suceso junto una buena anamnesis y una exploración física exhaustiva.

METODOLOGÍA

Información Historia clínica SEM, seguimiento e Historia al alta hospitalaria.

RESULTADOS

Accidente lateral de gran impacto con deformidad de más de 50 cm. Mujer de 15 años, sin patologías de interés. Ocupante de asiento posterior. No vuelco de campana. Presencia de cinturón.

Se encuentra en el interior del vehículo con atrapamiento de miembros inferiores y fuerte dolor opresivo centro torácico no irradiado. Valoración primaria (XABCD): estable. Tras extricación presenta fractura diáfisis de

fémur que es estabilizada con férula de tracción. Ninguna otra lesión evidente en evaluación secundaria.

Anamnesis: la paciente se encuentra ansiosa (refiere sensación de muerte) y pese a la fractura, insiste únicamente en el dolor de pecho.

Constantes normales. ECG normal. Exploración física: fractura reducida, pulsos radiales simétricos y auscultación normal. No otra lesión. Se pauta analgesia opiácea sin control del dolor. Se traslada bajo sospecha de lesión de grandes vasos dado el grado de dolor, la localización y su mal control, así como la biomecánica del accidente: cinturón de pinza, cizallamiento por giro lateral.

En el hospital durante el TAC el dolor se modifica a lacerante y descendente. Se aprecia disección de Aorta por lo que es trasladada a la UCI para estabilización y posteriormente cirugía.

CONCLUSIONES

Ante todo Código trauma es importante la realización de una adecuada valoración primaria y secundaria. Sin olvidarnos de la biomecánica del accidente que puede ayudarnos a identificar lesiones como la presentada por nuestra paciente, pese a tener una clínica abigarrada. La evolución de estos pacientes va a depender en gran medida de un diagnóstico precoz, así como del diagnóstico diferencial e intervención quirúrgica.

85

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 71

PRIMER FIRMANTE

María Ortego Niño

AUTORES

Nuria Peñaranda
Peñaranda; Jennifer
Muñoz Chico; Josue Saez
Lorente; Rodrigo Javier Gil
Hernandez;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Santa Bárbara de
Soria

ACTIVACIÓN TEMPRANA DEL CÓDIGO ICTUS DESDE EL TRIAJE AVANZADO DE ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), denomina como Accidentes Cerebrovasculares (ACV): “un síndrome clínico de desarrollo rápido debido a una perturbación focal de la función cerebral de origen vascular y de más de 24 horas de duración”¹. Se pueden clasificar en dos tipos: isquémicos y hemorrágicos. El ictus es una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo, con mayor incidencia en personas mayores de 65 años y sexo femenino.

Ante la complejidad asistencial cada vez más presente, se ha hecho necesario el desarrollo del concepto de triaje avanzado. Estas prácticas avanzadas de enfermería consisten en la actuación desde el propio triaje en base a protocolos consensuados para agilizar la atención de aquellos pacientes más graves. De esta forma, disponer de protocolos actualizados para la activación del código ictus desde el triaje es muy importante para el abordaje de este tipo de pacientes.

OBJETIVO

Actualizar el protocolo de triaje avanzado Código Ictus en base a las últimas recomendaciones.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de las bases de datos electrónicas PubMed, Cinahl, Dialnet, Scopus, ScienteDirect, Scielo y el buscador Google académico. Se crearon unas fórmulas de búsqueda con los DeSh/Mesh/palabras clave y los operadores booleanos como son AND y OR.

RESULTADOS

Los diferentes estudios, verifican que el profesional adecuado y cualificado para realizar el triaje avanzado es enfermería, reduciendo el tiempo puerta-aguja. Los aspectos concretos para su activación son: déficit neurológico focal de origen brusco, tiempo de evaluación < 24 horas, ictus del despertar o desconocido, si existe sospecha de trombosis hasta 48 horas, escala Rankin ≤ 2 , además de la utilización de la escala Cincinnati. Tras la valoración del paciente, se le asignará nivel I, con atención inmediata y se comenzará con los primeros cuidados enfermeros (monitorización de constantes vitales, glucemia capilar, INR, dieta absoluta y reposo en decúbito supino 30-45°).

CONCLUSIONES

La enfermera de triaje es el primer eslabón de la cadena sanitaria. Es imprescindible la formación de enfermería, para una identificación y actuación eficaz, para una disminución de la morbi-mortalidad en el Código Ictus.

86

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 72

PRIMER FIRMANTE

Javier Morillo Rodríguez

AUTORES

Diana Martín; M^o Antonia
Martínez Vázquez;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR PC

VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA EN LA ASISTENCIA A LA PCR EN UN SEM URBANO

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de enfermería, además de la realización de actividades delegadas, generan una serie de cuidados y de intervenciones independientes que suponen el grueso de los cuidados, en todos los ámbitos asistenciales.

OBJETIVO

Determinar la consecución de cumplimentación de las actividades enfermeras por parte de los profesionales del SEM.

Definir cuáles son los diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones más utilizados.

Conocer las técnicas más aplicadas por los enfermeros sobre los pacientes que se tratan por una PCR.

Valorar la población asistida por PCR en un SEM urbano.

METODOLOGÍA

Realizamos un estudio descriptivo de las PCR atendidas en el periodo entre el 1 de enero de 2022 y el 28 de noviembre de 2022. Se evaluaron las variables demográficas habituales, los tiempos asistenciales, técnicas realizadas sobre el paciente y las actividades propias de enfermería según Taxonomía NANDA, NIC, NOC. Se desarrolló un análisis descriptivo utilizando media y desviaciones estándar o mediana para las variables cuantitativas.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se consignaron un total de 341 paradas de las cuales 161 tuvieron recuperación de pulso y 180 terminaron como exitus. Con edad media sobre los 60 años y en su mayoría varones. Tiempo de llegada de 6.30 minutos y una asistencia in situ de 42 minutos.

Se definieron por parte de las enfermeras del servicio un total de 29 Diagnósticos enfermeros distintos en este tipo de asistencias, los más utilizados fueron, por frecuencia 00029 Disminución del gasto cardiaco (17.5%), 00201 Riesgo de perfusión cerebral ineficaz (17%), 00200 Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca (15%), 00239 Riesgo de deterioro de la función cardiovascular (11%), 00205 Riesgo de shock (8%), Las técnicas realizadas son principalmente las de adquisición de vías y las referidas a la estabilización y tratamiento de la vía aérea y la hemodinámica.

CONCLUSIONES

- La realización de los vínculos NANDA, NIC NOC en la emergencia de un SEM urbano, no es suficientemente realizada por los profesionales de enfermería
- Los diagnósticos más utilizados en los grupos estudiados son referidos a la perfusión cardíaca y cerebral, así como a las situaciones de shock derivadas de este tipo de problema de salud.
- El uso de las técnicas realizadas es parejo en ambos grupos valorados.

89

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 73

PRIMER FIRMANTE

Raquel Grado Sanz

AUTORES

Rubén Viejo Moreno;
Marta Gil García-Ajofrín;

CENTROS DE TRABAJO

UVI móvil Guadalajara.
GUETS-SESCAMLa Campiña Centro de
Salud de Marchamalo

UVI MÓVIL GUADALAJARA. GUETS-SESCAM. CIENTES CON SCACEST TRATADOS CON TICAGRELOR O PRASUGREL POR EMERGENCIAS PREHOSPITALARIAS

INTRODUCCIÓN

Los estudios PLATON y TRITON TIMI 38, demostraron la superioridad del Ticagrelor y Prasugrel, respectivamente, frente al Clopidogrel en el Síndrome Coronario Agudo (SCA) sometido a intervención coronaria percutánea e implantación de stent. Desde entonces, la administración de Ticagrelor y Prasugrel asociados a ácido acetil salicílico, es uno de los pilares farmacológicos en el manejo de los pacientes con SCA.

OBJETIVO

Evaluar los resultados de pacientes tratados con Ticagrelor y Prasugrel en términos de supervivencia y complicaciones hemorrágicas en una población y un servicio concreto provincial de emergencias médicas prehospitalarias (SEMP).

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo de una cohorte provincial de pacientes atendidos por el SEMP entre febrero de 2013 y julio de 2023. Dos grupos de pacientes con SCA con elevación del ST (SCACEST) fueron establecidos en función del antiagregante administrado por el SEMP (Ticagrelor o Prasugrel), evaluándose la mortalidad al año mediante curva de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Se analizaron 252 pacientes. A excepción de la edad, los grupos fueron bastante homogéneos en cuanto a sexo, factores de riesgo cardiovascular, constantes iniciales, tiempos y parámetros analíticos.

A 128 (50,8%) el SEMP les administró Prasugrel y de ellos, 124 (96,9%) fueron dados de alta hospitalaria con el mismo inhibidor del receptor P2Y12. La mortalidad al año del evento fue menor en el grupo Prasugrel [2 (1,8%) Vs 8 (7,4%) $p = 0,042$].

En cuanto a las complicaciones, no se objetivaron diferencias significativas en términos absolutos, tasa de ictus [2 (1,6%) Vs 0 (0,0%) $p = 0,088$] o de hemorragias mayores (BARC 3-5) [4 (3,1%) Vs 4 (3,2%) $p = 0,293$].

CONCLUSIONES

1. Los pacientes que recibieron Prasugrel en emergencias prehospitalarias tuvieron menor mortalidad durante el seguimiento a un año.
2. Las complicaciones fueron poco frecuentes en ambos grupos y no se objetivaron diferencias significativas entre los grupos.
3. Es posible que el tamaño muestral de nuestro trabajo no alcanzase potencia suficiente para detectar estas diferencias.

92

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 74

PRIMER FIRMANTE

Silvia Montero Caballero

AUTORES

María Remesal Domínguez; María de Loreto Gómez Martínez; Gemma García vallejo; María Beatriz Matji Cabello; Olaya Alonso Viejo;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Universitario del Henares

Centro de Salud Cabezuela del Valle

EPISTAXIS COMO POTENCIAL CAUSA DE MORTALIDAD EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con anticoagulación crónica presentan mayor riesgo de hemorragia nasal y más grave que el resto de la población adulta. Además, suelen tener mayor comorbilidad cardiovascular, con lo que la consecuencia de este sangrado puede ser letal.

METODOLOGÍA

Presentamos el caso de un paciente de 79 años con cardiopatía grave (insuficiencia cardíaca crónica, insuficiencia mitral pendiente de intervención quirúrgica, hipertensión pulmonar, cardiopatía isquémica crónica, marcapasos, fibrilación auricular en tratamiento con apixabán...) que llega al Servicio de Urgencias con epistaxis incontrolable a pesar de taponamiento nasal. Se indica cirugía emergente. A su llegada a quirófano, el paciente presenta signos de hipoperfusión y frialdad cutánea, inestabilidad hemodinámica con taquicardia supraventricular a 130 latidos/minuto y descenso del segmento ST en monitor. Saturación de oxígeno 88% con mascarilla reservorio. Se realiza inducción anestésica cuidadosa. A los pocos minutos presenta hipotensión arterial 43/32 mmHg con descenso brusco de la frecuencia cardíaca a 60 latidos/minuto en ritmo de marcapasos y de end-tidal CO₂ a 13 mmHg. Se inician maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) avanzadas. Durante el

proceso, presenta ritmos de parada oscilantes: actividad eléctrica sin pulso y fibrilación ventricular. Precisa administración intravenosa total de 12 mg de adrenalina, dos desfibrilaciones a 300 J, 500 ml de bicarbonato 1M, 300 mg de amiodarona. Tras 35 minutos de maniobras, se visualiza ritmo de taquicardia ventricular con pulso débil central palpable que se pierde a los pocos minutos, sin captar presión arterial ni pulsioximetría en ningún momento. Asimismo, mediante ecocardiograma transtorácico, se descarta taponamiento cardíaco, neumotórax y trombosis. Dada la futilidad de las medidas terapéuticas administradas se decide finalizar maniobras de RCP y certificar el fallecimiento.

RESULTADOS

Se realiza debriefing posterior a exitus entre todos los especialistas implicados. Valorando posibles causas de su descompensación, se concluye que probablemente se deba a un deterioro puntual de la función renal que haya desajustado los niveles plasmáticos del anticoagulante oral, provocando un sangrado incontrolable con resultado de síndrome coronario agudo.

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.

93

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 75

PRIMER FIRMANTE
Javier Ramos TéllezAUTORES
Javier Martínez Ariño;
Israel Bas Agulles;
Almudena Concejero
Ballester; Maria
Magdalena Cortés
Romero; Sergio Jesús
Gómez de Francisco;CENTROS DE TRABAJO
Samur Protección Civil

EMPLEO DE FIBRINÓGENO EN EL CONTEXTO DE LA PCR TRAUMÁTICA EXTRAHOSPITALARIA: CONCLUSIONES PRELIMINARES TRAS EL PRIMER AÑO DE USO

INTRODUCCIÓN

Bajos niveles de fibrinógeno se asocian con una mortalidad hasta cuatro veces mayor en el trauma grave y su administración temprana puede reducir dicha mortalidad en ese contexto. Además, bajos niveles de fibrinógeno se asocian a una mayor letalidad en el daño cerebral traumático. Así, diversas guías clínicas para el manejo del trauma grave ya lo incluyen en sus recomendaciones.

Samur-PC introdujo el fibrinógeno en julio de 2022. Obviamente, la situación de trauma grave puede implicar la atención a paradas cardiorrespiratorias en este contexto, por tanto creemos que el análisis específico su administración en el ámbito de la PCR extrahospitalaria de origen traumático es un campo que merece ser estudiado.

OBJETIVOS

Analizar el perfil de los pacientes a los que se administró fibrinógeno en el contexto de una PCR traumática, atendida directamente o sobrevinida durante la asistencia, tras el primer año de incorporación de este fármaco en nuestro servicio. Se valorará la dosis empleada y el momento de administración, así como parámetros analíticos, procedimientos y otra medicación empleada. Finalmente, valoraremos el retorno de la circulación espontánea y la mortalidad a las 6h, 24h y 7 días.

METODOLOGÍA

Análisis descriptivo retrospectivo de los avisos codificados como paradas cardiorrespiratorias (sobrevinidas o no durante la asistencia) atendidas por Samur-PC a las que se administró fibrinógeno entre julio de 2022 y septiembre de 2023. Solo se seleccionarán las PCR de origen traumático.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 9 pacientes con diversos mecanismos lesionales, aunque el perfil mayoritario fue el de paciente politraumatizado, de predominio varón, en torno a los 40 años. Un 44.4% presentó un ecofast positivo. El valor medio de lactato fue de 7.24mmol/L y el de EB de -9.6. La dosis mayoritaria de fibrinógeno fue de 2g seguida de 1g y en el 100% de los casos se asoció a ácido tranexámico. En el 88,8% de los pacientes el fibrinógeno se administró en los primeros 30 minutos de asistencia. El 77.7% de los pacientes recibió al menos 1000ml de SSF y en 8 de 9 se colocó tubo de tórax. En 2 de los 9 pacientes se consiguió el retorno de la circulación espontánea a la llegada al hospital. Ambos sobrevivieron a las 6h y uno de ellos a tras 7 días, momento en que se interrumpió el seguimiento por nuestra parte.

CONCLUSIONES

La administración temprana (<30 minutos) de fibrinógeno es una medida plausible en el contexto de la PCR extrahospitalaria de origen traumático, que en nuestro medio se aplicó especialmente al paciente politraumatizado, con dosis predominantes de entre 1 y 2 gramos y siempre asociado a ácido tranexámico. Existe evidencia que apoya su uso temprano en el trauma grave en general, mientras que los bajos niveles de esta molécula se asocian a una mayor mortalidad en el daño cerebral traumático. Por tanto, creemos que es un ámbito que merece ser estudiado en profundidad, aprovechando la ventaja que nos ofrece nuestro medio para garantizar una administración lo más temprana posible.

94

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 76

PRIMER FIRMANTE

Alberto Hernández
Tejedor

AUTORES

Vanes González Puebla;
Consuelo Caniego
Rodrigo; María Isabel
Vázquez García; María
Dolores Galán Calategui;
Francisco Torres García;

CENTROS DE TRABAJO

SAMUR-Protección Civil
Madrid**ESTUDIO SYMEVECA: EXPERIENCIA DE 8 MESES CON UN MODO VENTILATORIO SINCRONIZADO CON LAS COMPRESIONES****INTRODUCCIÓN**

Las últimas recomendaciones ILCOR sobre forma de ventilar sugerían emplear respiradores mecánicos. Su uso es irregular. Existen actualmente modos ventilatorios sincronizados con las cardiocompresiones. Se ha iniciado la fase 2 del estudio SYMEVECA con la introducción del modo CCSV.

OBJETIVOS

Primario: describir el uso del modo CCSV durante la parada cardiaca extrahospitalaria no traumática (PCEH) con atención a volúmenes, evolución de parámetros gasométricos y complicaciones. Secundario: conocer los desenlaces clínicos de los pacientes.

METODOLOGÍA

Segmento observacional prospectivo de un estudio cuasiexperimental. Población de estudio: pacientes en PCEH con persistencia de la misma ocho minutos tras intubación precoz ventilados con CCSV por un servicio de urgencias extrahospitalario. Periodo: 8 meses. Tiempo inspiratorio 205 ms. Presión en vía aérea 60 mbar. Se recogen variables demográficas, ritmo inicial, parámetros ventilatorios y gasométricos 15 minutos tras la intubación o al recuperar pulso (lo que ocurra antes), supervivencia y evolución. Variables cuantitativas como media y desviación es-

tándar; cualitativas como porcentaje. Estudio aprobado por CEIm.

RESULTADOS

De las 137 PCEH atendidas se excluyen 98, por uso de otro modo ventilatorio (36), recuperación de circulación espontánea (RCE) muy precoz (40) o violación del protocolo de análisis de control (22). Fueron varones el 79%, edad 63 ± 15 años, 33% en ritmo desfibrilable, con primer respondiente en el 71%. RCE en el 56% y CPC 1-2 en el 14%. No se describieron complicaciones del uso del respirador salvo una desconexión del sensor de flujo en un caso que motivó un cambio automático a IPPV. Se administró de media un volumen corriente de 164 ± 56 ml y minuto de $14,1 \pm 3,9$ litros. El ritmo de las compresiones torácicas y ventilaciones fue de 101 ± 14 por minuto. El pH en el análisis de control (venoso) fue $7,02 \pm 0,14$ y la pCO₂ fue $75,1 \pm 25,5$ mmHg.

CONCLUSIONES

Se describen los primeros casos de ventilación con CCSV en PCEH. No hubo dificultades en la introducción de la técnica. Dado el bajo número de casos no se realizan comparaciones con otros modos pero los resultados están en la línea de los obtenidos en IPPV de la fase 1 del estudio.

95

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 77

PRIMER FIRMANTE
María Jose Mena GonzalezAUTORES
Nazaret Romero PizarroCENTROS DE TRABAJO
SAMUR PC;Avancis Aviation España
SAU;

ASISTENCIA INMEDIATA EN URGENCIAS CARDIOVASCULARES: LA IMPORTANCIA DE PROGRAMAS ESPECIALIZADOS

INTRODUCCIÓN

Las urgencias cardiovasculares representan una de las principales causas de morbimortalidad en todo el mundo. La asistencia inmediata en estos casos es crucial para mejorar los resultados clínicos y reducir la tasa de complicaciones. En este contexto, los programas especializados en urgencias cardiovasculares desempeñan un papel fundamental al proporcionar una atención rápida y eficiente.

OBJETIVO

- Evaluar la importancia de los programas especializados en urgencias cardiovasculares, destacando su capacidad para proporcionar una atención inmediata y de calidad.
- Analizar la relevancia de la formación y capacitación específica en el manejo de urgencias cardiovasculares para los profesionales de la salud.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva donde se seleccionaron 50 artículos científicos y documentos oficiales publicados desde 2008 y cuyos idiomas de inclusión eran el castellano y el inglés. Las fuentes consultadas incluyeron revistas médicas especializadas, bases de datos científicas como Pubmed, Google Académico y Enfiispo y guías clínicas reconocidas. Se analizaron los enfo-

ques y metodologías utilizados en programas especializados en urgencias cardiovasculares, como unidades de cuidados intensivos cardiológicos, protocolos de atención estandarizados y telemedicina

RESULTADOS

Los programas especializados en urgencias cardiovasculares desempeñan un papel crucial en la asistencia inmediata. Ejemplos actuales incluyen el Programa de Atención al Infarto Agudo de Miocardio (PAIAM). Los protocolos actuales incluyen el de fibrinólisis en el infarto agudo de miocardio y el de reperfusión coronaria primaria. Estos programas y protocolos han demostrado su eficacia en la reducción de complicaciones y mortalidad asociada a las urgencias cardiovasculares. La formación y capacitación específica son fundamentales para los profesionales de la salud, permitiéndoles tomar decisiones rápidas y precisas.

CONCLUSIONES

La asistencia inmediata en urgencias cardiovasculares requiere de programas especializados que proporcionen una atención rápida y de calidad. La formación y capacitación específica son fundamentales para los profesionales de la salud, permitiéndoles tomar decisiones acertadas en situaciones de emergencia. Es esencial promover y fomentar la creación de programas especializados en urgencias cardiovasculares, así como la formación continua de los profesionales de la salud, para garantizar una asistencia inmediata y eficiente en estos casos críticos.

96

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 78

PRIMER FIRMANTE

María Jose Mena
Gonzalez

AUTORES

Nazaret Romero Pizarro

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR PC;Avincis Aviation España
SAU;

FORMACIÓN EN RCP: UNA OPORTUNIDAD DE SALVACIÓN EN CASOS DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria es una emergencia médica que puede ocurrir en cualquier momento y lugar, y su rápida atención es crucial para aumentar las posibilidades de supervivencia. En este contexto, la formación en Reanimación Cardiopulmonar (RCP) se presenta como una herramienta para profesionales sanitarios como para el público en general. Este artículo tiene como objetivo analizar la importancia de la formación en RCP, destacando los beneficios que puede aportar en casos de parada cardiorrespiratoria.

OBJETIVO

- Analizar la importancia de la formación en RCP para los profesionales sanitarios, destacando su papel fundamental en la atención de emergencias.
- Revisar la relevancia de la formación en RCP para el público en general, resaltando su capacidad para actuar de manera rápida y efectiva en situaciones de parada cardiorrespiratoria.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este estudio, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de artículos científicos, estudios de casos y documentos oficiales relacionados con la formación en

RCP en bases de datos médica (Pubmed, Google Académico y Enfispo) en un periodo de 5 años. Se analizaron los diferentes programas de formación disponibles, así como los resultados obtenidos a través de su implementación.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos hasta el momento indican que la formación en RCP es fundamental tanto para los profesionales sanitarios como para el público en general. Los programas de formación han demostrado ser efectivos en la adquisición de habilidades y conocimientos necesarios para la atención de emergencias. Además, se ha observado que la implementación de programas de formación en RCP a nivel comunitario ha aumentado la tasa de supervivencia en casos de parada cardiorespiratoria.

CONCLUSIONES

Los programas de formación son efectivos en la adquisición de habilidades y conocimientos necesarios para la atención de emergencias, y su implementación a nivel comunitario puede aumentar significativamente las posibilidades de supervivencia. Es fundamental promover y fomentar la formación en RCP, tanto en el ámbito sanitario como en la sociedad en general, para garantizar una respuesta rápida y efectiva ante situaciones de emergencia.

97

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 79

PRIMER FIRMANTE

Silvia Montero Caballero

AUTORES

María de Loreto Gómez
Martínez; Olaya Alonso
Viejo; María Remesal
Domínguez; Rodrigo
Sanllorrente Sebastián;
Gemma García Vallejo;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Universitario del
Henares;Hospital Universitario Río
Hortega;Hospital Universitario de
Burgos;Centro de Salud
Cabezuela del Valle;

TOXICIDAD POR ANESTÉSICOS LOCALES EN PACIENTE GESTANTE

OBJETIVO

El uso de anestésicos locales está ampliamente extendido. Sin embargo, son menos conocidos los efectos derivados de su toxicidad, con posible desenlace fatal por alteraciones cardíacas debidas a la capacidad de estos fármacos para bloquear canales de sodio, calcio y potasio. En la mayoría de casos se debe a administración intravenosa inadvertida, aunque hay que realizar diagnóstico diferencial con otras entidades.

METODOLOGÍA

Presentamos el caso de una gestante de 37 + 1 semanas que acude a Urgencias por trabajo de parto. Se traslada a paritorio y se indica epidural analgésica. No presenta contraindicación para la técnica. Se realiza punción epidural lumbar nivel L4-L5 en condiciones de asepsia con aguja Tuohy 18G. La punción resulta muy dificultosa por importante obesidad de la paciente y son necesarios varios intentos hasta que se consigue insertar el catéter. La aspiración es negativa para líquido cefalorraquídeo y sangre y se administra una dosis test con bupivacaína 0.25% más adrenalina 0.005 mg/ml de 4 ml que resulta también negativa (no alteraciones hemodinámicas, no bloqueo motor, no síntomas neurológicos leves).

Tras bolo inicial de 6 ml de levo-bupivacaína 0.125%, la paciente presenta importante estado de agitación y ansiedad, taquipnea, hipotensión, bradicardia y desaturación hasta 88%. Se administra oxigenoterapia a través de gafas nasales y 30 mg de efedrina, con reversión del cuadro. Con la finalidad de descartar una posible intoxicación por anestésicos locales, se vuelve a aspirar a través de catéter epidural con salida de sangre, por lo que es retirado. Tras nueva epidural no vuelve a presentar clínica.

RESULTADOS

No se debe olvidar que el diagnóstico de esta entidad es fundamentalmente clínico y debemos sospecharlo ante cualquier tipo de sintomatología neurológica y/o cardíaca que aparezca tras la administración de estos fármacos. De no hacerlo, existe posibilidad de paro cardíaco.

Las manifestaciones neurológicas leves (tinnitus, hormigueo peribucal, sabor metálico...) suelen aparecer precozmente y pueden servir como despistaje.

CONCLUSIONES

En pacientes embarazadas existe un riesgo aumentado de esta complicación por varias causas: gasto cardíaco aumentado, influencia hormonal, hipoproteinemia... por lo que los anestésicos locales han de titularse cuidadosamente y la vigilancia posterior debe ser estrecha

98

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 80

PRIMER FIRMANTE
Francisco Luis Pérez
CaballeroAUTORES
Miguel Francisco
Benítez Morillo;
Guadalupe Borge
Rodríguez; Santiago
Lardelli Picallos;
Estefania Luque Marmol;
Uxea Rey Barreiro;CENTROS DE TRABAJO
Hospital de Mérida

PROYECTO "CÓDIGO PARADA": VALORACIÓN DE LA NECESIDAD DE PROTOCOLIZACIÓN DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) INTRAHOSPITALARIA EN NUESTRO CENTRO.

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) intrahospitalaria se define como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la circulación y respiración espontánea en un centro hospitalario, suponiendo un problema importante por el alto número de muertes y complicaciones con el que se asocia, suponiendo más de la mitad de éstas en pacientes críticamente enfermos.

OBJETIVO

- Reconocer situación actual de nuestro hospital y mejorar la respuesta asistencial inicial al paciente con PCR.
- Prevenir la PCR mediante la detección precoz.
- Establecer un sistema de activación de soporte vital avanzado rápido.
- Estandarizar el equipamiento disponible.
- Implementar un Protocolo de RCP común.

METODOLOGÍA

En primer lugar, un comité multidisciplinar intrahospitalario, serán los encargados de elaborar el mapa de riesgo hospitalario, evaluar los sistemas de alerta y respuesta a la RCP, así como distribuir el equipamiento a las zonas seleccionadas.

El protocolo está realizado en base a las normas ILCOR/ERC/CERCP, fomentando la reco-

gida de informes sobre RCP (estilo Utstein), midiendo los intervalos de tiempo de respuesta, creando una base de datos.

Se elaborará un programa de formación al personal sanitario involucrado, fomentando la colaboración con la coordinación hospitalaria de trasplantes.

Posteriormente, se analizarán los resultados en un estudio de cohorte epidemiológico, de los pacientes tratados en nuestro hospital incluidos, con criterio de inclusión la realización de RCP intrahospitalaria, independientemente del resultado.

RESULTADOS

La variable de resultado primaria será la asistencia intrahospitalaria a una situación de PCR, así como la realización de maniobras de RCP durante el período de estudio, recogiendo todos los datos posibles de tiempos (activación y duración de la reanimación), intervinientes, medicación administrada y resultados.

CONCLUSIONES

Nuestro proyecto propone la implantación de un plan de RCP intrahospitalaria, guiada por un comité RCP efectivo, con el fin de fortalecer la cadena de supervivencia, realizando un mapa de riesgo del hospital, formando de manera eficiente a los primeros intervinientes, creando un sistema de alerta ágil y seguro, estandarizando los protocolos de RCP y material disponible, así como estableciendo un sistema adecuado de registro, análisis de datos y auditoría mantenidos en el tiempo

99

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 81

PRIMER FIRMANTE

Fernando Ferreras
Nogales

AUTORES

Domingo Salas Gómez;
María Isabel López
Fernández;
Ervigio Corral Torres;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR PROTECCIÓN
CIVIL

SÍNDROME DE ALCAPA COMO CAUSA DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA

OBJETIVO

La parada cardiorrespiratoria (PCR) en adultos jóvenes constituye un desafío, especialmente desde el punto de vista del diagnóstico de sus posibles causas. Mostramos, a través de este caso, la necesidad de considerar las cardiopatías congénitas como origen de la PCR. La implantación de la arteria coronaria izquierda desde el tronco de la arteria pulmonar, también conocida como síndrome de Bland-White-Garland o ALCAPA (anomalous left coronary artery from the pulmonary artery) es la anomalía coronaria más frecuente, y, causante de la PCR de nuestra paciente.

METODOLOGÍA

Identificación de hallazgos electrocardiográficos sugestivos de isquemia aguda o crónica. Identificación en ecocardiografía de disquisias o dilatación de cavidades izquierdas. Exposición del caso. Revisión de la bibliografía.

RESULTADOS

Mujer de 31 años, sin antecedentes médicos de interés, que cae al suelo de forma súbita mientras camina. Se inicia la reanimación por el servicio de emergencias extrahospitalario, objetivándose fibrilación ventricular que responde tras la primera descarga, consiguiéndose la recuperación de la circulación espontánea (ROSC) en Fibrilación Auricular a 150 latidos por minuto con bloqueo de rama derecha y alteraciones de la repolarización. Tensión arterial sistólica tras RCE 85 mmHg. Mejoría del nivel de conciencia hasta Glasgow Coma Score 15, sin necesidad de soporte respiratorio ni inotrópico. Traslado a hospital terciario e ingreso en unidad coronaria. Fibrilación auricular que requiere cardioversión. Ecocardiograma de ingreso sin hallazgos relevantes. Resonancia Magnética sin alteraciones estructurales con función cardíaca conservada. Tomografía Axial Computarizada Coronaria diagnóstica de síndrome de ALCAPA. Cirugía exitosa a los 24 días de la PCR mediante doble bypass aorto-coronario con mamarias.

CONCLUSIONES

El síndrome de ALCAPA es una cardiopatía congénita infrecuente, si bien, su diagnóstico ha aumentado gracias al desarrollo de las técnicas de imagen cardíaca. En torno al 10-15% de los pacientes alcanzan la edad adulta sin diagnóstico habiendo permanecido asintomáticos o con síntomas inespecíficos, siendo muy alto el riesgo de sufrir muerte súbita, como en el caso presentado. Es fundamental considerar las cardiopatías congénitas en el diagnóstico diferencial de las causas de PCR en adolescentes y adultos jóvenes

100

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 82

PRIMER FIRMANTE
Ana María González Díaz

AUTORES
Matilde Juanes Toranzo;
Eihar Odriozola
Solabarrieta;

CENTROS DE TRABAJO
CS San Jorge

PUEDE ESPERAR, ¿O NO?

PROPÓSITO

El dolor torácico es un motivo de consulta frecuente y con un diagnóstico diferencial muy amplio. Además, según tipo de centro donde estemos, los medios que tendremos para evaluarlo cambian de forma significativa. Desde un hospital terciario con cardiólogo a golpe de teléfono, hasta un centro de salud rural con un aparato de ECG (electrocardiograma) enchufable. No obstante, ¿Qué es lo que nos debería hacer correr, en cualquiera de los escenarios?

METODOLOGÍA

Urgencias de un centro de salud, paciente con dolor torácico triado en la pantalla. Por motivos logísticos, en sala de espera, sin ECG realizado. El paciente entra caminando, con buen estado general. En su historia clínica ansiedad como diagnóstico reciente, y algún que otro factor de riesgo cardiovascular. Al realizar la anamnesis, cuenta que volviendo a casa andando, ha tenido que sentarse por un dolor torácico, no irradiado, sin cortejo vegetativo, que se relacionaba claramente con el esfuerzo. Ahora solo le queda ligera molestia. Rápidamente se realiza ECG, que observándose con detenimiento, y comparándolo con anteriores, muestra cambios en las T de derivaciones anteriores, que pasan de ser positivas a ligeramente negativas, sin

elevación del intervalo ST. No tenemos claro qué está pasando, pero por suerte tenemos un analizador de troponinas, que, tras unos 15 minutos, muestra unas troponinas ligeramente elevadas.

Se decide traslado en ambulancia al hospital.

RESULTADOS

Llegado a urgencias presenta molestia, pero sin claro dolor, y se nuevo ECG que muestra T negativas profundas, sin elevación del intervalo ST. Se decide realizar cateterismo de urgencia, con colocación de 3 stents. Diagnóstico: angina inestable de la arteria descendente anterior.

CONCLUSIONES

Existen síndromes poco frecuentes de angina inestable, que no producen elevación del intervalo ST, pero son candidatos a cateterismo urgente por su potencial conversión a oclusión completa de la arteria, en cuestión de tiempo. Por otra parte, me gustaría destacar la importancia de la anamnesis y la descripción del dolor como "red flag" y la importancia de descartar primero patología potencialmente mortal, sin perjudicar otro posible diagnóstico por antecedentes del paciente.

102

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 83

PRIMER FIRMANTE
Mercedes Artola Blanco

AUTORES
Elena Bustamante
Munguira; Esther
Portugal Rodríguez;
Amanda Francisco
Amador; María Ángeles
de Pedro Sánchez; Javier
Arnaiz Rodrigo;

CENTROS DE TRABAJO
HCUV

TALLERES DE SIMULACIÓN EN RCP BÁSICA Y AVANZADA PARA ENFERMERÍA COMO MEDIDA DE MEJORA TRAS SUCESO CENTINELA

PROPÓSITO

Las unidades de cuidados intensivos, son entornos complejos donde los eventos adversos son frecuentes. Todo ello, unido a la rotación de personal y emergencia de situaciones favorece las situaciones de estrés y descoordinación facilitando la aparición de EA.

OBJETIVOS

1. Implantar medidas de mejora al riesgo identificado "Deficiencias en la asistencia a la parada cardiorrespiratoria"
2. Estudiar mediante encuestas pre y post las necesidades formativas del personal y conocimientos en seguridad
3. Detectar nuevas medidas de mejora

METODOLOGÍA

En la UCI del HCUV se ha creado un equipo multidisciplinar que inicia su formación para implantar la acreditación por la norma UNE179003, Gestión del riesgo, dentro del análisis de riesgos y estudios de EA de este trimestre, se detecta un riesgo priorizado con un NPR superior a 150 que nos obliga a tratarlo que además ocasionó un suceso centinela.

RESULTADOS

Durante el mes de septiembre, se propone la realización de talleres de RCP, en los que se incluyen 13 enfermeras, de las cuales 84,61% personal de una UCI polivalente de 21 camas.

En los resultados de la encuesta precurso: El 92% han presenciado en el trabajo situaciones que han supuesto una amenaza.

76,9% consideran que, han mejorado las medidas en la seguridad de pacientes.

84,6% indican que existe cultura de seguridad en la unidad

92% existe falta de formación y desconocimiento en la realización de RCP de calidad en UCI

100% considera que podemos mejorar en la atención a RCP

Post - curso:

El 100% indica que la realización del curso ha contribuido a mejorar la capacidad de respuesta frente a PCR y que la formación en RCP es una pieza clave para ello.

CONCLUSIONES

- La formación es fundamental en nuestro ámbito, ya que ayuda a incrementar la seguridad del paciente.
- La simulación de situaciones críticas y emergentes ayuda a adquirir habilidades y destrezas con seguridad para el paciente.
- Existe la posibilidad de mejora con nuevos programas de aprendizaje y simulación.

103

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 84

PRIMER FIRMANTE
Laura Castrillo Cortecedo

AUTORES
Montserrat Rodríguez;
Ana Delgado Pascual ;
Elena Valdés Franci;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Clínico San Carlos

PARADA CARDIORESPIRATORIA TRAS INTOXICACIÓN POR HUMO DE INCENDIO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

PROPÓSITO

La intoxicación por humos, aunque poco frecuente, puede ser una patología letal. Analizando este caso clínico nos centraremos en las estrategias de manejo y las lecciones aprendidas para mejorar su atención.

METODOLOGÍA

Caso clínico en paciente con PCR tras intoxicación por humo.

RESULTADOS

Varón de 32 años, trabajador de un restaurante en el que se produce un incendio. Es encontrado por el servicio de bomberos en situación de PCR, quienes inician maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) básica. En pocos minutos se inicia Soporte Vital Avanzado (SVA) siendo el primer ritmo identificado asistolia. Tras la administración de 1 mg de adrenalina y aislamiento de la vía aérea recupera pulso. Se procede al traslado, previa administración de primera dosis de Hidroxicobalamina.

Recibimos el paciente en nuestro centro en situación de estabilidad hemodinámica, insuficiencia respiratoria hipoxémica y restos de hollín en fosas nasales y boca. La primera determinación de Carboxihemoglobina (COHb)

es del 36%. Se procede a la ventilación con Fio2 100%. Además, dada la permanencia de acidosis láctica en gasometría arterial se administra una segunda dosis de Hidroxicobalamina (5 gr).

Se realiza radiografía torácica objetivándose consolidaciones bilaterales difusas, concordantes con la presencia de restos de hollín en la totalidad del árbol bronquial que se observan y extraen mediante fibrobroncoscopia posteriormente.

Tras la administración de las medidas mencionadas además de fluidoterapia de soporte, broncodilatadores y glucocorticoides sistémicos, así como la ventilación con Fio2 durante 24h el paciente evoluciona favorablemente: mejoría oxigenatoria con Pafi > 200, reducción de hiperlactacidemia hasta cifras normales y COHb < 1%. Se procede a la extubación reglada tras 1 día de ingreso en UCI, manteniéndose estable y eupenico con gafas nasales convencionales. Es dado de alta sin secuelas tras 72h.

CONCLUSIONES

La detección e inicio precoz de las maniobras de RCP coordinadas entre los distintos servicios de emergencias extra e intrahospitalarias son cruciales para mejorar la supervivencia en casos de parada cardiorrespiratoria tras intoxicación por humo. La administración de hidroxicobalamina y la oxigenoterapia son medidas fundamentales que deben implementarse desde las fases iniciales con el fin de proporcionar la mejor atención integral y mejorar su pronóstico.

105
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 85

PRIMER FIRMANTE
Ángela Carballo Viñas

AUTORES
María Teresa Santiago
Puga

CENTROS DE TRABAJO
Fundación Pública
Urxencias Sanitarias de
Galicia-061

ECMO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO: UN RETO DEL PRESENTE

PROPÓSITO

La parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCR-EH) tras síndrome coronario agudo (SCA) sin recuperación de la circulación espontánea, es frecuente y tiene mal pronóstico. El uso de oxigenación de membrana extracorpórea veno-arterial (ECMO-VA) durante la reanimación cardiopulmonar (RCP), constituye una importante opción de tratamiento. Para ello, se proponen unos criterios de activación de ECMO: edad menor o igual a 65 años, PCR presenciada, primer ritmo desfibrilable, tiempo corto de llegada a hospital, y no contraindicaciones para RCP.

METODOLOGÍA

Mujer de 43 años dislipémica y exfumadora, sin tratamiento habitual. Avisa su marido al 061 por PCR presenciada por él a las 16:39h. Inicia RCP básica.

RESULTADOS

Llega soporte vital básico, continúa con RCP, objetivan ritmo desfibrilable y administran una descarga. A las 16:56h, soporte vital avanzado detecta fibrilación ventricular, administrando 3 descargas y 6 adrenalinás. Salida y entrada 3 veces, con recuperación de pulso y entrada en asistolia. A las 17:19h, 061 contacta con UCI, que acepta el caso, y la paciente ingresa a las 17:56h.

Durante la canulación de ECMO-VA, se objetivan 3 episodios de taquicardia ventricular sostenida pasando a ritmo de bradicardia sinusal extrema tras choque. Entrada en bomba a las 18:08h. Tras hallazgos de ecocardiografía, se indica coronariografía urgente, mostrando lesión en descendente anterior. Ante midriasis bilateral arreactiva se decide TAC craneal, que evidencia encefalopatía anóxica. La situación de fallo multiorgánico persiste, siendo exitus tras 19h desde la PCR.

CONCLUSIONES

A pesar del uso cada vez mayor de ECMO, aún no se ha investigado adecuadamente en ensayos clínicos aleatorios; su uso se ha guiado por la experiencia clínica, y se ha basado en datos de registros y estudios observacionales. Se recomienda buena coordinación entre el equipo multidisciplinar al considerar a los candidatos para ECMO, con el fin de mejorar tiempos y supervivencia. Actualmente, los pacientes que mejor pronóstico neurológico tienen para ECMO son PCR por SCA con elevación del segmento ST, y tromboembolismo pulmonar. Destacamos por ello la importancia de que los testigos que presencian PCR hagan RCP de calidad, siendo fundamental incidir en una buena formación a nivel población.

106

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 86

PRIMER FIRMANTE

María Remesal Domínguez

AUTORES

María de Loreto Gómez Martínez; Israel García Cuenca; Francisco Rodríguez Cabo; Luis Borja Morales Jaquete; Silvia Montero Caballero;

CENTROS DE TRABAJO

Centro de Salud Cabezuela del Valle

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila

Hospital Universitario del Henares, Coslada

ASISTOLIA TRAS CEMENTACIÓN PROTÉSICA

PROPÓSITO

El síndrome de implantación de cemento óseo (SICO) es causa de importante morbimortalidad. La embolización de material procedente de la cementación se identifica por hipotensión, hipoxia, desaturación, disnea y alteraciones de la conciencia, pudiendo causar asistolia y fallecimiento del paciente. Conocer esta complicación es fundamental para mejorar el pronóstico.

METODOLOGÍA

Mujer de 83 años programada para artroplastia parcial de cadera. Antecedentes: neoplasia de mama con metástasis pulmonares, neumonitis postradioterapia, fibrilación auricular (FA), hipertensión pulmonar, cardiopatía hipertensiva, diabetes mellitus II, insuficiencia renal y obesidad.

Se realiza anestesia raquídea con bupivacaina 0,5 % 10 mg. Sin incidencias durante la cirugía hasta la cementación, momento en el que inicia bradicardia, que no mejora con atropina y progresa a asistolia. Se intuba (sin detectarse CO₂ espirado en el registro capnográfico) y se inicia reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada con administración de adrenalina según protocolo. Tras dos minutos, la paciente sale en ritmo de FA a 115 lpm. Se termina la cirugía y se traslada a Reanimación donde entra en asistolia nuevamente, tras RCP sale

en fibrilación ventricular que precisó desfibrilación y administración de amiodarona, tras lo cual recupera pulso con ritmo de FA. Posteriormente se administra noradrenalina en perfusión para optimizar tensiones

RESULTADOS

La embolización ocurre debido al aumento de presión intramedular durante el cementado. El cemento es presurizado para mejorar la unión del fémur y la prótesis. Este cemento se expande aumentando la presión en el espacio y forzando el aire y el contenido medular a entrar en circulación.

Se describen otros mecanismos: liberación de mediadores como trombina, tromboplastina tisular, histamina y la activación del complemento.

La causa mecánica por cemento y los mediadores, provocan vasoconstricción pulmonar, pudiendo causar insuficiencia ventricular derecha.

CONCLUSIONES

Esta patología no es infrecuente y la morbimortalidad es elevada, fundamentalmente asociada a la edad y comorbilidad de los pacientes.

La hipoxia, hipotensión, pérdida de conciencia y el descenso de pCO₂ teleespirado en pacientes intubados, deben hacernos sospechar el cuadro.

El colapso cardiovascular en estos pacientes debe tratarse como fallo del ventrículo derecho.

La comprensión adecuada de este fenómeno, la monitorización y el diagnóstico precoz, mejora la supervivencia

108

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 87

PRIMER FIRMANTE
Isabel María Muñoz
Martínez

AUTORES
Rocío Segura Simón

CENTROS DE TRABAJO
Unidad de Gestión Clínica
de Cuevas de Almanzora;

Unidad de Gestión Clínica
de Vera;

ACCIDENTE DE MOTO CON FRACTURA ABIERTA DE TIBIA Y PERONÉ

PROPÓSITO

Ante un paciente politraumatizado, la valoración sistemática, la correcta activación y comunicación de los equipos asistenciales pertinentes supone la resolución de la situación clínica acontecida.

METODOLOGÍA

Paciente de 31 años que sufre un accidente de moto tras salirse en una curva e impactar contra el quitamiedos.

Primera intervención con equipo EMCA. El paciente se encontraba en PLS. Se procede a valoración sistemática (XABCDE); se activa Código Trauma Grave (CTG).

Valoración primaria:

- X: No hemorragia exanguinante
- A: Vía aérea permeable
- B: Taquipnea
- C: Fractura (Fx) abierta de tibia y peroné con bota de moto (BM) de 1250 g.
- D: Glasgow 11 puntos.
- E: Equipación de moto con mochila y chaqueta completa.

Valoración secundaria:

Se retira mochila y se detecta Fx abierta de tibia y peroné por encima de BM en MMII derecho, presentando riesgo de amputación. Se realiza inmovilización cervical con collarín,

tabla espinal y colchón de vacío; colocando vendaje y férula de vacío en MMII, previa colocación de colchón de vacío.

Score Trauma 11 puntos y EVA 8 puntos. Se canalizan dos VVP - 18G, además de extracción de muestra sanguínea y pruebas cruzadas. Se administra medicación pautada por facultativo según CTG y, tras relevo ISOBAR, se traslada a centro útil con equipo SUAP.

RESULTADOS

1. Inmovilización de la Fx abierta con en el fin de no amputar MMII derecho durante el traslado.
2. Control de constantes y EVA.
3. Traslado a centro útil.

CONCLUSIONES

Tras valoración XABCDE, activación de CTG y relevo ISOBAR entre EMCA y SUAP, se procede a traslado a centro útil de paciente hemodinámicamente estable con Fx abierta en MMII y sospecha de lesiones subyacentes a descartar con pruebas complementarias pertinentes.

109

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 88

PRIMER FIRMANTE
Rocío Segura Simón

AUTORES
Isabel María Muñoz
Martínez

CENTROS DE TRABAJO
UGC VERA - SAS;

UGC CUEVAS DEL
ALMANZORA;

CANALIZACIÓN DE VÍA INTRAÓSEA EN CASO CLÍNICO POR INTENTO AUTOLÍTICO

PROPÓSITO

La vía intraósea (IO) es otro de los accesos vasculares empleados en los pacientes críticos, sobre todo en medio extrahospitalario; siendo una vía de acceso fácil y efectiva.

METODOLOGÍA

Paciente de 45 años, drogodependiente por vía parenteral, que consume cantidad desconocida de metadona de familiar conviviente; con intención de intento autolítico, verbalizado previamente al familiar.

Tras llamada de alerta de familiar e imposibilidad de acceso a vivienda, se activa a equipo SUAP, Bomberos y Cuerpos de Seguridad.

La paciente se encontraba en posición fowler en el dormitorio. Se procede a valoración sistemática (ABCDE) y se realiza extracción de domicilio con silla de evacuación.

Valoración primaria:

- A: Vía aérea permeable.
- B: Bradipnea.
- C: Presencia de pulso radial.
- D: Glasgow 3 puntos.
- E: Cianosis periférica - peribucal y manos.

Valoración secundaria:

Tras extracción de domicilio, paciente inconsciente con imposibilidad de canalización de vía venosa periférica (VVP) en dos ocasiones,

se procede a colocación de vía IO en húmero izquierdo con dispositivo BIG. Se mantiene permeabilidad de vía aérea mediante cánula orofaríngea; y se administra medicación pertinente, previa prescripción facultativa. Durante traslado a centro útil, recuperación de nivel de consciencia.

RESULTADOS

1. Vigilancia de signos vitales y recuperación de nivel de consciencia.
2. Colocación de vía IO, tras dos intentos fallidos de canalización de VVP.
3. Traslado a centro útil.

CONCLUSIONES

Tras valoración integral y extracción de domicilio con Bomberos y Guardia Civil, se traslada a centro útil, precisando vía IO por acceso VVP nulo debido al estado clínico de emergencia.

110
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 89

PRIMER FIRMANTE
Javier Nieto García

AUTORES
Ana Delgado Pascual;
Patricia Valiente Raya;
Sara De Miguel;
María Bringas Bollada;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Clínico San Carlos

SINDROME DE IMPLANTACIÓN DE CEMENTO ÓSEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

PROPÓSITO

El síndrome de implantación de cemento óseo (SICO) es una causa importante de morbilidad y mortalidad en pacientes sometidos a cirugía traumatológica para sustitución articular protésica percutánea de alta prevalencia e infradiagnóstico.

Su origen procede de la embolización de material cementado y la fisiopatología que produce en el paciente se caracteriza por hipertensión pulmonar, fracaso del ventrículo derecho, hipotensión arterial e hipoxia pudiendo desencadenar en cuadros más graves produciendo incluso la parada cardiorrespiratoria del paciente (PCR).

METODOLOGÍA

Presentamos un caso clínico en relación con la patología anteriormente mencionada en el seno de la actividad asistencial de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

RESULTADOS

Se trata de un varón de 77 años con antecedentes de alto riesgo cardiovascular y obesidad que se interviene de manera programada para la realización de artrodesis percutánea de vértebras torácicas y lumbares sin incidencias desde el punto de vista quirúrgico. El paciente pasa a la unidad de reanimación post-anestésica en la cual el paciente empie-

za con hipotensión arterial para el cual es preciso iniciar soporte vasoactivo e hipoxemia, instaurando terapia con alto flujo. El paciente además presenta datos de hipoperfusión a la exploración física y analíticas, decidiéndose el ingreso en la UCI.

Durante el estudio de la causa subyacente del cuadro del paciente se realizan diversas pruebas complementarias en la que se objetiva dilatación ventricular derecha con disfunción leve por ecocardiograma transtorácico y radiografía de tórax en la que se muestra sustancia hiperdensa a nivel de la vasculatura pulmonar compatible con embolismos de cemento óseo.

Dados los hallazgos de mantiene el soporte hemodinámico y respiratorio con gafas nasales de alto flujo pudiendo ser retirado en las primeras 48 horas de ingreso y también se inició perfusión de heparina sódica no fraccionada para eliminar el efecto trombogénico peri-embólico.

El paciente presentó posteriormente buena evolución resolviéndose parcialmente la disfunción ventricular y siendo dado de alta a planta de hospitalización convencional.

CONCLUSIONES

El SICO es una patología muy prevalente que en la mayor parte de los casos no genera disfunción orgánica y se diagnostica de manera incidental, pero puede ser causa de fracaso multiorgánico y parada cardiorrespiratoria, cuya detección precoz y tratamiento debe instaurarse ante la sospecha de dicho síndrome.

111

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 90

PRIMER FIRMANTE
Noelia López Velázquez

AUTORES
María Eugenia González;
Naiara Reverter Velasco;

CENTROS DE TRABAJO
Gerencia de Atención
Primaria;

Hospital Virgen de la
Concha;

Hospital Clínico de
Valladolid;

LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA EN LA INTOXICACIÓN POR LITIO COMO URGENCIA NEUROLÓGICA.

INTRODUCCIÓN

El litio es un tratamiento eficaz para el trastorno bipolar, con un margen terapéutico estrecho, por ello es importante su monitorización, debido a que puede causar gran morbilidad y mortalidad.

OBJETIVO

Identificar el cuadro clínico y los cuidados de enfermería ante una intoxicación por litio.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos (PubMed, Dialnet, Google académico y Biblioteca Virtual de Salud) publicados en los últimos 10 años desde julio a octubre del 2023 y se incluyeron aquellos artículos publicados en español e inglés. Palabras clave: intoxicación aguda, litio, urgencias y cuidados de enfermería.

RESULTADOS

El litio es el tratamiento de elección en el trastorno bipolar tanto en fase aguda como en la prevención de recaídas. Sin embargo, puede ser potencialmente letal en caso de sobredosis. El cuadro clínico dependerá de la concentración sérica de litio:

- Intoxicación leve-moderada: síntomas digestivos (náuseas, vómitos, diarrea), letargo, confusión y taquicardia.

- Intoxicación grave: síntomas neurológicos (convulsiones, coma), alteraciones electrocardiográficas (descenso de ST y T negativas, QT largo), insuficiencia renal, hipotermia o hipertermia, incluso muerte.

En algunas ocasiones quedan secuelas neurológicas como: alteraciones cerebrales, síndrome extrapiramidal, disfunción del tallo cerebral y demencia.

Los factores predisponentes son: enfermedad renal, deshidratación e hiponatremia, uso de diuréticos, dietas hiposódicas, edad avanzada, embarazo e hipovolemia.

El tratamiento y los cuidados de enfermería dependerán de la gravedad de los signos y síntomas.

- Actuación inicial: Evaluación ABCDE, monitorización hemodinámica, sueroterapia y oxigenoterapia si precisa.
- Lavado gástrico en intoxicación leve-moderada.
- Corrección hidroelectrolítica.
- Hemodiálisis en sintomatología grave.
- Reevaluación hemodinámica, neurológica y de los niveles de litio cada 2-3h.

CONCLUSIONES

La intoxicación por litio es un evento adverso grave, pero es prevenible. La mayoría de las intoxicaciones reciben su primera atención en el servicio de urgencias, donde la enfermera desempeña un papel imprescindible en la evaluación, tratamiento y seguimiento.

112

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 91

PRIMER FIRMANTE
Mónica García Ruiz

AUTORES
Sara Martínez Arribas;
Susana Modrón Romero;
Luis Moreno Peláez; José
Miguel Pleguezuelos
Cárdenas; María Ángeles
Sanz Barbadillo;

CENTROS DE TRABAJO
Cruz Roja

OBJETIVO RCP / COMPITE RCP

INTRODUCCIÓN

La incidencia anual de parada cardiorespiratoria (PCR) extrahospitalaria en Europa es de 67 a 170 cada 100.000 habitantes. La tasa de reanimación cardiopulmonar (RCP) realizada por testigos presenciales varía entre países (13 y el 83%).

A lo largo del 2019 hemos llevado a cabo un proyecto de formación en materia de RCP básica con maniquís de entrenamiento y difusión del proyecto ARIADNA en Burgos, se impartieron talleres gratuitos de 2 horas dirigidos a la población general, en dos modalidades, "OBJETIVO RCP BURGOS" (población general) y "COMPITE POR UNA RCP DE CALIDAD" (equipos: entidades y empresas).

Las guías del 2021 del European Resuscitation Council insisten en la sensibilización a la población en RCP y desfibrilación, entrenando a tantos ciudadanos como sea posible.

OBJETIVO

- Determinar el nivel de participación y satisfacción del proyecto OBJETIVO RCP/COMPITE POR UNA RCP DE CALIDAD.
- Analizar los errores más comunes observados durante las prácticas de la formación en RCP básica para establecer acciones correctivas.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo cuantitativo y cualitativo.

RESULTADOS

En 2019 se impartieron 31 talleres de OBJETIVO RCP, 427 asistentes. En el caso del COMPITE POR UNA RCP DE CALIDAD participaron 23 equipos, 305 asistentes. El grado de satisfacción fue de 4,83 y 4,80 puntos sobre 5, respectivamente.

Se valoró positivamente la importancia del tema.

Se demandaron conocimientos en obstrucción de vía aérea, manejo del desfibrilador semiautomático y RCP desde la infancia. Los errores más comunes observados durante las prácticas son el olvido a la hora de avisar a los servicios de emergencia, la no valoración de la respiración para determinar la PCR, la no apertura de la vía aérea y/o técnica de la misma mal ejecutada, la mala coordinación... Y como puntos fuertes a destacar está la adecuada profundidad de las compresiones y el ritmo.

CONCLUSIONES

Las formaciones básicas cortas sobre PCR y RCP son bien recibidas por parte de la población y son útiles para aumentar la tasa de inicio de maniobras por el primer interviniente.

Durante las prácticas de formación se han observado puntos débiles que permiten desarrollar estrategias de mejora para próximas formaciones.

113

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 92

PRIMER FIRMANTE
Victoria Cantó Blázquez

AUTORES
Lorena Pérez Martos;
Antonia Urbano López;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR PC

PCR QUE HABLA?

PROPÓSITO

Incidir en la importancia de los eslabones iniciales de la cadena de supervivencia.

METODOLOGÍA

Descriptivo.

RESULTADOS

Varón 51 años, sin antecedentes, solicita asistencia en vía pública por dolor centrotorácico opresivo no irradiado de 15 minutos iniciado en reposo en domicilio. A nuestra llegada en sedestación, consciente, poca iluminación para valoración de aspecto, eupneico. Manifiesta que se encuentra cada vez peor, inclinándose hacia delante en el suelo cayendo a los pocos segundos, sin respuesta a estímulos.

Tras colocarlo en supino se detecta situación de Parada cardiorrespiratoria (PCR) iniciando compresiones torácicas hasta colocación de parches, objetivando ritmo compatible con Fibrilación Ventricular (FV) procediendo a administrar una descarga de 200J y reanudación de compresiones, siendo interrumpidas en segundos por recuperación del nivel de conciencia. El paciente asustado cree que se ha mareado y de forma brusca tras 1 minuto disminuye nuevamente el nivel de conciencia coincidiendo en la monitorización con entra-

da en FV. Se administra segunda descarga y antes de poder reanudar las compresiones el paciente recupera la conciencia; pregunta qué le pasa. Durante los siguientes 4 minutos se completa anamnesis y informándole de lo ocurrido, cayendo nivel de conciencia y entrando en ritmos de desfibrilables que requirieron 5 descargas más no sucesivas; sólo en una ocasión se completaron los 2 minutos de compresiones puesto que tras cada descarga e inicio de éstas, eran suspendidas por movimientos de brazos del paciente y GCS 15.

Tras administración de Amiodarona se consigue estabilidad clínica, hemodinámica y eléctrica sin necesidad de vasoactivos ni de aislamiento de vía aérea; electrocardiograma sin datos claros de isquemia, contractilidad conservada en ecocardiografía. La etiología de la PCR fue el vasoespasmo coronario y requirió implante de DAI por episodio de arritmia ventricular mal tolerada.

CONCLUSIONES

Importancia capital de la identificación precoz de la PCR e inicio inmediato tanto de compresiones torácicas como de monitorización para identificación de ritmos subsidiarios de desfibrilación, que en este caso permitió alcanzar de forma muy temprana unas presiones de perfusión coronaria y cerebral óptimas con recuperación de la PCR y del nivel de conciencia entre episodios.

114

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 93

PRIMER FIRMANTE
Lucía Vázquez Cancela

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario
Lucus Augusti

RCP EN COLEGIOS: EDUCANDO PARA SALVAR VIDAS

INTRODUCCIÓN

La formación continuada en soporte Vital y colocación del DESA de manera temprana es un elemento fundamental para disminuir la mortalidad por parada cardíaca.

Existe la evidencia de que puede disminuirse la mortalidad y las secuelas que originan las PCR si se mejora la respuesta asistencial, acortando los tiempos en el inicio de la asistencia mediante la optimización de la "cadena de supervivencia".

OBJETIVOS

El principal objetivo es la concienciación y aprendizaje de la RCP básica desde edades tempranas, así como protocolos de actuación en caso de urgencias y la correcta llamada al servicio de emergencias 112, además de poder transmitir en su entorno los conocimientos adquiridos.

METODOLOGÍA

Esta intervención educativa se realizó en un grupo de escolares de 5º y 6º curso de Educación Primaria (N=13 alumnos), con edades comprendidas entre los 10 y 11 años, de un colegio público de Begonte (Lugo).

Se realizó una reunión previa con el equipo directivo, para valorar los aspectos necesarios para ejecutar el taller educativo como: horario, líneas de abordaje, contenidos.

Para la valoración del alumnado se hizo uso de dos cuestionarios en formato papel. El primer cuestionario consta de 5 respuestas con respuesta de nada a mucho con escala visual analógica. El segundo cuestionario estaba orientado a conocer el nivel de conocimiento del alumnado, para ello se desarrolló un cuestionario tipo test de 6 preguntas con una única respuesta correcta.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos son positivos ya que se logra aumentar los conocimientos y las habilidades del alumnado. Se consigue que el 90% del grupo aprendiera la valoración ABC para determinar una situación de riesgo vital y realizase una RCP básica de calidad.

CONCLUSIONES

Los niños apenas tienen conocimientos antes de haber dado el taller ya que se les permite expresar experiencias vividas antes del comienzo.

La evaluación tras el taller ha sido muy positiva, sabiendo realizar las maniobras de RCP, manejo del DESA; maniobra de Heimlich; posición lateral de seguridad.

Los profesores están de acuerdo en que la enseñanza temprana en conceptos es esencial para la educación de los niños.

¿ES LA LUMBALGIA UNA PATOLOGÍA BANAL SIEMPRE?

117
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 94

PRIMER FIRMANTE
Marina De la Torre Trilo

AUTORES
Lydia Garcia Rodriguez;
Purificacion Jimenez
Jaen; Gabriela Tanoira
Carballo;

CENTROS DE TRABAJO
SUAP Torre del Mar;

Consultorio local de
Burujón;

PROPÓSITO

Enfatizar la importancia de la información que recaba el centro de coordinación para decidir la prioridad de la asistencia en patología potencialmente mortal.

METODOLOGÍA

Se presenta un caso clínico de aviso a urgencias con prioridad leve por lumbalgia siendo el desenlace en las horas siguientes el fallecimiento del paciente.

RESULTADOS

Paciente de 78 años que solicita asistencia al 112 (09:35h) por presentar dolor lumbar intenso de 1h de evolución que le despierta, con presíncope asociado que le hace volver a la cama. No cede dolor pese a analgesia oral. En los antecedentes destaca: Infarto agudo de miocardio resvascularizado con stent en 2021, miocardiopatía dilatada de origen isquémico y enfermedad coronaria severa de 3 vasos. A la llegada del equipo de urgencias (10:15h), el paciente presenta mal estado general, palidez cutánea, diaforesis, tensión arterial 100/58, frecuencia cardiaca 82lpm, saturación de oxígeno 95%. Al descubrir el pecho del paciente para realización de electrocardiograma (ECG) se observa masa abdominal pulsátil. En la exploración los pulsos eran débiles y la auscultación cardíaca rít-

mica. El ECG (10:21h) muestra ritmo sinusal a 78lpm, con elevación de ST de V1-V5. Se decide traslado al hospital durante el cual el paciente presenta claro empeoramiento hasta terminar en situación de parada cardiorrespiratoria (10:50h) con monitor objetivando actividad eléctrica sin pulso. Se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzadas sin éxito, confirmándose fallecimiento en ambulancia a las 11:40h. En autopsia posterior se confirma como causa del éxitus rotura de aneurisma de aorta abdominal.

CONCLUSIONES

En todo paciente mayor de 65 años, con antecedentes de factores de riesgo cardiovascular que consulte por dolor lumbar, considerar sospecha de patología aórtica e indicar prioridad 1 hasta haberla descartado.

118
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 95

PRIMER FIRMANTE
Marina De la Torre Trilo

AUTORES
Lydia Garcia Rodriguez;
Purificacion Jimenez Jaen;
Gabriela Tanoira Carballo;
Jose María Galván Pinos;

CENTROS DE TRABAJO
SUAP Torre del Mar;

Consultorio local de
Burujión;

HALLAZGO INESPERADO EXTRACRANEAL EN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE)

PROPÓSITO

Destacar la importancia de la realización de un estudio completo y sistemático en todo TCE.

METODOLOGÍA

Se presenta un caso clínico de accidente de tráfico con TCE y afectación relevante e inesperada de otros órganos.

RESULTADOS

Alertan de centro coordinador por paciente femenina de 43 años que sufre accidente de tránsito en motocicleta por carretera comarcal sin poder especificar más datos. Entre los antecedentes destacan en su historia clínica: Fumadora, obesidad y toma de anticonceptivos orales. A la llegada del equipo médico encontramos a la paciente con bajo nivel de conciencia en la cuneta con casco de cara abierta retirado por ella misma minutos previos según testigos, que evidencia traumatismo facial grave sin signos de hemorragia exanguinante visible. A la exploración se objetiva vía aérea permeable con frecuencia respiratoria enlentecida, tórax estable, sin hematomas ni crepitación a la palpación del mismo, con buena entrada de aire bilateral, pulso radial vigoroso, relleno capilar de 2 segundos, abdomen blando y depresible, Glasgow 7 (ocular 1, verbal 2, motor 4), pupila iz-

quierda midriática arreactiva, pupila derecha no valorable, con edema marcado de órbita y cigomático derecho, equimosis periorbitaria bilateral y salida de secreción transparente y acuosa por la nariz. No se evidencia otras fracturas en extremidades. Columna no valorable. Se procede a Inmovilización completa con collarín cervical y colchón de vacío. Durante el trayecto se decide aislamiento de vía aérea con sedoanalgesia previa y conexión a ventilación mecánica invasiva. A su llegada al hospital el BodyTAC muestra fractura de base de cráneo con fractura de órbita y hueso malar derecho. Además, en el estudio del abdomen se aprecian signos de diverticulitis perforada, así como aumento de parámetros de inflamación en analítica y detectándose la presencia de cocaína en examen de tóxicos en orina.

CONCLUSIONES

Importancia de realizar una minuciosa secuencia XABCD durante la evaluación primaria y secundaria de un paciente politraumatizado pese a tener un evidente foco de inestabilidad, así como tener en consideración las posibles causas del traumatismo.

120
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 96

PRIMER FIRMANTE

Natalia Vanesa Gonzalez
Puebla

AUTORES

Beatriz Rodriguez
Esplandiú; Alberto
Hernandez Tejedor; Isabel
Vazquez García; Jose M^a G^a
de Buen; Alberto Chozas
Serrano;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

TROPONINA ULTRASENSIBLE, QUE APORTA EN EL MANEJO DEL CÓDIGO INFARTO EN MEDICINA EXTRAHOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

La interpretación de una paciente con dolor torácico o síntomas relacionados con eventos isquémicos coronarios a priori puede parecer sencillo. Más aún en aquellos pacientes con un electrocardiograma con elevación del segmento ST. No obstante, existen casos dudosos, que no cumplen criterios estrictos diagnósticos y suponen un reto diagnóstico en medicina extrahospitalaria. Hay ocasiones en que la clínica del paciente y/o el electrocardiograma no son concluyentes, por lo que puede resultar beneficioso utilizar un método diagnóstico de apoyo para confirmar nuestra sospecha clínica. Siendo de especial de interés las pruebas complementarias objetivas que permitan realizar una detección precoz de los pacientes subsidiarios de atención temprana en el servicio de hemodinamia para disminuir el tiempo de isquemia miocárdica.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Se extraen datos tanto de informes clínicos como de la base de preavisos.

RESULTADOS

Muestra de 69 pacientes con clínica compatible con cardiopatía isquémica y electrocardiograma con elevación de ST a los que se realiza determinación de hs-Tnl.

En nuestra muestra la edad media fue $61,12 \pm 17,02$ años. 23,5% mujeres. Se confirmó lesión coronaria como origen del cuadro en el 61,76% de los pacientes (42)

El 41,17% (28) de los pacientes tuvieron valor de troponina positivo y de estos el 10% (4) no tenía lesión coronaria correspondiendo la elevación de hs-Tnl a Insuficiencia cardíaca, TakoTsubo, TEP y ejercicio extremo.

El 58,82% (40) de los pacientes tuvieron un resultado de troponinas negativo y de estos casi la mitad (19) tuvieron enfermedad coronaria.

Comparamos las cifras de troponina en los grupos con y sin lesión coronaria: hs-Tnl media en pacientes con lesión coronaria-1) 196(DE 401,08) vs 20,49(DE 33,38) ng/l en los que no tuvieron IAM ($p = 0,016$) siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Los datos de sensibilidad y especificidad de la prueba son S: 45,2%. E: 80,8%.

Utilizando el punto de corte de 23 ng/l, el VPP es 82,1% y el VPN es 52,2%.

CONCLUSIONES

La especificidad de la prueba permite concluir diagnóstico de SCA en aquellos casos dudosos con valores positivos siendo su fiabilidad adecuada para aplicarla en medicina extrahospitalaria

Será necesario valorar que ocurre en los casos con tiempos más cortos de evolución en estudios posteriores.

122

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 97

PRIMER FIRMANTE
Sarai Corredera Blanco

AUTORES
Milena Antúnez
Ballesteros; Corazón
Valda Calle; Miriam
Blanco Sáez; Ana Isabel
Crespo Martínez; María
Josefa Custodio García;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital de Salamanca

“LAS SARDINAS LE ROMPIERON EL CORAZÓN”: A PROPÓSITO DE CASO CLÍNICO DE PACIENTE QUE SUFRE PARADA CARDIORRESPIRATORIA Y RECUPERA PULSO TRAS ROTURA VENTRICULAR, CON REALIZACIÓN DE PRIMERA ESTERNOTOMÍA MEDIA PRACTICADA EN LA SALA DE REANIMACIÓN DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE SALAMANCA.

PROPÓSITO

Valorar la coordinación entre Emergencias y el Centro Coordinador de Urgencias (CCU) de Castilla y León, y de los servicios de Urgencias, Cardiología y Cirugía Cardíaca del Hospital de Salamanca, ante caso clínico de parada cardiorrespiratoria (PCR) recuperada, con diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) posterior, con derrame pericárdico hemático y rotura de pared del ventrículo izquierdo

METODOLOGÍA

Acude paciente de 69 años y sin antecedentes patológicos de interés, traída por ambulancia básica, que ha sufrido PCR una vez que subió por su propio pie a la ambulancia con síntomas de indigestión y vómitos, refiriendo que le habían sentado mal las sardinas de la cena.

Los propios técnicos inician soporte vital básico (SVB) y se continúa con soporte vital avanzado (SVA) en las Urgencias hospitalarias. Se monitoriza, con tira de ritmo de actividad eléctrica sin pulso. Se sigue protocolo de ritmo no desfibrilable, y tras catorce adrenalinadas, recupera pulso. Se realiza interconsulta con Cardiología. En ecocardiograma, se objetiva derrame pericárdico sin taponamiento cardíaco, y disminución global de la contractilidad. Se realiza punción pericárdica, con

extracción de líquido hemático. Ante elevada probabilidad de rotura de pared cardíaca por IAM posterior visualizado en electrocardiograma, se interconsulta con Cirugía Cardíaca, los cuales acuden de urgencia y realizan esternotomía media en el box de urgencias, donde se objetiva rotura cardíaca. Realizan sutura con puntos apoyados con Piedget y packing hasta traslado a quirófano, manteniendo pulso y hemodinámicamente con tendencia a hipotensión arterial.

RESULTADOS

Una vez trasladada a quirófano se inestabiliza, presenta choque hipovolémico debido a sangrado masivo por nueva zona de rotura cardíaca, que no es posible reparar. La paciente finalmente fallece.

CONCLUSIONES

Ante una PCR recuperada, y alta probabilidad de rotura cardíaca, se comprueba la correcta y rápida coordinación entre varias especialidades intrahospitalarias para la realización de toracotomía abierta ante la presencia de condiciones favorables e indicadas de realización de la misma, así como adecuada coordinación realizada desde el CCU previo a su llegada para una atención inmediata, intentando la supervivencia del paciente como primer objetivo.

123

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 98

PRIMER FIRMANTE
Álvaro Arribas Cerezo

AUTORES
Marta Paleo Agustín;
Valvanera Cordón
Hurtado; Idoya Adanero
Calvo; Jose antonio Zuazo
Moral; Diego Saranova de
Marcos;

CENTROS DE TRABAJO
061 La Rioja

CUANDO TRES PACIENTES YA SE PUEDEN CONSIDERAR INCIDENTE DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS (IMV)

INTRODUCCIÓN

La asistencia a múltiples víctimas es la atención sanitaria prestada en situaciones en las que se produce un número de víctimas tal, que resulta necesaria la actuación según planes específicos, pues los heridos y las lesiones producidas o previsibles pueden superar la capacidad de respuesta de los recursos ordinarios de emergencias sanitarias.

CASO CLÍNICO

Nos avisan por tres trabajadores que mientras estaban reparando un montacargas, se desfonda el suelo del mismo, sufriendo una caída de unos 10 metros. Iban los tres sin casco ni protecciones, únicamente botas de seguridad.

El acceso al montacargas se encuentra en la parte trasera del almacén de un supermercado con un acceso angosto por el tamaño del almacén y los palés apilados a ambos lados. Los bomberos me informan de que la zona es segura y la electricidad está cortada. A nuestra llegada ninguno de los pacientes puede moverse por incapacidades de distinta índole, aunque todos ellos permanecen conscientes.

Dado que ya se encuentran en el lugar bomberos y policía local, procedo a gestionar el suceso como un IMV, por lo que me dedico a

gestionar las intervenciones y organizar a los equipos para la evacuación de los pacientes incidiendo en una estricta y correcta inmovilización y movilización de los mismos.

A medida que los pacientes van siendo extraídos procedo a una anamnesis y exploración física dirigidas.

Tras ser atendidos en este primer momento en el almacén del supermercado, realizo una exploración más extensa e indico trasladarlos a las ambulancias que designo según requerimientos para el traslado (hospital de referencia con tomografía computerizada operativa a 30 min).

Finalmente, tras estabilizar a los pacientes, dado que sus lesiones no impresionan de gravedad aparente y no hay sospecha de necesidad quirúrgica urgente, decido trasladarlos conjuntamente a hospital de referencia en convoy.

CONCLUSIONES

Dada la escasa experiencia en IMV de la mayoría de los sistemas de emergencias de nuestro país, las vivencias que se acumulen con el paso de los años nos obligarán a replantearnos algunas de las ideas actualmente vigentes, motivo por el cual las guías para IMV están siempre abiertas a revisiones y actualizaciones periódicas.

124

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 99

PRIMER FIRMANTE
Itsaso Sexmilo Ayarra

AUTORES
Miguel Zaragüeta Olave;
Carmen Zárate Oñate;
Leire Loyola Sergio;
Mashhour Abdulla Abdulla;
Luís Gómez Ortigosa;

CENTROS DE TRABAJO
SUE Tafalla

CS Noain

SALVAR UNA VIDA TIENE PRECIO, VEAMOS CUÁNTO

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) consiste en el cese brusco e inesperado de la circulación y respiración espontáneas. El conjunto de medidas aplicadas a revertirla se denomina reanimación cardiopulmonar (RCP). El inicio temprano de estas maniobras aumenta las posibilidades de supervivencia. Dado que muchas de las PCRs suceden en el ámbito extrahospitalario, la RCP avanzada es realizada por equipos de emergencia extrahospitalaria. A raíz de un gesto de agradecimiento de un paciente reanimado, nos preguntamos si supone un gran gasto de recursos económicos.

OBJETIVOS

Calcular el gasto económico de reanimación cardiopulmonar de la PCR atendida en la urgencia extrahospitalaria (RCP avanzada y cuidados post-reanimación).

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo.

Periodo de estudio: recogida de datos de las PCRs atendidas de julio a septiembre de 2023 de una zona semi-rural localizada a más de media hora por carretera del hospital terciario más cercano.

Se ha elaborado una tabla en Excel con el material habitualmente utilizado en una PCR y

con el precio de cada unidad, cumplimentándola tras cada PCR. También se ha contabilizado el precio del recurso humano.

RESULTADOS

En el periodo analizado se han registrado siete PCRs. El gasto medio de una PCR es 1351,50€, de los cuales 152€ corresponden a material y 1199,42€ a recursos humanos (SVA, SVB, bomberos). El material más caro son los parches de desfibrilación (60€) y el kit de aguja intraósea (138,84€). Hay diferencias entre el material pediátrico y de adulto, siendo el material pediátrico más caro. Ninguna medicación supera los 3€. Hay materiales que no hemos podido cuantificar (ejemplos: oxígeno, venda de atar tubo endotraqueal).

CONCLUSIONES

En general el coste calculado es menor de lo esperado, siendo lo más caro los recursos humanos. Cabe resaltar que en ninguna ocasión se ha utilizado helicóptero a pesar de ser una zona alejada del hospital terciario correspondiente. Como limitación es un estudio realizado durante tres meses en una zona de baja densidad de población. Sin embargo, nos permite realizar una estimación que puede ser punto de partida para realizar un estudio de mayor envergadura. En cualquier caso, salvar una vida no tiene precio.

125
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 100

PRIMER FIRMANTE
Álvaro Arribas Cerezo

AUTORES
Pilar Fernández Pérez;
Franciso Panadero
Riesco; Raquel López
Poza; Clara Gran Tijada;
Daniel Zulet Murillo;

CENTROS DE TRABAJO
061 La Rioja

TRASLADO PRIMARIO DE ACCIDENTE LABORAL A OTRA COMUNIDAD EN HELICÓPTERO DE EMERGENCIAS SANITARIAS (HEMS)

INTRODUCCIÓN

Encontrar un traumatismo craneoencefálico (TCE) grave aislado es improbable, por lo que interesa evaluar las posibles lesiones asociadas dada la estrecha relación que guardan con el daño cerebral secundario.

CASO CLÍNICO

Varón de 39 años sin antecedentes personales de interés. Estando trabajando, una puerta hidráulica le ha atrapado y aplastado la cabeza, pero consiguiendo él mismo sacarla antes de que se cerrara del todo. Le trasladan desde el lugar del suceso hasta el punto de atención continuada (PAC) más cercano, a unos 5 min, en vehículo particular.

Según refiere equipo del PAC ha llegado sudoroso, pálido y con tensión arterial (TA) de 80/60, pero que tras administración de suero fisiológico 0,9% mejora aspecto y TA. A nuestra llegada se encuentra en la camilla. Tranquilo. Refiere dolor en región cervical. Porta collarín cervical.

Aceptable estado general. Buena coloración de piel y mucosas. Buen estado de hidratación. GCS 15 con marcada tendencia al sueño. Herida en cuero cabelludo sobre el contorno del pabellón auditivo derecho que impresiona de lesión por cizalladura. No otras lesiones

aparentes en piel de cara, cuello o cuero cabelludo. Pupilas isocóricas y normorreactivas. No nistagmo. Fuerza y sensibilidad conservada en todas las extremidades sin deformidades ni dolor a la palpación sistemática de las mismas.

A pesar de presentar lo que en teoría es un TCE leve (GCS mayor o igual a 13), el mecanismo de lesión y lo relatado por el primer equipo que le ha atendido nos hace plantearlo como un TCE puro grave. Por ello solicitamos y, tras aceptación, realizamos traslado primario en HEMS a centro útil de otra comunidad autónoma con servicio de Neurocirugía.

En tomografía computerizada craneal se aprecia: fractura de base de cráneo con hemisinus esfenoidal y neumoencéfalo, fractura a nivel de apófisis espinosa izquierda C4 y disección de arteria vertebral derecha.

CONCLUSIONES

Existen muchas variables que determinan el pronóstico del TCE grave: el mecanismo de lesión, la edad del paciente, el estado de las pupilas, la puntuación en la GCS tras realizar las maniobras de reanimación y el tipo de lesión mostrada por la neuroimagen.

126
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 101

PRIMER FIRMANTE
Beatriz Rodríguez
Esplandiú

AUTORES
M^a. Isabel Vázquez
García; Alberto
Hernández Tejedor;
Natalia Vanesa González
Puebla; Alberto Chozas
Serrano; Jose María
García de Buen;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

TROPONINA ULTRASENSIBLE Y LESIÓN EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST.

INTRODUCCIÓN

Es de sobra conocido que el SCASEST supone un desafío en su diagnóstico y por tanto también en su manejo adecuado. De los tres pilares diagnósticos del SCA en este grupo fallan dos, los pacientes presentan una clínica no típica o anodina y los cambios eléctricos registrados no son concluyentes ni patognomónicos.

Por todo ello, poder disponer de una prueba a pie de cama que otorgue fiabilidad tanto para el diagnóstico como para descartar el cuadro agudo supondría un avance importante en el manejo de este tipo de pacientes, evitando ingresos innecesarios o indicando pruebas invasivas de forma más consistente.

OBJETIVOS

Así, el objetivo que nos planteamos es saber si el resultado de la hs-Tn en los primeros momentos de la asistencia tiene una correlación fiable tanto para sospechar presencia de lesión como para descartar la misma en caso de ser negativa.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional retrospectivo sobre una cohorte de 115 pacientes con clínica compatible con SCASEST atendidos por un SE urbano entre julio de 2021 y septiembre de 2023 mediante la revisión de

los informes asistenciales y su seguimiento y evolución tras el ingreso hospitalario.

Variables epidemiológicas edad y sexo. Variables valor de hs-Tn, presencia de lesión coronaria.

RESULTADOS

En nuestra muestra son varones el 73% y mujeres el 27%.

La mediana de edad fue 65 años, la media 63 (DE 16,9)

De los 115 pacientes diagnosticados como SCASEST 98 (85,2%) tuvieron Troponina negativa y de ellos 11 (11,2%) tenían lesión coronaria. En 9 el dolor era típico y en 4 hay alteraciones del ECG al final del traslado.

De los 17 restantes (14,8%) que tuvieron Troponina positiva, 11 (64,7%) no tenían enfermedad coronaria.

No hubo diferencia en cuanto al sexo en el resultado de hs-Tn.

En nuestra serie la determinación de Troponina ha demostrado tener un VPP del 35,3% pero un VPN del 88,8%. Con sensibilidad del 35,3% pero especificidad del 88,8%.

CONCLUSIONES

La determinación aislada de Troponinas, preferentemente hs-Tn, ha demostrado ser una herramienta útil para descartar la presencia de lesión coronaria aguda en aquellos cuadros con clínica sospechosa y ECG no concluyente en la primera asistencia.

127
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 102

PRIMER FIRMANTE
Begoña De la Oliva
Delgado

AUTORES
Fernando Miguel
Saldaña; M^a Antonia
Martinez Vázquez;
Barrero Barrero Eduardo;

CENTROS DE TRABAJO
Samur PC

FACTORES INDIVIDUALES QUE CONDICIONAN EL USO DE LA VIA INTRAÓSEA

INTRODUCCIÓN

El tipo de paciente de las urgencias extrahospitalarias necesita la canalización precoz de cualquier vía endovenosa. Ante la imposibilidad de canalizar estas vías, tenemos otras opciones como la vía intraósea (IO).

OBJETIVOS

Estudiar si los aspectos individuales de las enfermeras condicionan la utilización de esta vía, y si somos más conservadores en el paciente consciente que en inconsciente.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio cuantitativo descriptivo revisando las encuestas realizadas a nuestros compañeros y las historias clínicas de PCR, precipitados, accidentes de coche y de moto, tanto en conscientes como inconscientes, en los que se ha utilizado la vía IO

Las variables incluidas son: en la encuesta: sexo, experiencia en el servicio, paciente consciente e inconsciente, usos de la vía IO, localización.

En las historias clínica: paciente consciente, inconsciente, inserción vía IO, y localización.

RESULTADOS

De 454 historias un 74,89% Glasgow <9, frente al 25,1% conscientes

De esos 340 casos de inconscientes se canalizan el 21,8% de IO, frente a 7,5% de inserciones en conscientes.

Datos de encuestas: El 64,3% mujeres, con una antigüedad de más de 10 años,

En el paciente consciente grave, el 52,4% de los encuestados SI siguen los procedimientos, frente al 47,6% que no.

Este 47,6% las causas por las que no canaliza vía IO son: el 57,1% por la premura en los tiempos, falta de manejo un 19%, un 9,5% miedo al dolor del paciente.

Un 71,4% canalizan con más seguridad la vía IO en inconscientes.

En el paciente inconsciente siguen procedimiento el 76,2% frente al 52,4% del consciente.

La localización humeral 53,1%, tibial proximal 31,3%, en estos casos el 75% estaban inconscientes.

En las historias clínicas, la relación entre inserción IO y Glasgow, estadísticamente significativa, puesto que el 92,9% de IO se ponen con Glasgow <9

CONCLUSIONES

Existe una relación significativa entre la utilización de la vía IO y el paciente inconsciente, la localización humeral seguido de la tibial proximal, el principal condicionante es el tiempo de inserción, seguido de la falta de manejo y miedo a provocar dolor al paciente.

128
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 103

PRIMER FIRMANTE
Leire Loyola Sergio

AUTORES
Miguel Zaragüeta Olave;
Itsaso Sexmilo Ayarra;
Carmen Zárate Oñate;
Ana Rodríguez Echave;
Carlos Petrina Echeverría;

CENTROS DE TRABAJO
CS Noain;
SUE Tafalla;

¿ACTIVAMOS EL CÓDIGO PARADA, IAM O ICTUS?

CASO CLÍNICO

Varón, 75 años de edad, dislipémico y exfumador, que sufre mareo no sincopal quedando posteriormente asintomático. Horas más tarde avisa al 112 por malestar generalizado con sudación profusa e inestabilidad.

Se desplaza al domicilio Ambulancia de Soporte Vital Avanzado (ASVA) que encuentra al paciente sentado en una silla. Al trasladarlo al dormitorio tiene pérdida del tono muscular, apnea, cianosis y ausencia de pulso, se monitoriza y objetiva asistolia. Se inician medidas de SVA. Se realiza intubación orotraqueal (IOT) y conecta al respirador. Aproximadamente 10 minutos después de iniciar la reanimación, hay mejoría de la EtCO₂ y recuperación espontánea de la circulación con pulso radial palpable sin respuesta a estímulos ni lucha contra el tubo, por lo que se le administra sedoanalgesia. Se realiza electrocardiograma objetivándose descenso del ST en V4-V6 y elevación de 0,5mm en derivaciones derechas.

Se activa código IAM, se administra antiagregación y anticoagulación y es traslado a la sala de hemodinámica para realización de cateterismo urgente, que descarta lesiones críticas coronarias. Ecocardiograma normal. Analítica con leucocitosis, DD 6868, Cr 1'23, elevación de transaminasas, iones y resto de biomarcadores (Tnl y BNP) normales.

Tras retirada de la sedación persiste escala de Glasgow (GSC) 3 puntos con mioclonías periódicas. Se realiza TAC craneal basal descartándose patología craneal aguda, pero ante la persistencia del bajo nivel de consciencia se realiza angioTAC objetivando estenosis completa de la arteria vertebral derecha, oclusión parcial de la arteria basilar y estenosis significativa de la arteria carótida interna derecha. Ante estos hallazgos se activa código ictus.

Tras 4 horas sin sedoanalgesia, destaca coma estructural profundo con GSC 3 puntos, pupilas mióticas arreactivas, reflejo corneal ausente con oculocefálicos presentes y mioclonías frecuentes. Se considera no candidato a trombolisis o rescate intraarterial por ausencia de beneficio del tratamiento dado el tiempo prolongado del evento isquémico y situación neurológica.

El paciente evoluciona hacia pérdida progresiva de reflejos de tronco, corneal, oculocefálico, vestibular, nauseoso y tusígeno; y estatus mioclónico a pesar de tratamiento anticómicial. Se establece adecuación del esfuerzo terapéutico, se retiran las medidas de soporte invasivo y bajo sedoanalgesia para confort, el paciente fallece 2 días más tarde.

129
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 104

PRIMER FIRMANTE

Rafael Tamayo
Rodríguez

AUTORES

Juan Jose Eito Cuello;
Luis armando Rodriguez
Echapresto; Javier
Becerra Elcinto; Clara
isabel Tejada Garrido;
Jorge Fernandez Sanz;

CENTROS DE TRABAJO
IBEROCARDIO
FORMACIÓN;

HOSPITAL DE
BARBASTRO;

PANOIMAGEN;

UNIVERSIDAD DE LA
RIOJA;

EDUCARD.IO WEBBAPP PARA ENSEÑAR PRIMEROS AUXILIOS Y RCP EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

INTRODUCCIÓN

EDUCARD.IO es una aplicación web de formación en RCP y primeros auxilios orientada al público infantil y juvenil. El juego puede utilizarse de forma individual o en grupo, incluyendo actividades interactivas basadas en Inteligencia Artificial (IA) para facilitar la accesibilidad. Siguiendo las pautas marcadas por la AHA o ERC dejando elegir al principio del juego.

OBJETIVO

Facilitar la enseñanza de RCP y primeros auxilios a través del uso de la Inteligencia Artificial.

METODOLOGÍA

El juego transmite los principios de la RCP y la actuación en primeros auxilios mediante la presentación al jugador de escenarios simulados aleatorizados, en los que se tendrá que evaluar la situación, proteger la zona y decidir cuáles son las siguientes acciones a tomar. El juego sigue los principios de los juegos de mesa basados en cartas, incorporando una serie de minijuegos adicionales para hacerlo más atractivo y próximo a la situación real:

- Llamada: Simula una llamada a emergencias (112).
- Atragantamiento: Los jugadores elegirán en

el que aplicar presión para realizar la maniobra Heimlich.

- RCP: Los jugadores marcan el ritmo de reanimación correcto batiendo palmas.

- Desfibrilador: Simulación de la colocación y utilización de un desfibrilador, siguiendo las instrucciones del equipo.

- Posición lateral de seguridad (PLS): Elegir los movimientos del cuerpo y llegar a una PLS adecuada.

- PPAA (primeros auxilios): Los jugadores pueden jugar las cartas de forma digital dentro de la webapp. O mediante IA Pueden enseñar las cartas a la pantalla siendo realizada la acción escogida.

RESULTADOS

Se ha desarrollado el juego integrando la RCP y los primeros auxilios, con herramientas de IA. Después de realizar las correspondientes pruebas. El juego ha sido testado por jugadores profesionales (creadores de juegos de mesa) que han valorado la rejugabilidad y el aprendizaje. También por un grupo de control formado de jóvenes.

CONCLUSIONES

La gamificación facilita el acceso y aprendizaje participantes de la infancia y adolescencia para los que una formación más reglada puede resultar tediosa. La acogida recibida hasta ahora por la herramienta resulta positiva, tanto para el aprendizaje autónomo como para la enseñanza guiada por un formador profesional.

131

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 105

PRIMER FIRMANTE
María Remesal Dominguez

AUTORES
María Remesal
Dominguez; Elena Grimaldi
Miranda; María Zurita
Luque; Laura Merino
Fernandez; Laura Santos
Gonzalez; Silvia Montero
Caballero;

CENTROS DE TRABAJO
Centro de Salud Cabezuela
del Valle (Cáceres);

Centro de Salud de
Montehermoso (Cáceres);

Centro de Salud Plasencia
III (Cáceres);

Hospital del Henares
(Coslada);

LO QUE EL SÍNCOPE ESCONDE

PROPÓSITO

La gamificación facilita el acceso y aprendizaje participantes de la infancia y adolescencia para los que una formación más reglada puede resultar tediosa. La acogida recibida hasta ahora por la herramienta resulta positiva, tanto para el aprendizaje autónomo como para la enseñanza guiada por un formador profesional.

METODOLOGÍA

Acude a consulta de atención primaria con carácter urgente una mujer de 79 años refiriendo presentar mal estar general, astenia, vómitos y disnea de 24 horas de evolución intensificada hace una hora precisando uso de silla de ruedas.

Entre sus antecedentes personales destacan: obesidad, hipertensión arterial, esofagitis, gastritis antral, espondiloartrosis y realizada colecistectomía por colelitiasis hace dos semanas lo que ha provocado muy escasa deambulacion en su domicilio.

Al intentar tumbarse en la camilla sufre síncope sin pródromos acompañándose de relajación de esfínteres y de cianosis oral, ante no captación de pulso carotídeo iniciamos maniobras de resucitación con compresiones torácicas monitorizando a la paciente, recuperando pulso al minuto de las compresiones presentando en ese momento las siguientes

constantes vitales: tensión arterial 90/60, frecuencia cardiaca 50, glucemia 154, saturación de oxígeno 80%. En ese momento su auscultación cardiaca es rítmica y sin soplos y en la auscultación pulmonar se aprecian crepitantes en base pulmonar derecha.

Se administra oxigenoterapia de alto flujo a 10 litros, se obtiene acceso vascular para administración de sueroterapia y avisamos a unidad medicalizada móvil para su traslado al hospital de referencia. Se decide no administrar fármaco trombolítico a pesar de alta sospecha de trombosis por recuperación de pulso muy rápida y solo con las compresiones realizadas.

RESULTADOS

El TAC torácico realizado de forma urgente muestra tromboembolismo pulmonar bilateral masivo. Durante el ingreso se inicia anticoagulación y la paciente evoluciona satisfactoriamente siendo dada de alta con anticoagulación indefinida.

CONCLUSIONES

Desde el pasado 2020 y tras En la urgencia extrahospitalaria se trabaja con mayor incertidumbre que en cualquier otro ámbito sanitario por lo que la probabilidad clínica, sospecha etiológica y en base a ella, el tratamiento es crucial para el manejo de situaciones de emergencia

132
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 106

PRIMER FIRMANTE

Álvaro Velasco
Villagarcía

AUTORES

Esther Portugal
Rodríguez; Mercedes
Artola Blanco; Elena
Bustamante Munguira;
Jaime Eduardo Pérez
Gutiérrez; Amanda
Francisco Amador;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Clínico
Universitario de
Valladolid

INFARTO MIOCÁRDICO ALÉRGICO COMO CAUSA POTENCIAL DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA (PCR) EXTRAHOSPITALARIA.

PROPÓSITO

El síndrome de Kounis (SK) se caracteriza por un síndrome coronario agudo (SCA) producido por el espasmo de las arterias coronarias o erosión y ruptura de una placa de ateroma con generación de trombos, concomitantes a una reacción anafiláctica grave por medicamentos, insectos o alimentos. De los mediadores inflamatorios más comúnmente implicados, liberados tras la activación y desgranulación de los mastocitos, se encuentra la histamina, que induce vasoconstricción coronaria (receptores H1) y activación plaquetaria. No existe una prueba diagnóstica específica del síndrome, por lo que solo una adecuada anamnesis y las pruebas complementarias específicas nos orientaran el origen del cuadro clínico.

CASO CLÍNICO

Mujer de 81 años con antecedentes de reacción anafiláctica a picadura de avispa hace 4 años, por lo que dispone de auto inyector de adrenalina. Presenta picadura de avispa en domicilio presenciada por familiares, siendo administrada adrenalina intramuscular, presentando posterior PCR. Se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar básica (RCP) durante 5 minutos. A la llegada de asistencia sanitaria, se continúan con maniobras de Soporte Vital Avanzado (actividad eléctrica sin

pulso (AESP), protegiendo la vía aérea con mascarilla laríngea. Tras 15 minutos de RCP avanzada, recuperación de la circulación espontánea. Se realiza electrocardiograma donde se objetiva SCACEST inferior por lo que se realiza angioplastia primaria donde se observa lesión intermedia en descendente anterior y trombo en arteria coronaria derecha, siendo colocado stent. Ingresa en UCI.

RESULTADOS

En el caso presentado, la paciente probablemente presentaba una enfermedad ateromatosa preexistente por lo que los mediadores inflamatorios pudieron provocar la ruptura de la placa ateromatosa provocando el SCA (SK tipo II).

CONCLUSIONES

El shock anafiláctico y el cuadro coronario asociado a SK son patologías potencialmente mortales, siendo necesario un diagnóstico y un tratamiento adecuado de forma inmediata. Es una patología infradiagnosticada no existiendo guías de tratamiento específico, precisando aplicar concomitantemente el tratamiento del SCA y de la reacción alérgica.

La administración de adrenalina, pilar básico del tratamiento de la anafilaxia, es controvertido, debiendo ser usado con precaución por poder actuar como alérgeno o en presencia de SCA, agravar la isquemia, prolongar el intervalo QT, inducir vasoespasmo o arritmias cardíacas.

133

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 107

PRIMER FIRMANTE
Beatriz Polo Gaitán

AUTORES
Noelia Pérez Bermejo;
María Eulalia Martínez
Blanco;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario de
Badajoz

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS. SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDO. EL IMPORTANTE PAPEL DE ENFERMERÍA EN LAS INMOVILIZACIONES.

INTRODUCCIÓN

El síndrome Compartimental agudo (SCA) es una patología en la que la presión existente dentro de un espacio fascial cerrado (compartimento muscular) reduce la perfusión capilar por debajo de los niveles necesarios para conservar la viabilidad de los tejidos. Frecuentes en estructuras osteoaponeuroticas, poco distensibles. Si este aumento de presión, persiste puede producir una necrosis que da lugar a una contractura del miembro y una pérdida de la funcionalidad.

OBJETIVO

- Identificar riesgos potenciales así como, las intervenciones, evaluación y tratamientos a través de actuaciones de enfermería en una situación de urgencia.
- Tomar consciencia de la importancia de las técnicas de enfermería en las urgencias traumatológicas. Mejorar la formación.

METODOLOGÍA

Búsquedas bibliográficas: Pubmed, Scielo, Cuidatge.

RESULTADOS

Paciente de 10 años que se presenta en la sala de triaje Manchester intrahospitalario con una inmovilización, férula en miembro superior derecho (MSD). Refiere aumento de

dolor intenso tras el traumatismo desencadenante, el dolor es localizado, propio de isquemia muscular con gran sensación de presión. No cede al reposo, aumenta con la movilización pasiva. Es triado con un 2 (naranja), gran dolor objetivado en escala de caras Wong-Baker.

La primera medida de actuación es observar el compartimento edematizado, tenso a la palpación. Piel brillante, caliente y sensibilidad dolorosa. Pulso periférico y relleno capilar conservados. Presenta parestesias con disminución de movilidad.

A continuación se retiran las inmovilizaciones. Canalizar vía venosa periférica, analgesia. Registro de constantes vitales, analítica completa. Inyectaremos suero salino caliente con novocaína al 1%. Mediremos posteriormente la presión intracompartimental, es mayor de 30 mmHg se realiza descompresión, fasciotomía. De urgencias se deja la herida abierta con apósito estéril. Se realiza radiografía y TAC en MSD.

CONCLUSIONES

La importancia y profesionalidad de explorar las fracturas y reflejar los hallazgos en notas de enfermería. Destacar el papel de enfermería en las técnicas de inmovilidad de las fracturas, de la educación para la salud con respecto a los controles del pulso, dolor, drenaje venoso, coloración de pulpejos. La prevención es fundamental.

134
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 108

PRIMER FIRMANTE

Andrea Domínguez
Martín

AUTORES

Mónica Escribano
Barbero; Irene Iglesias
Barrueco; María Jesús
Sánchez Santiago; Clara
Domínguez Martín;
Cristina Lugones
Sánchez;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Universitario
de Salamanca

Gerencia de
Emergencias Sanitarias
de Castilla y León

ANÁLISIS COMPARATIVO DE SUPERVIVENCIA DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS EXTRAHOSPITALARIAS A LOS 6 MESES EN CASTILLA Y LEÓN CON EL REGISTRO OSCHAR 2

INTRODUCCIÓN

La eficacia de las maniobras de reanimación y la estrategia de atención a la parada cardiorrespiratoria (PCR) es determinante en su pronóstico. El estudio de la supervivencia después de una PCR adquiere gran relevancia para valorar su abordaje.

OBJETIVO

Comparar los porcentajes de supervivencia a los 6 meses tras PCR extrahospitalaria en Castilla y León, utilizando el "Out-of-Hospital Spanish Cardiac Arrest registry" 2 (OSCHAR 2) como referencia.

METODOLOGÍA

Análisis cuantitativo de los datos cedidos del OSCHAR 2 de los casos de PCR extrahospitalaria desde el 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre de 2022 en Castilla y León. Los criterios de inclusión y exclusión son los incluidos en el estudio anteriormente citado. Se recogieron variables clínicas y epidemiológicas, además de la recuperación de la circulación espontánea (ROSC) y la situación neurológica a los 6 meses. Tras el análisis se ha medido la fracción de supervivencia a la llegada al hospital y a los 6 meses. Posteriormente estos datos se han comparado con los obtenidos en el estudio OSCHAR 2. Las limitaciones encontradas han sido la gran varia-

bilidad a la hora de la recogida de datos y las diferencias de tiempo de los dos estudios.

RESULTADOS

Durante 2022 en Castilla y León se registraron 916 casos de PCR extrahospitalarias y 207 llegaron al hospital con ROSC. De estos, 77 casos sobrevivieron pasados 6 meses. Con estos datos se obtiene una fracción de supervivencia a los 6 meses sobre el total de PCR del 8% y sobre el total de los supervivientes a la llegada al hospital del 37%. En comparación, a nivel nacional en 2020 los datos obtenidos fueron del 10,2% sobre el total de PCR y de 30,9% sobre el total de PCR recuperadas a la llegada al hospital.

CONCLUSIONES

Solo un pequeño porcentaje de pacientes logra sobrevivir a largo plazo tras una PCR. Comparando los resultados, se observa que la tasa de supervivencia a los 6 meses en Castilla y León en 2022 es ligeramente más baja que la tasa a nivel nacional en 2020, esto hace plantear nuevas estrategias para la mejora de ésta.

135
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 109

PRIMER FIRMANTE
María Jesús Sánchez
Santiago

AUTORES
Andrea Domínguez Martín;
Irene Iglesias Barrueco;
Mónica Escribano Barbero;
Clara Domínguez Martín;
Cristina Lugones Sánchez;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario de
Salamanca

Gerencia de Emergencias
Sanitarias de Castilla y
León

Atención Primaria
Salamanca

EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL CENTRO COORDINADOR DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN EN LA GESTIÓN DE LA SOSPECHA DE PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS

INTRODUCCIÓN

La eficacia y precisión en la gestión de emergencias médicas, particularmente en situaciones críticas como las paradas cardiorrespiratorias (PCR), es esencial para garantizar una respuesta adecuada y oportuna. El Centro Coordinador de Emergencias Sanitarias juega un papel central en la coordinación y gestión de recursos sanitarios en tales situaciones.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia del Centro Coordinador de Emergencias de Castilla y León en el manejo de las PCR, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y la toma de decisiones.

METODOLOGÍA

Análisis cuantitativo de los datos cedidos del "Out-of-Hospital Spanish Cardiac Arrest registry" (Registro OSCHAR) de los casos atendidos con sospecha de PCR desde el 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre de 2022 en Castilla y León. Los criterios de inclusión y exclusión son los incluidos en el estudio anteriormente citado. Se recogieron variables clínicas y epidemiológicas, además de la atención previa a la llegada del equipo de emergencias, el motivo de llamada, la asistencia realizada, el seguimiento hospitalario y la situación neurológica al alta de los pacientes recuperados.

Tras este análisis se han utilizado estos datos para medir la validez interna de la gestión de la parada cardiorrespiratoria. Las limitaciones encontradas han sido la gran variabilidad a la hora de la recogida de datos.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se recogieron 1504 casos. Del total de los casos, 916 (61%) fueron paradas cardiorrespiratorias. De los casos de Parada cardiorrespiratoria, 367 (40%) fueron identificadas por el centro coordinador como PCR y 549 (60%) no fueron identificadas inicialmente como PCR. Se ha obtenido una sensibilidad del centro coordinador del 40% y una especificidad del 78%. El valor predictivo positivo obtenido fue del 74%.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos sugieren la necesidad de implementar estrategias para mejorar la sensibilidad y especificidad, con el objetivo de optimizar la atención prehospitalaria en casos de emergencia teniendo en cuenta la escasez de recursos. Como medidas se podrían establecer protocolos estandarizados y evaluar su grado de implantación, evitando así la variabilidad clínica. Otra acción sería empoderar a la población para aumentar su capacidad de detectar de forma precoz una PCR.

136
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 110

PRIMER FIRMANTE
Andrea Domínguez
Martín

AUTORES
Irene Iglesias Barrueco;
María Jesús Sánchez
Santiago; Mónica
Escribano Barbero;
Juan Francisco Delgado
Benito; Pablo García
Marcos;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario
de Salamanca;

Gerencia de
Emergencias Sanitarias
de Castilla y León;

EVALUACIÓN DEL USO POTENCIAL DEL REBOA (OCLUSIÓN RESUCITATIVA ENDOVASCULAR DE LA AORTA) EN ENTORNOS PREHOSPITALARIOS.

INTRODUCCIÓN

El uso de la oclusión resucitativa endovascular de la aorta (REBOA) es una técnica ampliamente establecida en el entorno hospitalario. En ocasiones llega a ser insuficiente, ya que los pacientes no son capaces de llegar al quirófano. Por eso mismo, el uso de REBOA en el entorno extrahospitalario se plantea como una solución previa, planteando nuevos desafíos.

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión es evaluar la eficacia de la técnica REBOA en el control de hemorragias traumáticas graves en tórax y su impacto en la supervivencia de los pacientes en el medio prehospitalario.

METODOLOGÍA

En octubre de 2023 se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Medline, Cochrane, Cuiden y Google Academic. Para la revisión se ha utilizado la pregunta PICO y la siguiente estrategia de búsqueda: "Thoracic Injuries"[Mesh] AND "REBOA" AND "Prehospital emergency care"[MeSH] . Los criterios de inclusión son: publicaciones de los últimos 5 años en inglés o español. El número de estudios encontrados en las bases de datos consultadas han sido 17, de los cuales han sido seleccionados

5 siguiendo la herramienta de lectura clínica CASPe.

RESULTADOS

REBOA, una técnica segura y que ofrece buenos resultados en traumatismos torácicos penetrantes que no pueden ser compresibles. La evaluación prehospitalaria automatizada basada en signos vitales permite predecir la necesidad de REBOA o toracotomía de reanimación, estableciendo de esta manera qué criterios deberían cumplir los posibles pacientes que se pueden beneficiar de esta técnica.

CONCLUSIONES

La técnica REBOA se presenta como un recurso valioso en el manejo de hemorragias traumáticas graves. La evaluación prehospitalaria automatizada basada en signos vitales puede predecir la necesidad de REBOA o toracotomía de reanimación, permitiendo una mejor gestión de los tiempos de preparación del equipo y orientando el triaje en traumatismos.

A pesar de estos resultados no existen suficientes protocolos para implantarlo de forma efectiva en el entorno extrahospitalario. Añadido a esto, se debe tener en cuenta que es una técnica compleja donde el equipo multidisciplinar debe de tener una adecuada formación

137
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 111

PRIMER FIRMANTE
María Jesús Sánchez
Santiago

AUTORES
Andrea Domínguez Martín;
Mónica Escribano Barbero;
Irene Iglesias Barrueco;
Clara Domínguez Martín;
Mercedes Huidobro del
Arco;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario de
Salamanca;

Gerencia de Emergencias
Sanitarias de Castilla y
León;

ANÁLISIS DE LA EVIDENCIA DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR CON LA TÉCNICA DE "HEAD-UP" EN SITUACIONES DE PARO CARDIORRESPIRATORIO NO TRAUMÁTICO.

INTRODUCCIÓN

La reanimación cardiopulmonar (RCP) de alta calidad y la mejora en el sistema de servicios médicos de emergencia (EMS) dan como resultado una mayor tasa de retorno de la circulación espontánea (ROSC) en pacientes con paro cardíaco extrahospitalario (OHCA) y una mejora de la tasa de supervivencia. Sin embargo, esta sigue siendo baja y la recuperación sin daños neurológicos es aún menor.

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión es analizar la eficacia de la técnica de "Head-Up" en la RCP durante situaciones de paro cardiorrespiratorio (PCR) no traumático, centrándose en su influencia en el flujo sanguíneo cerebral y los resultados clínicos asociados.

METODOLOGÍA

En octubre de 2023 se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Medline, Cochrane, Cuiden y Google Academic. Para la revisión se ha utilizado la estrategia PICO y los siguientes términos: "Head-Up CPR". Los criterios de inclusión son: metaanálisis y revisiones sistemáticas sobre la pregunta de investigación publicados en los últimos 2 años en inglés o español. El número de estudios encontrados en las bases de datos consultadas han sido 118, de los

cuales han sido seleccionados 3 siguiendo la guía Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

RESULTADOS

En modelos experimentales, la elevación gradual de la cabeza y el tórax tras un intervalo de cebado circulatorio con dispositivos activos de compresión-descompresión y con umbral de impedancia se asoció con mejoras notables de forma inmediata y a largo plazo. Se observó un aumento en la Presión de perfusión coronaria, una disminución de la presión intracraneal y un aumento de la presión de perfusión cerebral sin afectar a la presión arterial media. Además, se mostraron mejoras en la supervivencia neurológicamente intacta a las 24 horas y en la tasa de recuperación de la circulación espontánea.

CONCLUSIONES

A pesar de la evidencia preliminar prometedora, se requiere una evaluación más rigurosa de la técnica de 'Head-Up' en la RCP para determinar su eficacia y su papel en la atención de paros cardiorrespiratorios.

En la actualidad los estudios sobre este tema mayoritariamente están realizados en animales, con las limitaciones que eso conlleva.

138

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 112

PRIMER FIRMANTE
Ane Erdozain Larrañaga

AUTORES
Matilde Juanes Toranzo

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario
de Navarra

TRAUMA GRAVE: LA IMPORTANCIA DE REVALORAR Y ANTICIPAR

PROPÓSITO

El trauma grave es un reto para los sanitarios al ser una patología tiempodependiente en la que no solo influyen factores médicos, sino también mecánicos y físicos. Un abordaje estandarizado es fundamental para disminuir la alta tasa de mortalidad que conlleva.

METODOLOGÍA

Aviso de SOS por paciente de 82 años atropellado por un camión en población rural a 40 minutos del Centro Hospitalario de referencia. Se moviliza equipo de urgencias extrahospitalarias y helicóptero medicalizado.

En la valoración primaria destaca hemorragia franca en pierna derecha. Vía aérea permeable. Buena dinámica ventilatoria, eupneico. Tórax simétrico y saturación de oxígeno de 94% (SpO₂). Signos de hipoperfusión con palidez, frialdad y relleno capilar enlentecido. Pulso radial palpable. Glasgow 15. Pupilas isocóricas y normorreactivas.

Se coloca un torniquete bajo rodilla derecha con control del sangrado. Se inicia soporte ventilatorio con mascarilla reservorio a 15L, fluidoterapia y analgesia endovenosa. Inmovilización mediante collarín cervical y colchón de vacío.

A la valoración secundaria mantiene vía aérea permeable. Empeoramiento a nivel respiratorio: taquipnea y tórax asimétrico, doloroso a la palpación y con crepitación en hemitórax lateral derecho. SpO₂ 93% con FiO₂ al 50%. Persisten datos de hipoperfusión. Tensión arterial: 61/43, a 85 lpm. Glasgow 15. Abdomen anodino. Pelvis estable. Buena movilización de extremidades. Herida tipo degloving de tercio distal pierna derecha, hemorragia controlada.

Activación código Trauma. Traslado en helicóptero: tendencia a la hipotensión a pesar de fluidos.

RESULTADOS

Traslado a sala de Reanimación de centro Hospitalario de referencia donde se objetiva neumotórax derecho y contusión pulmonar derecha por volet costal con fracturas de tercera a séptima costilla, sin lesiones a nivel craneal ni abdominopélvico.

Ingreso en Medicina Intensiva para soporte orgánico y estabilización clínica previa cirugía traumatológica. Mala evolución en UCI con fluidoterapia y soporte vasoactivo. Parada cardiorrespiratoria y exitus.

CONCLUSIONES

Ante un paciente politraumatizado es fundamental realizar una exploración sistemática y repetida para detectar y manejar de forma precoz aquellas complicaciones potencialmente mortales. Asumiendo el trauma grave como un estado dinámico, una valoración inicial sin complicaciones a un nivel no descarta posibles lesiones subyacentes. Es fundamental una actitud anticipatoria e hiperalerta para reducir su impacto.

139
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 113

PRIMER FIRMANTE
Maria Eulalia Martinez
Blanco

AUTORES
Beatriz Polo Gaitan;
Noelia Perez Bermejo;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario de
Badajoz

LA IMPORTANCIA DEL TRIAGE ENFERMERO EN EL MANEJO DEL DOLOR TORACICO EN SERVICIO DE URGENCIAS

INTRODUCCIÓN

El dolor torácico (DT) agudo es actualmente la segunda causa de consulta en los servicios de urgencias. Discriminar el origen del DT es uno de los grandes retos en la asistencia de estos servicios, debido a las múltiples causas que pueden originarlo. Entre el 2 y 4% de los pacientes que son dados de alta desde los servicios de urgencias de manera inadecuada, presentan un infarto agudo de miocardio.

OBJETIVO

Crear un protocolo para la valoración del paciente con DT a su llegada al servicio de urgencias, a través de unas pautas de distintos tipos de dolor torácico, de forma que permita a la enfermera obtener información completa y ordenada, facilitándose así la toma de decisión más adecuada.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica: Pubmed, Medline plus, Cuidatge, Scielo, Dialnet.

RESULTADOS

Mujer de 85 años que acude a los servicios de urgencias hospitalaria. Es triada por una enfermera a través del sistema de triaje Manchester (MTS) que acude por DT con localización centrotorácico de característica opresiva que comenzó a los pocos minutos

al empezar a andar esta mañana, cediendo en reposo, ha presentado hasta 4 episodios de las mismas características, refiere disnea asociada, no nauseas ni vómitos. Afebril. Tensión arterial (TA): 146mmHg / 69 mmHg, Frecuencia cardiaca: 78 lpm, Saturación oxígeno (SpO2):97%

A Través del sistema de MTS se le pone prioridad 2, utilizando la escala de Geleijnse obteniendo una puntuación +7 sospecha de enfermedad coronaria duración del triaje dos minutos.

Pasa a una sala críticos donde en menos de 10 minutos, se realiza monitorización, electrocardiograma continuo, TA, canalización de vía venosa periférica, extracción de analítica completa más determinación de enzimas cardíacas, oxigenoterapia si SpO2 es <90%.

Se visualiza un EKG con ritmo sinusal con BCDIHH ya conocida, se informa a cardiólogo pasando la paciente a observación para su valoración.

CONCLUSIONES

Una buena preparación y utilización de protocolos de actuación es imprescindible para el buen pronóstico del paciente.

141
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 114

PRIMER FIRMANTE
Bibiana Basadre
Rodriguez

AUTORES
Camilo José Vázquez
Corveiras;
Graciela Gonzalez
Belmonte;

CENTROS DE TRABAJO
FPUS 061 GALICIA;
SERGAS;

CONOCIMIENTO SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO EN LAS ESCUELAS

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es la interrupción brusca, generalmente inesperada y potencialmente reversible de la circulación sanguínea y la respiración espontánea. El mayor número de PCR ocurre en el domicilio, por lo tanto, la formación en reanimación brinda un papel fundamental en la supervivencia del afectado.

OBJETIVO

Definir qué conocimientos en soporte vital básico se enseñan en las escuelas, así como el tiempo que se dedica a las lecciones. Investigar el conocimiento de los profesores en soporte vital básico. Exponer las limitaciones en las lecciones.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica consistente en 4 publicaciones en los idiomas de español e inglés durante el mes de junio de 2023 en las bases de datos: Scielo, Pubmed y Cuiden. En cuanto a los criterios de selección, se incluyeron ensayos clínicos, que evaluaran el conocimiento en soporte vital básico en las escuelas tanto de primaria como de secundaria. Se excluyeron trabajos fin de grado o máster y revisiones bibliográficas.

RESULTADOS

Tras la realización de la presente revisión, se encontró que el porcentaje de escuelas que enseñan RCP a sus alumnos es bajo y que aquellas que ofrecen este conocimiento se basan en soporte vital básico, posición de seguridad, detección de hemorragias e ICTUS. El tiempo dedicado fue de una o dos lecciones por año. En todos los ensayos clínicos fueron los profesores quienes explicaban dicho contenido a los alumnos. En un ensayo clínico se compara la comprensión de los alumnos, en un grupo el profesor explico el mismo contenido que años anteriores fruto de su propio autoaprendizaje y en otro grupo los profesores fueron entrenados por expertos sobre maniobras de resucitación. Se vio que la comprensión y la práctica era mayor en aquel grupo con profesores entrenados. En cuanto a las limitaciones, varias escuelas establecen que la falta de material es la principal limitación, además de la falta de formación.

CONCLUSIONES

La formación en RCP en las escuelas es aún baja. La calidad de la misma está determinada por la calidad de la formación de los docentes, que deberían recibir una formación reglada en RCP.

142
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 115

PRIMER FIRMANTE
Beatriz Polo Gaitan

AUTORES
María Eulalia Martinez
Blanco;
Noelia Perez Bermejo;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario de
Badajoz

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

INTRODUCCIÓN

El tromboembolismo pulmonar (TEP), es la obstrucción de uno o más vasos arteriales pulmonares por trombos formados en el territorio venoso, que al desprenderse embolizan en el pulmón. Un trombo es la formación de un coagulo dentro del vaso sanguíneo. Aparece hipoxia a consecuencia de la alteración ventilación- perfusión. En el 90% se produce por la migración al territorio íleo-femoral. Es la 3ª causa de muerte cardiovascular. Se estima una incidencia aproximada de TEP de 1/1.000 habitantes.

OBJETIVO

- Elaborar un plan de cuidados de enfermería en el paciente con TEP.
- Incrementar la respuesta rápida y eficaz del personal de enfermería.

METODOLOGÍA

Búsquedas bibliográficas: Pubmed, Scielo, Cuidatge, Science Direct.

RESULTADOS

Paciente de 64 años en tratamiento con ciclofosfamida en tratamiento de cáncer de pulmón activo, acude a Urgencias con disnea súbita de horas de evolución, taquipnea con unas 30 respiraciones por minuto (rpm) y taquicardia a 132 latidos por minuto (lpm) con

una saturación de oxígeno de 94%, tensión arterial 140-82 mmHg y glucemia capilar de 222, afebril. Es triado con un 2, naranja. Muy urgente. En la sala de críticos: monitorización cardiaca + registro constantes vitales+ canalización de 2 vías venosas periféricas 20G+ realización de electrocardiograma (presenta taquicardia sinusal, valorar onda P). Se extraerá analítica, bioquímica, coagulación (dímero-D elevado, fiabilidad diagnóstica), hemograma y gasometría arterial (hipoxemia, encontramos). Se realizará una radiografía de tórax (se objetiva una elevación unilateral de un hemidiafragma y derrame pleural) y un TAC. Una vez estable hemodinamicamente el paciente, valoraremos ante la sospecha clínica de TEP mediante la escala de Wells (>6puntos, alta probabilidad) y la escala de Ginebra revisada (>11, alta probabilidad). Se iniciará el tratamiento: oxigenoterapia + analgesia + heparina sódica como primer escalón, los fibrinolíticos o cirugía posteriormente. Es importante reducir la ansiedad del paciente. Las medidas físicas serán de inicio: deambulación precoz, medias de compresión.

CONCLUSIONES

Con la elaboración de un protocolo instaurado de atención de enfermería se pretende homogenizar los criterios de actuación mejorando la organización y planificación de los cuidados, disminuyendo su variabilidad.

143

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 116

PRIMER FIRMANTE
Claudino Plaza Hernández

AUTORES
Celia Peña Martín; Andrea Domínguez Martín; Irene Iglesias Barrueco; Mónica Escribano Barbero; María Jesús Sánchez Santiago;

CENTROS DE TRABAJO
Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León

Gerencia de Atención Primaria de Salamanca

Hospital Universitario de Salamanca

COMPRIME PARA SALVAR. PROYECTO EXPERIMENTAL DE FORMACIÓN EN MANIOBRAS DE SOPORTE VITAL BÁSICO A PERSONAL NO SANITARIO EN SALAMANCA

INTRODUCCIÓN

En situaciones de emergencia, la atención inmediata por primeros intervinientes identificando y la realizando las primeras maniobras desempeña un papel decisivo en la supervivencia y en el pronóstico. La falta de formación en reanimación cardiopulmonar básica en España, sobre todo en la población adulta, hace necesario que se pongan en marcha nuevos proyectos formativos que complementen al actual. Por ello, se ha llevado a la implementación de un proyecto experimental para capacitar al personal no sanitario en Salamanca.

OBJETIVO

Implantación de un proyecto experimental en Salamanca para aumentar la formación del personal lego, evaluando los conocimientos previos y la satisfacción de los participantes.

METODOLOGÍA

En los meses de mayo y junio de 2023 se realizaron en Salamanca 5 ediciones del taller "Comprime para salvar" con una duración de 2 horas. La metodología del taller fue teórico-práctica con simulación clínica para personal no sanitario. Los criterios de inclusión y exclusión fueron: adultos entre 18 y 70 años sin limitaciones para participar. La media de

edad de los participantes fue de 51 años. Los talleres se promocionaron mediante carteles y redes sociales, y se centraron en el conocimiento de recursos de emergencias, la identificación de paradas cardiorrespiratorias, y la realización de maniobras básicas ante una situación de urgencia. Se inscribieron 96 personas, de las cuales participaron 57. Previamente se pasó una encuesta de conocimientos previos, respondida por 35 de los asistentes y posteriormente una de calidad.

RESULTADOS

Se recogieron 35 encuestas. Del total de asistentes, 10 personas (32%) tenía conocimientos previos en emergencias. En cuanto a conocimientos sobre de los recursos de emergencias, el 97% desconocían los recursos de su ciudad, sabiendo todos los participantes el número de emergencias. En relación a la respuesta ante una emergencia, un 14% de los encuestados reconocían la importancia de realizar compresiones efectivas, mientras que un 51% sabía cómo actuar en situaciones de atragantamiento. Respecto a la satisfacción tras el taller, todos los asistentes asignaron una puntuación global del taller mayor de un 9.

CONCLUSIONES

La realización del taller mejoró la conciencia y los conocimientos sobre las situaciones de emergencia. Estos resultados destacan la poca formación en este grupo de edad, invitando a aumentar la educación y capacitación de los primeros intervinientes en situaciones de emergencia a través de la participación comunitaria.

145
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 117

PRIMER FIRMANTE

Irene Iglesias Barrueco

AUTORES

María Jesús Sánchez
Santiago; Mónica
Escribano Barbero;
Andrea Domínguez
Martín; Clara Domínguez
Martín; María Grañeda
Iglesias;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Universitario
de Salamanca

Gerencia de
Emergencias Sanitarias

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA SOBRE DE LA EDUCACIÓN EN SOPORTE VITAL BÁSICO EN PERSONAL NO SANITARIO

INTRODUCCIÓN

La formación en Soporte vital Básico (SVB) es el primer escalón de la cadena de supervivencia. En los últimos años se han experimentado avances notables en su instrucción dirigida a primeros intervinientes no sanitarios.

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión es saber cuál es la situación actual en España respecto a la formación en Soporte Vital Básico y cómo se podrían implementar estos programas.

METODOLOGÍA

En Septiembre de 2023 se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Medline, Cochrane, Cuiden y Google Academic. Para la revisión se ha utilizado la estrategia PICO y los siguientes términos MeSH: "Cardiopulmonary Resuscitation", "Health Education" y "Spain". Los criterios de inclusión son: artículos sobre la pregunta de investigación publicados en los últimos 5 años en inglés o español. El número de estudios encontrados en las bases de datos consultadas han sido 52, de los cuales han sido seleccionados 7 siguiendo las guías correspondientes según el caso.

RESULTADOS

Existen numerosas recomendaciones de asociaciones internacionales y nacionales sobre la implantación de programas educativos en reanimación. Actualmente en España hay implantados programas autonómicos y locales que se centran en esta formación, incluso el Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la educación primaria, se exponen incluyen obligatorios los conocimientos de actuaciones básicas de primeros auxilios en las escuelas. Pero por diversas razones no se ha logrado una implantación total.

CONCLUSIONES

Actualmente en España se encuentra una carencia en formación en reanimación cardiopulmonar básica. A pesar de estar dentro del programa educativo, actualmente no se está dando ese contenido en las escuelas. También hay una brecha en la formación en este ámbito de los alumnos no incluidos el programa formativo actual. Esto se podría complementar con la implantación de programas coordinados a toda la población, la capacitación de los profesores para ser formadores en Soporte Vital Básico y aumentando la participación con el uso de las nuevas tecnologías.

146
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 118

PRIMER FIRMANTE
Irene Iglesias Barrueco

AUTORES
María Jesús Sánchez
Santiago;
Mónica Escribano Barbero;
Andrea Domínguez Martín;
Clara Domínguez Martín;
María Isabel Macías;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario de
Salamanca

Gerencia de Emergencias
Sanitarias

Gerencia de Atención
Primaria de Salamanca

HUMANIZANDO LA RCP: ANÁLISIS DE LA PRESENCIA DE FAMILIARES DURANTE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

INTRODUCCIÓN

En España, se estima que anualmente se producen 52.300 paradas cardiacas, 30.000 en entorno extrahospitalario según el estudio EuReCa (Registro Europeo de Paro Cardíaco). Los estudios se han centrado en gran medida en la atención del paciente, sin tener una estrategia clara de cómo incluir a los familiares en esta secuencia.

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión es analizar la perspectiva de familiares, pacientes y profesionales sobre la participación de familiares en situaciones de parada cardiorespiratoria en adultos y niños.

METODOLOGÍA

En Septiembre de 2023 se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Medline, Cochrane, Cuiden y Google Academic. Para la revisión se ha utilizado la estrategia PICO y los siguientes términos MeSH: "Cardiopulmonary Resuscitation" AND "Family". Los criterios de inclusión son: metaanálisis y revisiones sistemáticas en los últimos 5 años en inglés o español.

El número de estudios encontrados en las bases de datos consultadas han sido 110, de los cuales han sido seleccionados 10 siguiendo

la guía Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

RESULTADOS

La presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar (FPDR) es ampliamente respaldada por sociedades científicas internacionales. Numerosos estudios han demostrado que la FPDR tiene un impacto significativo en el duelo de los familiares y en la humanización médica. En el caso de menores, satisface el derecho parental a estar presente durante la asistencia, reduce la ansiedad de padres y niños, facilita la comprensión y el procesamiento de la situación. Aún así las creencias y opiniones previas de los profesionales de la salud siguen siendo el principal obstáculo para la integración de esta práctica.

CONCLUSIONES

Los trabajos actuales no proporcionan un nivel de evidencia óptimo para recomendar esta práctica en cuanto a la mejora de los resultados psicológicos de los familiares. La percepción de la FPDR por parte de familiares, pacientes y profesionales de la salud sigue siendo un tema controvertido. Sin embargo, es necesaria mayor sensibilización e implantación de esta práctica. Para aportar mayor evidencia científica, es necesario la realización de estudios potentes y bien diseñados que evalúen los beneficios y desafíos asociados a la FPDR.

147
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 119

PRIMER FIRMANTE
Rosario Martín Page

AUTORES
Clara Diago Crisol; Raquel Rodríguez Merlo; Paloma Pérez Quesada; Marta Martínez del Valle;

CENTROS DE TRABAJO
SAMU

OBSERVACIÓN DE LAS INSTRUCCIONES DE RCP TELEFÓNICA EN LOS CENTROS COORDINADORES DE ESPAÑA

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una situación clínica que cursa con la interrupción brusca de la respiración y de la circulación espontánea. El reconocimiento precoz y la solicitud de ayuda junto con el inicio de la resucitación cardiopulmonar (RCP) por testigos son los primeros pasos de la cadena de supervivencia.

OBJETIVO

Principal: observar de qué manera se aplican las instrucciones de la RCP telefónica por testigos. Secundario: identificar puntos de mejora en el procedimiento.

METODOLOGÍA

En Septiembre de 2023 se ha realizado una Se realizó un estudio observacional transversal descriptivo sobre los procedimientos utilizados en la RCP telefónica en los centros coordinadores de urgencias (CCU) de España, el instrumento de medida fue un cuestionario "ad hoc" remitido vía email.

Compuesto por 7 preguntas: 5 dicotómicas (SI/NO), 4 de ellas con posibilidad de respuesta abierta, y 2 de opción múltiple (3 y 4 opciones).

RESULTADOS

Se obtuvo respuesta de 6 CCU. El número de filtros utilizados para el inicio de la RCP un 83% contestó 2 y un 16% 3, en el 50% el personal encargado de dar las instrucciones es enfermería, y el otro 50% enfermería y medicina, un 33% realiza formación al personal encargado de dar las instrucciones.

Un 83% usa guías oficiales para la elaboración de protocolos, de estos un 60% CERP y el resto ILCOR y ERC. Un 33% usa herramientas de apoyo. El 50% encuentra dificultades y/o barreras; destacando la poca colaboración de los testigos junto a la necesidad imperiosa de la llegada de la ayuda. El 100% no evalúa el impacto de la RCP telefónica.

CONCLUSIONES

Todos los encuestados afirmaron que enfermería se encarga de dar las instrucciones, por lo que cabe destacar el papel de la enfermería en los CCU.

La RCP telefónica es una intervención que puede mejorar la supervivencia y el pronóstico. Existen variaciones y limitaciones en la aplicación de la RCP telefónica por parte de los CCU. Todo ello sugiere la necesidad de crear protocolos y dar formación estandarizada, así como aplicar medidas de evaluación.

149
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 120

PRIMER FIRMANTE
Monica Escribano
Barbero

AUTORES
Andrea Dominguez
Martin; Maria Jesus
Sanchez Santiago;
Irene Iglesias Barrueco;
Juan Francisco Delgado
Benito; Pablo Garcia
Marcos;

CENTROS DE TRABAJO
HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE
SALAMANCA;

GERENCIA DE
EMERGENCIAS
SANITARIAS CASTILLA Y
LEON;

TICAGRELOR Y MORFINA EN EL INFARTO DE MIOCARDIO: INTERACCIÓN Y EFECTOS SOBRE LA INHIBICIÓN PLAQUETARIA

INTRODUCCIÓN

El infarto agudo de miocardio (IAM) es una patología tiempo-dependiente en la que cada minuto cuenta. La eficacia de las terapias empleadas tiene un impacto directo en la supervivencia y el pronóstico. Existe una creciente preocupación sobre los posibles efectos adversos de la morfina, utilizada como analgésico, en la inhibición plaquetaria y la absorción de inhibidores de P2Y12, como el ticagrelor.

OBJETIVO

El objetivo es evaluar el impacto de los opioides, en particular la morfina, en la inhibición plaquetaria y la absorción de inhibidores de P2Y12.

METODOLOGÍA

En octubre de 2023 se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Medline, Cochrane, Cuiden y Google Academic. Para la revisión se ha utilizado la pregunta PICO y la siguiente estrategia de búsqueda: ("Analgesics, Opioid"[Mesh]) AND "Ticagrelor"[Mesh] AND "Myocardial Infarction/drug therapy"[Mesh]. Los criterios de inclusión son: metaanálisis y casos clínicos que respondan a la pregunta de investigación publicados en los últimos 5 años en inglés o español. El número de estudios encontrados en las bases de datos consultadas han sido

95, de los cuales han sido seleccionados 9 de ellos siguiendo las herramientas de lectura crítica correspondientes.

RESULTADOS

La administración de morfina en pacientes con IAM se asocia con varios efectos adversos: mayor uso de inhibidores de GP IIb/IIIa, una disminución en el flujo sanguíneo y un mayor riesgo de sangrado. Además, disminuye la eficacia de los inhibidores plaquetarios de P2Y12, lo que provoca una mayor reactividad plaquetaria y resistencia a éstos. En contraposición, el uso de fentanilo no parece mejorar la inhibición plaquetaria en comparación con la morfina, pero podría acelerar la absorción de ticagrelor y aumentar la inhibición plaquetaria después de 4 horas.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados, se deben considerar otros analgésicos para el dolor leve. Aun así, se ha observado una disminución en la mortalidad con el uso de morfina, sugiriendo un efecto protector en la supervivencia. Respecto al uso de fentanilo, se requieren estudios más amplios para confirmar sus efectos en la velocidad de absorción del ticagrelor y la inhibición plaquetaria a largo plazo, así como su impacto en los resultados clínicos.

150
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 121

PRIMER FIRMANTE
Monica Escribano Barbero

AUTORES
Irene Iglesias Barrueco;
Andrea Dominguez Martin;
Maria Jesus Sanchez
Santiago; Cristina sofia
Baz Villoria; Daniel
Encinas Sanchez;

CENTROS DE TRABAJO
HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE
SALAMANCA;

GERENCIA DE
EMERGENCIAS
SANITARIAS CASTILLA Y
LEON;

COMPARACIÓN DE LA RCP MANUAL VS MECÁNICA EN PARADAS CARDIACAS EXTRAHOSPITALARIAS

INTRODUCCIÓN

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es un pilar básico en el tratamiento de la parada cardiorrespiratoria. Siguiendo esta línea, se han desarrollado dispositivos mecánicos para la RCP con el objetivo de proporcionar una compresión torácica continua y constante. Estas máquinas buscan superar las limitaciones humanas para mejorar las tasas de supervivencia. Estudios iniciales han demostrado su utilidad y facilidad de uso.

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión es analizar la evidencia científica disponible sobre la efectividad de los dispositivos mecánicos de RCP frente a las compresiones manuales y valorar su aplicabilidad en el entorno extrahospitalario.

METODOLOGÍA

En octubre de 2023 se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Medline, Cochrane, Cuiden y Google Academic. Para la revisión se ha utilizado la pregunta PICO y la siguiente estrategia de búsqueda: "Heart Massage "[MeSH]. Los criterios de inclusión son: artículos y estudios que respondan a la pregunta de investigación publicados en los últimos 5 años en inglés o español. El número de estudios encon-

trados en las bases de datos consultadas han sido 215, de los cuales han sido seleccionados 4 metaanálisis y revisiones sistemáticas siguiendo la guía Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

RESULTADOS

La evidencia no indica que la RCP proporcionada por los dispositivos mecánicos de compresión torácica sean superiores a las compresiones torácicas manuales. Dentro de las limitaciones encontradas, se destaca el aumento en el tiempo de inicio de compresiones y los retrasos en la desfibrilación durante la preparación del dispositivo. Sin embargo, los dispositivos mecánicos de compresión torácica utilizados por personas entrenadas son una alternativa razonable a las compresiones torácicas manuales en entornos hostiles o dónde no se pueden asegurar compresiones torácicas de calidad.

CONCLUSIONES

La capacidad de lograr el retorno de la circulación espontánea con dispositivos mecánicos de compresión torácica mejora significativamente en comparación con las compresiones torácicas manuales. Esto nos hace pensar en que su implantación es esencial en contextos prehospitalarios específicos y como un puente hacia tratamientos avanzados, como la oxigenación por membrana extracorpórea. La solidez de estos hallazgos debe probarse en grandes ensayos clínicos aleatorizados.

151
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 122

PRIMER FIRMANTE

Fernando Benlliure
Portero

AUTORES

Ana Belén Pérez Martín;
Eduarne Benlliure Enriquez;
Susana Prieto Palomares;
Isabel Mateos Monzón;
Fabiola Fiz Espinosa;

CENTROS DE TRABAJO
CAUSA

Hospital Severo Ochoa
Leganés

CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA SOBRE DESFIBRILACIÓN TEMPRANA EN UNA UCI DE UN HOSPITAL DE IV NIVEL

INTRODUCCIÓN

Tras la inauguración del hospital las UVIs pasaron de ser unidades con personal de enfermería específico, a una unidad con dos secciones, neuro-politrauma y CC/Aislamiento-inverso y rotar, enfermeras de UVI neuro-politrauma, Cirugía Cardíaca(CC) y parte de UVI polivalente. Preguntamos sobre los conocimientos sobre desfibrilación y SV en CC y si conocían protocolos de SVA y la legislación de CYL sobre DESA.

METODOLOGÍA

Realizamos entrevista personal, a todas las enfermeras desde mayo hasta julio de 2022, un La estadística nos la recomendó el servicio de investigación.

RESULTADOS

El tiempo de antigüedad en uvi era 6.6 años, máximo de 34 años y mínimo de 2 días, Solamente un 22% conocía el tipo de desfibriladores existente en la unidad.

Solo se consideraban formadas para desfibrilar un 29,3%. Al preguntarles si desfibrilarían antes de que llegara el médico, en situación de riesgo vital, un 34.9% contestó que no y un 21% que no lo sabía.

En cuanto a la secuencia de actuación en

una parada desfibrilable, la primera prioridad sigue siendo "llamar al médico" y solo iniciarían SVB, prioritariamente el 32.9%, muchas entrevistadas comentaban la posibilidad de problemas legales.

El 89.3% desconoce la legislación sobre DESA en CyL y un 32.3% contestaban no saber si podían hacerlo. Sobre las peculiaridades del SVACC, un 78% afirmaba desconocerlas y un 76.8% no se consideraba capacitado para realizarla. El 100% pedían formación.

Solo un 4.8% sabía que no existían protocolos específicos para UCICC.

CONCLUSIONES

Seguimos desconociendo los medios materiales de los que disponemos para realizar el SVA. Las enfermeras demandan formación en SVA y más en SVACC, aun hoy la primera prioridad sigue siendo avisar al médico, cuando el primer eslabón de la cadena de la supervivencia es "pedir ayuda", demanda imprescindible en el caso del SVACC.

También seguimos desconociendo el marco legal que nos ampara en el ejercicio de nuestra profesión

154

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 123

PRIMER FIRMANTE
Idoya Adanero Calvo

AUTORES
Álvaro Arribas Cerezo;
Valvanera Cordon
Urtado; Amaya Burgos
Esteban; Marta Giménez
Luzuriaga; Marcos
Juanes García;

CENTROS DE TRABAJO
061 La Rioja

SIGNO DE OJOS DE MAPACHE

INTRODUCCIÓN

El “signo de ojos de mapache” o equimosis periorbitaria bilateral es un signo que debe hacernos sospechar una posible fractura de base de cráneo. Su aparición puede estar relacionada con otra causa y no es un signo patognomónico de la fractura de base de cráneo.

CASO CLÍNICO

Varón de 53 años sin antecedentes personales. Avisan por caída accidental en la bici con traumatismo craneoencefálico (TCE). No portaba casco. Ha presentado pérdida de consciencia.

A nuestra llegada el paciente se encuentra consciente repetitivo y con amnesia del episodio. Sangrado activo en sábana de herida abierta en región frontal izquierda. Una médica que pasaba por la zona ha realizado una inmovilización cervical y nos informa de que el paciente presenta signo de “ojos de mapache”.

El médico de la ambulancia se coloca a la cabecera del paciente y realiza estabilización cervical colocando un collarín. Se realiza una primera exploración neurológica en la que se objetiva Glasgow 14 y fuerza y sensibilidad conservada en las cuatro extremidades.

Se traslada al paciente dentro de la ambulancia utilizando un tablero espinal y se le coloca sobre el colchón de vacío. Se canalizan 2 vías periféricas y se inicia administración de 50mg de Dolantina y 1g de Amchafibrin. Se continua con exploración física objetivando edema palpebral bilateral con hematoma periorbitario, pupilas isocóricas normoreactivas. No dolor a la palpación de clavículas ni parrilla costal bilateral. No dolor ni crepitación a la palpación completa de brazos y piernas. E-FAST: negativo. No deslizamiento pleural. No derrame pericárdico. No liquido en cavidad peritoneal.

Trasladamos al hospital donde se objetiva fractura lineal frontal izquierda que se extiende hasta techo y pared lateral de la órbita izquierda. Fractura de la pared anterior y lateral del seno maxilar izquierdo. Hemoseno maxilar izquierdo.

El paciente ingresa en la Unidad de Corta Estancia donde permanece 24 horas y finalmente se le da el alta a domicilio con tratamiento oral de Amoxicilina con Clavulánico.

CONCLUSIONES

Muchas veces el “signo de los ojos de mapache” y el “signo de Battle” (hematoma retroauricular) son los únicos síntomas que aparecen tras un TCE y debe hacernos sospechar una fractura craneal.

155

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 124

PRIMER FIRMANTE
Pablo Sanchez Fernandez

AUTORES
Alba Alonso Puerta

CENTROS DE TRABAJO
GREGORIO MARAÑÓN

VASOESPASMO CEREBRAL. EL PELIGRO LATENTE.

PROPÓSITO

Concienciar de la importancia en la detección temprana del vasoespasmo tras una hemorragia subaracnoidea (HSA).

El vasoespasmo es una de las complicaciones tardías tras sufrir una HSA más frecuentes, se define como un estrechamiento reactivo y transitorio de las arterias cerebrales.

Aparece entre el 4º y 14º día después del sangrado.

Puede ser sintomático o asintomático, también llamado angiográfico.

La isquemia cerebral diferida (ICD) se define como un déficit neurológico con duración mayor de 1 hora, o aparición de nuevas lesiones isquémicas.

METODOLOGÍA

Se describe el caso de una mujer de 63 años sin antecedentes personales de interés.

Ingresa obnubilada con desviación de la mirada a la izquierda, moviliza las 4 extremidades, sin focalidad, refiere cefalea los días previos que no cede con analgesia convencional.

Presenta HSA aneurismática (Fisher IV). Se realiza embolización endovascular satisfactoria.

La paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con tendencia a la hipertensión arterial, bradipsíquica, con debilidad muscular, moviliza 4 miembros.

A los 10 días presenta paresia clara de miembro superior derecho con imposibilidad para mantener tono con claudicación.

Se realiza angioTC: Mínimo espasmo en segmento M1 izquierdo y P2 proximal ipsilateral. Sin datos de isquemia en TC perfusión.

RESULTADOS

Los pacientes con vasoespasmo tienen mayor riesgo de isquemia cerebral y de desarrollar déficits neurológicos permanentes.

Es responsable del 20% de la morbimortalidad en las HSA, siendo la principal causa de morbimortalidad retardada.

El vasoespasmo angiográfico puede detectarse hasta en el 70 %,pero solo en un 20-30 % se asocia a daños por ICD.

CONCLUSIONES

El vasoespasmo es un fenómeno predecible e identificable, su prevención y detección precoz debería ser uno de nuestros objetivos principales.

Diagnóstico: doppler transcraneal, angiografía y pruebas de perfusión.

Prevención: Control riguroso de constantes y estado neurológico. Nimodipino oral profiláctico. En los estudios aleatorizados mejora el pronóstico a pesar de poseer un escaso efecto angiográfico. Tratamiento médico: Garantizar normotensión y euvolemia. Inducción de la hipertensión si existe compromiso en la perfusión cerebral. Mantener normoglucemia.

Tratamiento endovascular si es refractaria.

156
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 125

PRIMER FIRMANTE
Lara Tomás Delgado

AUTORES
Sandra Palomar
Hernández; Sevina
Velizarova Halacheva;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Santa Barbara de
Soria

PATOLOGÍA TIEMPO DEPENDIENTE EN URGENCIAS. ACTUACIÓN EN EL CÓDIGO INFARTO

INTRODUCCIÓN

El código infarto en el ámbito de las urgencias se refiere a un protocolo especializado diseñado para la atención rápida y eficiente de pacientes que presentan signos y síntomas de un infarto agudo de miocardio. Este código se activa cuando se sospecha que un paciente está experimentando una obstrucción en una de las arterias coronarias, lo que impide el flujo sanguíneo adecuado hacia el músculo cardíaco.

La rapidez en la atención es crucial en patologías tiempo-dependientes, ya que un tratamiento oportuno puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte, así como en la calidad de vida del paciente. El código infarto implica la movilización rápida de recursos y la coordinación eficiente entre diferentes profesionales de la salud. Es por ello que la detección precoz de dichos signos y síntomas es realizada en el 87% de los hospitales en España por parte de enfermería, quien es la encargada del triaje, de ahí la importancia en la formación de estos profesionales, para que se lleve a cabo de manera efectiva. Esto supone un avance en la adquisición de competencias y autonomía en dicha profesión. Este protocolo suele incluir pasos específicos, como la obtención rápida de un electrocardiograma (ECG) para evaluar la actividad eléctrica del corazón, la administración de medicamentos trombolíticos o la realización de un cateterismo cardíaco para desbloquear la arteria obstruida.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Proponer un protocolo de actuación de código

infarto para el SUH del Hospital Santa Bárbara de Soria.

Objetivos específicos:

- Describir los casos de dolor torácico registrados durante un año en el servicio de urgencias.
- Exponer la actuación concreta en pacientes que acuden con dolor torácico desde la llegada del paciente al SUH hasta la atención por el facultativo correspondiente.

METODOLOGÍA

El estudio se enfocó en dos fases:

- Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de dolor torácico como motivo de consulta en el triaje durante 2022.

El lugar de realización fue el Servicio de Urgencias del Hospital Santa Bárbara de Soria, se realizó una revisión en las bases de datos del centro, para lo cual se obtuvo permiso de la Unidad de Investigación.

- Revisión bibliográfica en las principales bases de datos, propuesta de protocolo

RESULTADOS

En el año 2022 en el SUH del Hospital Santa Bárbara de Soria se atendieron 34096 pacientes, de los cuales 696 acudieron por dolor torácico. De ellos 174 precisaron el ingreso hospitalario para su posterior estudio y tratamiento. Finalmente 34 de esos casos fueron diagnosticados de Síndrome Coronario Agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) y 20 de Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST).

(...)

CONCLUSIONES

La implementación exitosa del código infarto ha demostrado ser fundamental para mejorar los resultados clínicos y reducir las complicaciones asociadas a los infartos agudos de miocardio.

El número de pacientes que acuden por dolor torácico a urgencias es considerable. Es importante destacar que la efectividad del código infarto depende en gran medida de la sensibilización de los profesionales de la salud, la formación adecuada del personal y la disponibilidad de recursos médicos avanzados en entornos de urgencias. Por ello, el triaje de enfermería es fundamental para una respuesta rápida y efectiva a un evento crítico como el infarto agudo de miocardio. Facilita la identificación, evaluación y tratamiento temprano de los pacientes, mejorando así las posibilidades de recuperación y reduciendo las complicaciones a largo plazo.

157

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 126

PRIMER FIRMANTE
Alberto García Galán

AUTORES
María Molina Oliva;
Rafael Martín Sánchez;
María Elena Álvarez
Rodríguez;
Javier Sánchez
Simancas;

CENTROS DE TRABAJO
GUETS;

GERENCIA
EMERGENCIAS
SANITARIAS CASTILLA Y
LEÓN;

UN MISMO CASO, DOS SISTEMAS DE SALUD: COOPERACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS ENTRE COMUNIDADES LIMÍTROFES

INTRODUCCIÓN

Valoración de la asistencia sanitaria entre Comunidades Autónomas.

METODOLOGÍA

Descripción de un caso clínico.

RESULTADOS

Varón de 81 años, hipertenso, dislipémico, Parkinson, Hiperplasia benigna de próstata. Alérgico Sulfamidas. En tratamiento: Enalapril, Adiro, Sinemet, Simvastatina, Duodart. Avisan a los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) por varón inconsciente. A su llegada: Consciente, sentado en vía pública, TCE, refiere que mientras caminaba sufre pérdida de conocimiento sin prodromos, recuperación completa en 1-2 min. No dolor torácico. Exploración Física: TA: 124/63 FC: 54 lpm, T°: 36,2°C, SatO₂: 98% basal, Glucemia: 160 mg/dl. Auscultación cardíaca: rítmico, no soplos. Auscultación pulmonar: Eupneico, sin ruidos sobre añadidos. No edemas, no signos de Trombosis venosa profunda. Electrocardiograma (ECG): Bloqueo trifascicular. Se decide traslado al hospital cercano extracomunitario (Hospital 1), en su transcurso, elevación del ST en V2-V3. Se avisa a CCU con diagnóstico SCACEST. Indican se continúe traslado al hospital. Realizada transferencia, comunican con unidad de hemodinámica del Centro de

referencia extracomunitario (Hospital 2) decidiendo traslado en helicóptero, se administra Ticagrelor 180 mg y Adiro.

A la llegada a urgencias (Hospital 2), hemodinámicamente estable, no dolor torácico. Se avisa a Cirugía por TCE, suturan y a Cardiología. Se repite ECG: RS a 60 lpm, rSr V1-V2 con elevación cóncava, se contrasta con ECG previos digitalizados con ST V1-V3 similar a anteriores sin dolor torácico. Troponina normal. Bloqueo auriculoventricular primer grado, trastorno de conducción intraauricular, bradicardia sinusal, bloqueo de rama derecha a diferentes frecuencias. Unidad de arritmias: Se implanta marcapasos bicameral sin complicaciones.

CONCLUSIONES

En las Comunidades Autónomas existen zonas limítrofes que suponen un problema en materia de salud al tener el hospital de referencia a una-dos horas de distancia. La cooperación y acuerdos entre comunidades facilitan el acceso al sistema sanitario al poder acudir a hospitales y/o utilizar medios de transporte extracomunitarios y así acotar los tiempos desde que se inicia la primera asistencia hasta su tratamiento definitivo. Esto cobra especial interés si hablamos de patologías tiempo-dependientes, en las que disminuir los tiempos es de vital importancia para la supervivencia y posible recuperación del paciente resumiéndose todo en prestar una atención de calidad al ciudadano.

160
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 127

PRIMER FIRMANTE
Rafael Regen Flor

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN IMPARTIDA POR EL EQUIPO ALERTANTES DE SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL A CUERPOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD PÚBLICA

INTRODUCCIÓN

Alertantes es el equipo encargado de la Formación a la Ciudadanía de SAMUR-Protección Civil en la ciudad de Madrid, compuesto por más de 200 voluntarios, de los cuales en torno al medio centenar están formados para instruir a los profesionales que integran las instituciones relacionadas con la Seguridad Pública, los cuales, debido a sus especiales características suelen estar in-situ en emergencias y catástrofes, ya sean accidentales o intencionadas, y deben actuar en ellas como Primeros Respondientes.

OBJETIVO

Hemos querido analizar las instituciones que nos requieren este tipo de formación y desde el punto de vista cuantitativo, conocer a cuantos profesionales hemos formado en cada una de ellas, proponiéndonos siempre mejorar estos números año tras año. Así mismo, queremos dar a conocer la importancia de estos equipos de formación a la ciudadanía.

METODOLOGÍA

Análisis retrospectivo de las formaciones realizadas por el Equipo Alertantes a instituciones relacionadas con la Seguridad Pública. Se ha tomado de muestra un curso de 9 meses (desde el 1 de septiembre 2022 al 6 de julio 2023) de todas las formaciones impartidas a miembros de los Cuerpos de Seguridad, Fuerzas Armadas y Servicios de Inteligencia.

RESULTADOS

El análisis de esta información indicó que en esos 9 meses se formó en total a 1695 profesionales de las distintas Instituciones anteriormente mencionadas.

La formación en Soporte Vital Básico (SVB) a estas instituciones, se realiza a partir de 2 programas, 1º Formación de Primer Respondiente que corresponde principalmente a la práctica de la Reanimación Cardiopulmonar (RCP) y el uso del Desfibrilador Externo Automatizado (DEA) y 2º Formación de Primer Respondiente Táctico, dividiéndose esta última en formación principal (PRT) y reciclaje de la misma (R-PRT).

El programa de Primer Respondiente ha supuesto la realización de 48 ediciones, de 5 horas de duración cada una, mediante la que se ha conseguido formar a 1071 (63.18%) profesionales en la detección e intervención de paradas cardiorespiratorias, atragantamientos, uso del DEA e introducción al uso del torniquete.

Así mismo, el programa de formación de Primer Respondiente Táctico (PRT) ha instruido a 323 profesionales (19,05%), repartidos en 14 ediciones con un formato teórico-práctico dividido en 25 horas teóricas y 17h prácticas, donde los alumnos pondrán materializar los conocimientos aprendidos previamente.

Así mismo, periódicamente se realiza un Reciclaje de Primer Respondiente Táctico (R-PRT), habiéndose realizado 17 ediciones en las que se ha formado a 301 alumnos (17,75%).

(...)

CONCLUSIONES

Es evidente que la demanda formativa que los Cuerpos relacionados con la Seguridad Pública es un requerimiento continuo y que va en aumento tanto a nivel cuantitativo como cualitativo. Por lo que se ha de invertir tanto en la formación de los propios docentes, así como en la adquisición de material para realizar las prácticas de la manera más realista posible, lo cual repercutirá en que estos profesionales puedan mejorar en sus intervenciones en las que esté en juego la vida o integridad física de nuestros ciudadanos.

163

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 128

PRIMER FIRMANTE
Dolores Mateos Clavero

AUTORES
Alba virginia Moriche
Vázquez

CENTROS DE TRABAJO
UME 6.1 - Coria

Centro de Salud de Coria

MANEJO INICIAL DE LA TORMENTA ARRÍTMICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

INTRODUCCIÓN

La tormenta arritmogénica, refleja un estado crítico de inestabilidad cardíaca potencialmente mortal, una sucesión rápida y potencialmente letal de trastornos del ritmo cardiaco (tres o más episodios de arritmia ventricular en 24 horas).

Este fenómeno, a menudo está asociado con una predisposición de trastornos del ritmo como cardiopatía isquémica, miocardiopatía o síndrome de QT largo o corto.

El manejo inicial de esta entidad, generalmente, incluye desfibrilación, uso de fármacos antiarrítmicos, corrección de desequilibrios electrolíticos, revascularización coronaria y en ocasiones, ablación cardíaca y otros procedimientos invasivos.

Puede ser una emergencia médica y la mortalidad está directamente relacionada con la rapidez, eficacia y coordinación de la intervención del equipo.

Se describe el caso de una paciente, mujer de 63 años, que sufre episodio de pérdida de conciencia sin respuesta a estímulos. Acude servicio de emergencias que inicia maniobras de soporte vital avanzado durante 45 minutos, durante dicho episodio se observan distintos ritmos (Torsades de Pointes, fibrilación ventricular y taquicardia ventricular sin pulso).

OBJETIVO

- Conocer este fenómeno clínico relativamente raro que puede tener graves consecuencias.

- Resaltar la importancia del manejo inicial de esta entidad por los equipos de emergencias mediante algoritmo de atención escalonada.

METODOLOGÍA

- Se presenta y reporta nuestro caso clínico describiendo los detalles de manera cronológica y sistemática.

- Se analiza el caso en el contexto de la literatura científica existente. Para ello, se realiza una revisión no sistemática, descriptiva de la literatura sobre el que versa nuestro caso, para la que se realizaron búsquedas distintas fuentes.

RESULTADOS

La tormenta arrítmica es una situación de emergencia relacionada con una alta mortalidad, con una incidencia incierta debido a su carácter infrecuente y su asociación con condiciones cardíacas específicas. La mayoría de los casos reportados versan sobre pacientes portadores de CDI (cardiodesfibriladores implantables).

En aquellos casos sin causa subyacente o desencadenante reversible existe un peor pronóstico.

CONCLUSIONES

La tormenta arrítmica es una condición crítica que exige una intervención inmediata del equipo por ser una entidad potencialmente letal.

164
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 129

PRIMER FIRMANTE
Maria eulalia Martínez
Blanco

AUTORES
Noelia Perez Bermejo;
Beatriz Polo Gaitan;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario
de Badajoz

MANEJO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL CODIGO ICTUS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

INTRODUCCIÓN

El ictus es una enfermedad cerebrovascular causada por un trastorno brusco de flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encéfalo.

Los ictus isquémicos representan entre el 80 y 85% de todos los ictus, mientras 15-20% representa a ictus hemorrágicos.

Dentro de la isquemia cerebral se puede distinguir entre la isquemia cerebral focal, que afecta a una sola zona del encéfalo y la isquemia cerebral global que afecta al encéfalo de forma difusa.

Por otra parte, dentro del ictus hemorrágicos se diferencia los hematomas cerebrales de la hemorragia subaracnoidea.

OBJETIVO

La identificación inmediata de los síntomas del ictus es crucial en la evolución del enfermo, ya que se ha demostrado que los pacientes tratados desde el primer momento logran una recuperación total o con muy pocas secuelas.

Disminuir la mortalidad y morbilidad causada por el ictus.

METODOLOGÍA

busqueda bibliográfica: Cuidatge, Scielo, medline, pubmed.

RESULTADOS

Mujer de 62 años que acude al servicio de urgencias por cefalea intensa, mareos y disartria de 30 minutos de evolución según refiere su marido, estaban viendo la tv cuando ha empezado a tener dificultad en el habla, se realiza escala de Cincinnati resultado positivo prioridad 1 (rojo) se activa código ictus pasa a una sala de crítico, se avisa a neurologo donde se toma constantes vitales y se realiza glucemia capilar, obteniendo: Tensión arteria 180/95 mmHg , frecuencia cardiaca 82 lpm , temperatura 36,4° C y glucemia capilar 130 mg/dl. Se canaliza dos vías venosas periféricas en brazo no parético, analítica completa, elevación de cabecero 0-30°, realización de ECG de 12 derivaciones, oxigenoterapia si fuera preciso para mantener saturación de oxígeno mayor 95%, realización de TAC.

CONCLUSIONES

La actuación de enfermería dentro del equipo de emergencia es fundamental para la rápida identificación, notificación y manejo de los pacientes con código ictus en los servicios de urgencias.

165
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 130

PRIMER FIRMANTE
Jorge Sendino Gonzalez

AUTORES
Marina Curiel Téllez

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Clínico
Universitario de
Valladolid

EPIDEMIOLOGÍA DEL POLITRAUMA ATENDIDO EN UNAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos constituyen la principal causa de muerte en la infancia, y una de las causas de morbilidad más importantes. Aunque en las urgencias pediátricas no suelen ser un motivo de consulta frecuente, implican la utilización y movilización de importantes recursos materiales y humanos.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es describir las características epidemiológicas de los pacientes atendidos por traumatismo múltiple en una unidad de urgencias pediátricas de un hospital de tercer nivel en el año 2022.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, retrospectivo de serie de casos. Se realizó una revisión de los informes de urgencias de los pacientes atendidos en la unidad de urgencias pediátricas del Hospital Clínico Universitario de Valladolid desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022, que fueron clasificados por el síntoma triaje "traumatismo de otras partes especificadas, incluso múltiples" según el programa de ayuda al triaje web_e-PAT.

RESULTADOS

Se analizaron 12 pacientes que cumplieron criterios de inclusión, de los cuales las dos terceras partes fueron mujeres. La edad media fue de 10,6 años. 5 fueron accidentes de tráfico, 5 atropellos y 2 caídas. 8 fueron atendidos en turno de tarde, frente a 1 que fue visto en turno de mañana. 4 de ellos acudieron en transporte sanitario medicalizado y con algún tipo de inmovilización. 3 precisaron ingreso cuya unidad de destino hospitalaria fue la UCI Pediátrica (UCIp) y uno permaneció en la Unidad de Corta Estancia. La mitad de los casos precisaron de la realización de alguna prueba de imagen. Se administró medicación y se realizó algún tipo de cura por parte de enfermería en 3 de los casos.

CONCLUSIONES

Las atenciones en urgencias pediátricas por politraumatismo fueron testimoniales. La mayoría de los casos cursaron alta a domicilio sin administración de tratamiento ni realización de pruebas complementarias, aunque la totalidad de los que precisaron ingreso hospitalario fueron a la UCIp, lo que demuestra la gravedad de los mismos. Destaca el hecho de que únicamente la tercera parte de los casos fueron inmovilizados en su transferencia al servicio.

167
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 131

PRIMER FIRMANTE
Noelia Perez Bermejo

AUTORES
Beatriz Polo Gaitan;
María Eulalia Martínez
Blanco;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario de
Badajoz

IMPORTANCIA DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON HERIDA DE ARMA BLANCA

INTRODUCCIÓN

Una herida por arma blanca es una forma específica de traumatismo penetrante de la piel que resulta de un cuchillo u objeto puntiagudo similar. La mayoría de los apuñalamientos se producen debido a la violencia intencional o a través de la herida autoinfligida.

OBJETIVO

- Manejar y controlar el dolor.
- Identificar riesgos potenciales de una posible hemorragia.
- Prevenir la infección mediante el abordaje interdisciplinar, haciendo especial hincapié en el exhaustivo lavado de manos, adecuado instrumental y correcta realización de los distintos procedimientos con las medidas asépticas adecuadas y abordaje de la herida.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica: Scielo, Elsevier y Dialnet.

RESULTADOS

Mujer de 35 años traída por 112 a urgencias tras ser apuñalada por su pareja. Consciente, orientada, sudorosa, reactiva y hemodinámicamente estable. Presenta cuadro de ansiedad e indica tener miedo y estar asustada.

Monitorización de la paciente:

Tensión arterial: 97/45

Frecuencia cardiaca: 125 pulsaciones por minuto

Saturación de oxígeno: 99%

Se colocan dos vías periféricas una en cada brazo nº18G y se extrae analítica completa.

Se explora a la paciente observándose incisión en fosa iliaca derecha presentando hemorragia activa que dificulta la valoración de la profundidad, heridas más superficiales en ambas extremidades superiores y otra lesión en región posterior y lateral del muslo derecho.

Analgesia intravenosa (I.V) para control del dolor y disminuir la ansiedad de la paciente.

Reposición de líquidos.

Limpieza de heridas exhaustiva con medidas asépticas.

Se avisa a Cirugía.

CONCLUSIONES

Es importante la rápida actuación y la buena formación que tiene el personal de Enfermería para actuar ante una urgencia como pueden ser las heridas por arma blanca, en las que hay que mantener una postura segura y tener los conceptos claros a la hora de actuar, ya que el tiempo será clave para la vida del paciente.

168
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 132

PRIMER FIRMANTE
Carlos Martorell Campins

AUTORES
María Ribas Muntaner;
Francisca c Vallespir
Cladera;

CENTROS DE TRABAJO
Quiron Salud
Palmaplanas

ANÁLISIS DE LA GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN EN LA PCR INTRAHOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) dentro del hospital es considerada una emergencia vital y está demostrado que existe una relación directa entre la respuesta asistencial y la mortalidad asociada a este evento. Los resultados del tratamiento de la PCR son un indicador de calidad de los centros sanitarios. En el caso en concreto de España, la mayoría de hospitales no disponen de un sistema organizado e integral de atención a la PCR. A pesar de los avances en medicina y tecnológicos, la tasa de supervivencia no ha variado significativamente en los últimos 30 años por lo que se ha de considerar como un problema social, económico y sanitario de gran magnitud que cabe abordar con todas las herramientas disponibles.

OBJETIVO

El objetivo general de esta revisión bibliográfica ha sido conocer cómo se organiza la reanimación cardiopulmonar (RCP) dentro del hospital.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación secundaria basada en una revisión bibliográfica. Se consultaron las palabras clave roles y Reanimación Cardiopulmonar en el tesoro MeSH y se identificaron sus descriptores correspondientes Sick role y Cardiopulmonary Resuscitation. Se definió la operación booleana "(Cardiopulmo-

nary Resuscitation OR hospital OR Critical care unit) AND (Cardiopulmonary Resuscitation)", que incluye las palabras clave roles y Sick roles por su amplio uso en la literatura científica a pesar de su falta de indexación. Se consultaron las bases de datos MEDLINE, SCOPUS, LILACS e IBECs, con límites de idiomas inglés y castellano y publicación entre 2013-2023. Se aplicaron los criterios de inclusión de estudios en parada cardiorrespiratoria del adulto, siendo los criterios de exclusión aquellos centrados en los ámbitos de pediatría y simulación clínica. Se localizaron 128 documentos, siendo seleccionados y revisados 8 estudios mediante lectura crítica, sumándose un total de 12 artículos tras la eliminación de duplicados y la revisión dirigida.

RESULTADOS

Los artículos incluidos a revisión bibliográfica son 2 estudios epidemiológicos, 2 estudios cuasi-experimentales pre-post, 1 estudios de cohortes, 1 estudios de casos y controles y 1 estudio de ensayo clínico, de metodología cuantitativa; 3 estudios fenomenológicos, de metodología cualitativa; y 1 estudio de revisión sistemática con meta-análisis y 1 estudio de revisión crítica de la literatura, como investigaciones secundarias. La mayoría de éstos se corresponden con investigaciones realizadas en Estados Unidos y Reino Unido.

CONCLUSIONES

Es cierto que todos los hospitales disponen de protocolos propios dirigidos a sus profesionales para la actuación en caso de PCR, pero son protocolos de uso interno que solo tienen en común entre ellos el hecho de seguir las recomendaciones de las guías del ERC. De esta manera, no es posible conocer datos tan importantes como la efectividad de la aplicación de dichos protocolos sobre la incidencia/supervivencia o la relación entre la respuesta inmediata del sistema y la mortalidad asociada a ella. Todos ellos aspectos probablemente mejorables si se dispusiera del consenso necesario.

Algunos complejos hospitalarios están trabajando activamente en el modelo de formación de equipos específicos para la atención de (...)

169
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 133

PRIMER FIRMANTE
Noelia Perez Bermejo

AUTORES
María Eulalia Martínez
Blanco; Beatriz Polo
Gaitán;

CENTROS DE TRABAJO
HUB

IMPORTANCIA DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON COVID EN URGENCIAS

INTRODUCCIÓN

La COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por una cepa de coronavirus denominada SARS-CoV-2 (síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2). Los primeros casos se dieron en diciembre de 2019. Fue declarada pandemia en marzo de 2020.

La expansión del virus en todo el mundo de una forma tan rápida, ha provocado un enorme impacto social, económico y sanitario. Los profesionales sanitarios han tenido que aprender a afrontar esta nueva situación y atender a los paciente de la mejor manera posible.

OBJETIVO

- Reconocer signos y síntomas de mal pronóstico, como el empeoramiento respiratorio, favorece que las enfermeras actuemos de forma más eficiente y precoz. Aplicando tratamientos y ejecutando intervenciones que garanticen la estabilización de los pacientes.
- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.
- Mantener una temperatura corporal dentro del rango normal además de una hidratación adecuada.

METODOLOGÍA

Scielo, Medline, Cuidatge.

RESULTADOS

Hombre de 72 años que acude al servicio de Urgencias del hospital por presentar tos de 3 días de duración, dificultad respiratoria, dolor de garganta y fiebre.

Se miden sus constantes vitales:

Temperatura: 38,2°C.

Tensión arterial: 135/80 mmHg.

Frecuencia cardiaca: 72 latidos por minuto.

Saturación de oxígeno: 92%

Frecuencia respiratoria: 24 respiraciones/minuto.

Dada su dificultad respiratoria se comienza oxigenoterapia. Se lleva a cabo un test de Antígenos confirmando la presencia del virus. Analítica completa + gasometría arterial. Se iniciará tratamiento antibiótico con azitromicina y ceftriaxona por vía intravenosa y dexametsona vía oral. Se administran broncodilatadores, para disminuir la fiebre un antitérmico por vía intravenosa y sueoterapia. Se coloca mascarilla FFP2.

Se envía al paciente al servicio de rayos para la realización de una radiografía de tórax, los resultados muestran neumonía bilateral. Se decide aislar al paciente en la sala Covid.

CONCLUSIONES

El rol de Enfermería es por tanto esencial para que todo este proceso se lleve a cabo, responsable de la elaboración de un plan de cuidados que se adapte al estado de salud del paciente desde su recepción en urgencias hasta su aislamiento y todo lo que ese proceso conlleva.

170

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 134

PRIMER FIRMANTE

Ana María Pernía
Sánchez

AUTORES

Irene Sánchez Soberón;
Ana Benito Justel; María
Pilar Alfonso Martín;
Antía Domínguez
Rodríguez; Noelia
Rodríguez Garrido;

CENTROS DE TRABAJO
Emergencias Sanitarias
UME Valladolid 2

Emergencias Sanitarias
UME Valladolid 1

Emergencias Sanitarias
UME Segovia

Emergencias Sanitarias
Centro Coordinador de
Urgencias

Emergencias Sanitarias
UME Puebla de Sanabria

LA SEPSIS TAMBIÉN MATA

INTRODUCCIÓN

Presentación de un caso clínico de parada cardiorespiratoria (PCR) prehospitalaria por sepsis.

OBJETIVO

El objetivo general de esta revisión bibliográfica ha sido conocer cómo se organiza la reanimación cardiopulmonar (RCP) dentro del hospital.

METODOLOGÍA

Revisión de historias clínicas de emergencias sanitarias y urgencias hospitalarias.

RESULTADOS

Varón, 82 años con antecedentes de diabetes mellitus, hipotiroidismo, depresión, COVID-19, demencia leve y otros trastornos neurológicos.

Atendido inconsciente por unidad medicalizada de emergencias, presentando las siguientes constantes a su llegada: frecuencia cardiaca (FC) 120, tensión arterial (TA) 127/58, saturación oxígeno (SatO₂) 96% con fracción oxígeno inspirado (FiO₂) 0,21, temperatura 38° C. Glasgow 6. Electrocardiograma: taquicardia auricular. Analítica prehospitalaria: pH 7,057, pCO₂ 20,8 mmHg; pO₂ 39,4 mmHg, bicarbonato 5,9 mmol/L, EB -24,5 mmol/L, sodio 129 mmol/L, potasio 6,5 mmol/L, cal-

cio 1,05 mmol/L, cloro 104 mmol/L, glucosa 700 mg/dL, creatinina 2,51 mg/dL, Lactato 7,14 mmol/L, BUN calculada 39,2 mg/dL, Anión GAP 19,1 mmol/L, osmolaridad 310,9 mosm/Kg. PCR presenciada. Medicación administrada: suero salino fisiológico, insulina, bicarbonato; midazolam, rocuronio, fentanilo, atropina y adrenalina. Diagnóstico: código sepsis, cetoacidosis, PCR extrahospitalaria recuperada.

En hospital: TA 164/100, FR 17, SpO₂ 100, FC 113, TT 35,5°C, GCS 3, pH 7,07, pCO₂ 41 mmHg, pO₂ 74 mmHg, bicarbonato 11,3 mmol/L, EB (ecf) -18 mmol/L, lactato 3,8 mmol/L, leucocitos 18760/μL, hemoglobina 12,1 g/dL, plaquetas 322000 U/μL, sodio 156 mmol/L, potasio 3,8 mol/L, glucosa 181 mg/dL, creatinina 1,49 mg/dL reacción en cadena polimerasa (PCR) 32,09 mg/dL, dímero 1673, troponina 33 ng/mL, creatinina kinasas 402 mg/dL, urea 61, LDH 600. Diagnóstico: coma hiperosmolar en paciente diabética. PCR resuelta, sepsis por st. Epidermidis.

CONCLUSIONES

El shock séptico es una forma de shock distributivo comúnmente causado por bacterias Gram positivas conllevan-

do una disfunción orgánica grave y muerte. La edad por encima de 40 años y las comorbilidades asociadas, principalmente los estados de inmunosupresión, han demostrado tener una mayor tasa de mortalidad. Además, se ha visto que la hiperglucemia en el diagnóstico inicial del paciente séptico está asociada con un mayor riesgo de muerte (índice de riesgo 1.66), que no estaba relacionada con la presencia de diabetes previa. De forma prehospitalaria se puede calcular la escala NEWS2 que consta de 6 parámetros fisiológicos (frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, presión arterial sistólica, frecuencia del pulso, nivel de conciencia y temperatura) cuyos niveles por encima de 7 otorgan un alto riesgo de muerte a los pacientes afectados por sepsis.

171
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 135

PRIMER FIRMANTE

Ana María Pernía
Sánchez

AUTORES

Irene Sánchez Soberón;
Ana Benito Justel;
Marta Moya Rodríguez-
Carretero; Antía
Domínguez Rodríguez;
Elisa Bazo Santos;

CENTROS DE TRABAJO

Emergencias Sanitarias
UME Valladolid 2;
Emergencias Sanitarias
UME Valladolid 1;
Emergencias Sanitarias
UME Segovia;
Emergencias Sanitarias
UME Arenas de San
Pedro ;
Emergencias Sanitarias
UME Puebla de Sanabria;
Emergencias Sanitarias
UME Burgos;

MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA: UNA CAUSA POCO COMÚN DE PCR

INTRODUCCIÓN

Caso clínico de parada cardiorrespiratoria (PCR) prehospitalaria por miocardiopatía arritmogénica (MCA).

METODOLOGÍA

Revisión de historias clínicas de emergencias sanitarias y urgencias hospitalarias.

RESULTADOS

Mujer, 47 años sin antecedentes personales ni cardiológicos conocidos. Antecedentes familiares de tía materna portadora de desfibrilador automático implantable (DAI) por taquicardia ventricular (TV). Atendida por unidad medicalizada de emergencias en parada cardiorrespiratoria (PCR) de inicio súbito. A la llegada del dispositivo se están realizando reanimación cardiopulmonar (RCP) básica por personal lego durante 5 minutos. Se inicia RCP avanzada con ritmo inicial de fibrilación ventricular (FV) que se descarga a 200 Julios (J) y posteriormente TV polimorfa sin pulso que se desfibrila a 360J en dos ocasiones. Se administra amiodarona 300 miligramos (mg), adrenalina 1mg e intubación orotraqueal. Recuperación a los 8 minutos de RCP avanzada con electrocardiograma (ECG) en ritmo sinusal a 78 latidos por minuto e imagen de bloqueo de rama derecha del haz de Hiss (BRDHH), tensión arterial (TA) de 111/65 y

frecuencia cardíaca (FC) de 110 latidos por minuto (lpm). Sedoanalgesia y relajación con fentanilo, midazolam y rocuronio y conexión a ventilación mecánica consiguiendo saturación periférica de oxígeno (SpO₂) de 96%. Se inicia antiagregación con acetilsalicilato de lisina y sueroterapia con suero salino fisiológico. Se contacta con la unidad de hemodinámica de referencia y se activa código infarto por parada cardiorrespiratoria de origen cardíaco con ritmo desfibrilable. Durante el traslado normalización de ECG hasta ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización manteniendo estabilidad hemodinámica. Diagnóstico: PCR extrahospitalaria recuperada, código infarto.

En hospital: Se realiza ventana neurológica con flumacenoilo y naloxona, objetivando escala de coma de Glasgow (GCS) menor de 8, pupilas isocóricas y a los pocos minutos se desencadena tormenta eléctrica de TV, se realiza nueva sedación e hipotermia terapéutica. Desestimada realización de cateterismo a su llegada por normalización de ECG y dados los antecedentes familiares se sospecha de miocardiopatía arritmogénica.

CONCLUSIONES

La MCA es una entidad clínica poco frecuente caracterizada por el reemplazo fibrograso del miocardio principalmente del ventrículo derecho, aunque también pueden estar afectadas zonas del ventrículo izquierdo. Está causada por la mutación de genes que codifican las proteínas de los desmosomas del miocardio, haciendo que la infiltración del tejido produzca arritmias ventriculares. La muerte súbita de origen cardíaco puede ser la primera presentación clínica de MCA en pacientes jóvenes con edades inferiores a los 50 años, el tratamiento es el DAI en prevención primaria o secundaria.

172
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 136

PRIMER FIRMANTE
Gabriela Tanoira Carballo

AUTORES
Marina De La Torre Trillo

CENTROS DE TRABAJO
Consultorio local de
Burujón (Toledo);

SUAP de Torre del Mar
(Málaga);

NO TODOS LOS SÍNCOPES SON IGUALES

PROPÓSITO

Enfatizar en la importancia de realizar una anamnesis detallada en todo paciente joven con un episodio sincopal.

METODOLOGÍA

Se presenta el caso clínico de un paciente de 35 años con antecedentes de una anomalía de Ebstein con una CIV y una hipertensión pulmonar (HTP) moderada.

RESULTADOS

Aviso del 112 a domicilio por un varón de 35 años con episodio brusco de síncope en relación con el ejercicio (subiendo escaleras). Entre sus antecedentes personales destacan una cirugía cardíaca a los 12 años por anomalía de Ebstein y una CIV corregida quirúrgicamente. A nuestra llegada encontramos al paciente consciente, aunque con marcada palidez y sudoración y nos refiere sensación de mareo y palpitaciones, sin dolor torácico asociado. Se realiza monitorización de constantes vitales, manteniéndose el paciente hemodinámicamente estable. Se realiza un ECG (electrocardiograma) donde se aprecia un flutter auricular de morfología común de cronología indeterminada. Se administra una primera dosis de 0,5mg de digoxina IV para control de la frecuencia cardíaca. Se calcula el riesgo isquémico mediante la escala CHADS2-

VASc y se decide administrar la primera dosis de anticoagulación. A su llegada al hospital, se repite ECG que muestra un flutter auricular con respuesta ventricular controlada. La analítica fue normal salvo NT-proBNP de 1512 y troponinas de 8. El ecocardiograma mostró una dilatación severa de cámaras derechas por anomalía de Ebstein con IT masiva. Se realiza TAC torácico donde se confirma el crecimiento de cavidades derechas. Se suspendió la antiagregación que llevaba anteriormente y se asoció betabloqueo. Se decidió anticoagulación indefinida por llamativa ectasia de cámaras derechas. Tras varios episodios de repetición, se decide derivación a la unidad de cardiopatías congénitas para ablación de flutter y seguimiento.

CONCLUSIONES

Es de vital importancia realizar una exhaustiva historia clínica y una exploración física detallada de todos los pacientes, es especial de aquellos pacientes con patología estructural de base, sin dar ningún diagnóstico de presunción por hecho dado que se puede estar enmascarando otra patología subyacente.

175
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 137

PRIMER FIRMANTE
Sonia Figueira

AUTORES
Claudia Gomes;
Manuel Grilo;
Filipa Barros;

CENTROS DE TRABAJO
INEM

LA VIA VERDE AVC EN PORTUGAL - CÓMO FUNCIONA Y PAPEL DE LA ENFERMERA

INTRODUCCIÓN

Desde 2020, Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) implementa el Proceso de Atención (PA) de Accidente Vascular Cerebral (AVC), enfocándose en un proceso de mejora continua en la calidad de la atención con importantes ganancias para la persona que sufre un AVC, a través de la detección precoz y la correcta derivación, en el que el papel de Enfermeras ha destacado positivamente como elemento impulsor, táctico y operativo, de indicadores de la Vía Verde AVC (VVAVC).

OBJETIVO

Describir VVAVC en Portugal, identificando resultados de 2020 a 2022. Identificar el papel de las enfermeras del PA AVC.

METODOLOGÍA

Revisión retrospectiva de los casos identificados como sospechosos de VVAVC, en el registro clínico iTeams - INEM Tool for Emergency Alert Medical System - realizado a través del Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), de 2020 a 2022.

Casos identificados como sospechosos de VVAVC, los enfermeros de AP de ictus analizaron, utilizando la historia clínica de iTeams, los distintos medios del SIEM (por tipo).

RESULTADOS

3.984 usuarios con sospecha de ictus (779 en 2020, 1.265 en 2021 y 1.940 en 2022), cuyo aumento de los registros anuales es probablemente consecuencia de la difusión del registro informatizado iTeams a los socios del SIEM, con la participación de una enfermera.

Tiempo en el sitio fue un tema objetivo de capacitación por estos profesionales, resultando en tiempos $\leq 24'$, lo que les permitió obtener el estatus Diamond EMS Awards 2023, que premia las buenas prácticas en el área del ictus.

61% tuvo una evolución de síntomas < 2 horas, en gran medida como resultado de campañas de sensibilización y prevención de ictus en las que colaboraron estas enfermeras.

CONCLUSIONES

VVAVC prehospitalaria en Portugal, aunque existe desde hace dos décadas, alcanzó una dimensión diferenciadora con informatización de historia clínica iTeams, más la creación del PA dedicado a la VVAVC, donde hay una enfermera para cada uno de las cuatro regiones del país, bajo coordinación médica. Esta combinación permitió avanzar en recolección de registros nacionales; publicar resultados cuantitativos y comparables; y promover y sensibilizar los operadores de SIEM y la formación directa a los profesionales y población en general.

USO DE CARDIOMPRESORES MECANICOS DURANTE LA RCP

176
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 138

PRIMER FIRMANTE
Esmeralda Gutierrez
Ruiz

CENTROS DE TRABAJO
Hospital 12 Octubre

INTRODUCCIÓN

Durante la RCP se necesita una compresión torácica de calidad y constante desde que se confirma una PCR hasta que se confirma el fallecimiento y se canaliza la ECMO.

OBJETIVO

- Describir los distintos estudios sobre la eficacia del uso de cardiocompresores durante la RCP
- Exponer si el uso de cardiocompresores mecánicos es más efectivo que las compresiones manuales.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de las bases de datos especializadas más importantes: Medline, Pubmed, Scielo y Google Académico. Se utilizaron unos criterios para optimizar la estrategia de búsqueda, la cual tras una lectura crítica quedó reducida a tres artículos sobre estudios publicados entre 2010 y 2021.

RESULTADOS

AÑO	ESTUDIO	RESULTADO
2010	Diversos estudios en el ámbito de extrahospitalaria	No se demuestra ventajas sobre la utilización de cardiocompresores mecánicas vs manuales.
2014	Revisión de la Cochrane sobre empleo de compresión mecánica vs compresión	Se demuestra que las secuelas cerebrales relacionadas con la hipoxia son menores durante la RCP con cardiocompresores mecánicos.
2015	Estudio danés que comparaba la calidad de las compresiones mecánicas con las manuales en casos de PCR extrahospitalaria	Evidencia de mejor calidad en la compresión por parte de los compresores mecánicos, pero no demuestra que haya una supervivencia mayor que con compresiones manuales.
2017	estudio de Summa 112 sobre eficacia de los compresores mecánicos en la recuperación de pulso y perfusión coronaria en DANC	los compresores mecánicos no son más eficaces en la recuperación de pulso que las compresiones manuales, pero si ha demostrado que mejora la perfusión coronaria y de los órganos ante un donante en asistolia no controlada.
2021	Guías 2021 RCP	Considere las compresiones mecánicas torácicas solo si no es posible realizar compresiones torácicas manuales de alta calidad, o comprometen la seguridad del reanimador.

CONCLUSIONES

- Se recomienda el uso de cardiocompresores pero no de forma rutinaria, sino que se limita su uso a situaciones en las que las compresiones manuales sean ineficaces o comprometan la seguridad del reanimador, o en PCR de larga duración como el donante en asistolia
- Según los estudios actuales, el 90% concluyen que no hay evidencia científica suficiente que confirme que la compresión mecánica es más efectiva que la compresión manual durante las maniobras de RCP, aunque sí que la compresión mecánica es muy efectiva y eficaz durante el mantenimiento del soporte vital en el DANC.

178
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 139

PRIMER FIRMANTE
Claudia Gomes

AUTORES
Sonia Figueira;
Manuel Grilo;
Filipa Barros;

CENTROS DE TRABAJO
INEM

PRE-NOTIFICACIÓN PREHOSPITALARIA DE SOSPECHAS DE INFARTOS AGUDOS DE MIOCARDIO EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2023, EN PORTUGAL

INTRODUCCIÓN

En Portugal, durante el primer semestre de 2023, el Instituto Nacional de Emergencia Médica (INEM) derivó a tratamiento hospitalario, a través de la Vía Verde Coronaria (VVC), 1117 casos de sospecha de Infarto Agudo de Miocardio (IAM). La alerta de VVC se genera siempre que hay sospecha de IAM debido a signos y síntomas iniciales o mediante la evaluación del paciente en el lugar del incidente o la realización de un electrocardiograma por parte del personal del INEM.

OBJETIVO

Analizar el impacto de la expansión de la realización de electrocardiogramas (ECG) en todos los medios operativos del INEM y la prenotificación de sospechas de IAM por parte de los colaboradores del Sistema Integrado de Emergencia Médica (SIEM).

METODOLOGÍA

Revisión retrospectiva de los casos identificados como sospecha de VVC en el registro clínico iTeams - Herramienta INEM para el Sistema de Alerta Médica de Emergencia - realizado por los medios del Sistema Integrado de Emergencia Médica (SIEM) de enero a junio de 2023.

RESULTADOS

En el 71,0% de los casos, transcurrieron menos de 2 horas entre la identificación de signos y síntomas y la derivación de los pacientes a través de la VVC; el 22,0% de los casos se produjeron entre las 2 y las 12 horas, y el 7% restante, después de las 12 horas. Los pacientes tenían una edad media de 65 años, con una mayor incidencia en hombres. Hubo un aumento del 59% (+416 pacientes) en comparación con el mismo período de 2022. Este aumento en las derivaciones a través de la VVC no necesariamente implica un aumento en la incidencia de esta enfermedad, y puede justificarse por un aumento en las prenotificaciones prehospitalarias, ya que más de 60 medios del INEM están capacitados para realizar ECG desde noviembre de 2021, y por una mayor concienciación de la población para contactar precozmente al 112 ante signos sugestivos de IAM. En las Ambulancias de Emergencia Médica del INEM, la mediana del tiempo hasta la realización del ECG fue de 8 minutos.

CONCLUSIONES

La derivación de pacientes a través de esta VVC asegura que, después de la evaluación y prenotificación por parte de los profesionales prehospitalarios, las víctimas con sospecha de IAM sean trasladadas a los hospitales adecuados, lo que permite un tratamiento más rápido y efectivo en las unidades de cuidados intensivos coronarios o salas de hemodinámica, mejorando las tasas de supervivencia de estos pacientes.

179

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 140

PRIMER FIRMANTE
Idoya Adanero Calvo

AUTORES
Álvaro Arribas Cerezo;
Raquel López Poza;
Valvanera Cordon
Hurtado; Marta Paleo
Agustín; Clara Gran Tijada;

CENTROS DE TRABAJO
061 La Rioja

MALAS NOTICIAS EN URGENCIAS

CASO CLÍNICO

Varón de 68 años sin antecedentes personales de interés. Avisan al 112 por caída desde un caballo. El paciente no portaba casco. La caída ha sido hacia atrás con traumatismo craneoencefálico directo.

A nuestra llegada el paciente se encuentra en decúbito lateral izquierdo con abundante vómito alimenticio. Agitado. Intenta incorporarse a pesar de que un alertante mantiene inmovilizada la cabeza en la medida de lo posible. En una primera exploración se objetiva Glasgow 5, tumefacción en ojo derecho, varios hematomas y heridas contusas en zona occipital con sangrado en sábana activo. Frecuencia cardíaca 103 latidos por minuto. TA 122/86. Saturación O2 93%.

Tras la primera valoración se inmoviliza con tablero espinal y collarín rígido y se transporta al interior de la ambulancia. Se realiza secuencia rápida de intubación. Se traslada a urgencias.

En urgencias se realiza tomografía computarizada donde se objetiva marcado edema cerebral difuso con borramiento completo de espacios subaracnoideos tanto supra como infratentoriales. Desplazamiento de la línea media hacia la izquierda de unos 6 mm. Sin

descenso de amígdalas cerebrales por debajo del agujero magno. Fractura compleja parieto-occipital bilateral. Focos de contusión, hemorragia subdural y hemorragia subaracnoidea bilaterales. Tromboembolismo pulmonar bilateral. Signos de broncoaspiración.

Se intenta traslado a dos hospitales de referencia no siendo aceptado por ninguno de los dos por mal pronóstico. La familia se encuentra en situación de bloqueo emocional y no acepta la situación.

El paciente ingresa en la unidad de medicina intensiva. Con las horas el paciente empeora y finalmente fallece

CONCLUSIONES

En ocasiones al tratar al paciente urgente no hay tiempo para transmitir a la familia las malas noticias. Es importante contar con recursos adecuados para tratar estas situaciones delicadas. En algunas situaciones de casos catastróficos en algunas comunidades se cuenta con apoyo multidisciplinar de psicólogos para ayudar a las familias, pero en la urgencia del día a día no existe un protocolo adecuado que nos permita atender a los familiares de una forma adecuada.

180
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 141

PRIMER FIRMANTE
Agustín Guisado
Gallego

AUTORES
Rafael Blanco Guerrero;
Oscar Lozano Gutiérrez;
Maria Gemma Rodriguez
Leal; Juan José Alonso
Rius; Jesus Chaveinte
Serradilla;

CENTROS DE TRABAJO
Samur PC

SVA/SVB

Summa 112

PCR(PARADA CARDIORRESPIRATORIA) EN SCACEST (SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DE ST) Y POSTERIOR ANGIOPLASTIA

PROPÓSITO

El objetivo fue analizar el manejo y evolución del paciente de este estudio, que presentó dolor retroesternal de características isquémicas de 20 min de evolución que no cedió, por lo que se aviso a la central por posible infarto agudo de miocardio, comenzando la atención inmediata del paciente.

Posteriormente solicitamos preaviso hospitalario por código infarto, cumpliendo los criterios de inclusión y siendo aceptado al hospital receptor correspondiente con servicio de hemodinámica, por lo que de forma inmediata realizamos el traslado hospitalario.

A nuestra llegada al hospital presenta una bradicardia extrema y termina en PCR, tras 4 minutos de RCP, el paciente recupera la circulación espontánea, realizamos cuidados post resucitación aislando la vía aérea del paciente.

Subimos al servicio de intervencionismo de forma inmediata por indicación del propio hospital. Finalmente el paciente queda ingresado en la UCI de cardiología con mal pronóstico. Presenta: SCACEST con killip 4. El paciente es propuesto para trasplante. Finalmente fallece por fallo multiorgánico.

MÉTODO

Este método utilizado fue descriptivo observacional directo sobre el estudio de un caso clínico.

RESULTADOS

Durante la atención de este paciente, el cual presentó un SCACEST con criterios de inclusión para activar un código infarto, aparecieron circunstancias no deseables que complicaron la evolución y pronóstico del mismo en forma de PCR en ritmo de asistolia y aunque fuimos capaces de revertirla rápidamente el paciente quedó en una situación hemodinámica precaria.

CONCLUSIONES

A pesar de tener un código infarto muy desarrollado y bien implantado y cumplir con los criterios de inclusión correspondientes, pueden aparecer complicaciones originadas por la propia isquemia tales como arritmias, bloqueos, shock cardiogénico o incluso PCR como es el caso de este paciente, que condicionan de forma significativa la evolución y supervivencia en estos casos. Por ello es importante estar preparados para dichas eventualidades, por ejemplo poner precozmente los parches del desfibrilador, tener la medicación precargada, o solicitar preaviso hospitalario lo antes posible.

181

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 142

PRIMER FIRMANTE
Alberto García Galán

AUTORES
María Molina Oliva;
Rafael Martín Sánchez;
María Elena Álvarez
Rodríguez; Javier Sánchez
Simancas;

CENTROS DE TRABAJO
GUETS

GERENCIA EMERGENCIAS
SANITARIAS CASTILLA Y
LEÓN

UN MISMO CASO, DOS SISTEMAS DE SALUD: COOPERACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS ENTRE COMUNIDADES LIMÍTROFES

PROPÓSITO

Valoración de la asistencia sanitaria entre Comunidades Autónomas.

METODOLOGÍA

Descripción de un caso clínico.

RESULTADOS

Varón de 81 años, hipertenso, dislipémico, Parkinson, Hiperplasia benigna de próstata. Alérgico Sulfamidas. En tratamiento: Enalapril, Adiro, Sinemet, Simvastatina, Duodart. Avisan a los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) por varón inconsciente. A su llegada: Consciente, sentado en vía pública, TCE, refiere que mientras caminaba sufre pérdida de conocimiento sin pródomos, recuperación completa en 1-2 min. No dolor torácico. Exploración Física: TA: 124/63 FC: 54 lpm, T°: 36,2°C, SatO₂: 98% basal, Glucemia: 160 mg/dl. Auscultación cardíaca: rítmico, no soplos. Auscultación pulmonar: Eupneico, sin ruidos sobre añadidos. No edemas, no signos de Trombosis venosa profunda. Electrocardiograma (ECG): Bloqueo trifascicular. Se decide traslado al hospital cercano extracomunitario (Hospital 1), en su transcurso, elevación del ST en V2-V3. Se avisa a CCU con diagnóstico SCACEST. Indican se continúe traslado al hospital. Realizada transferencia, comunican con unidad de hemodinámica del Centro de

referencia extracomunitario (Hospital 2) decidiendo traslado en helicóptero, se administra Ticagrelor 180 mg y Adiro.

A la llegada a urgencias (Hospital 2), hemodinámicamente estable, no dolor torácico. Se avisa a Cirugía por TCE, suturan y a Cardiología. Se repite ECG: RS a 60 lpm, rSr V1-V2 con elevación cóncava, se contrasta con ECG previos digitalizados con ST V1-V3 similar a anteriores sin dolor torácico. Troponina normal. Bloqueo auriculoventricular primer grado, trastorno de conducción intraauricular, bradicardia sinusal, bloqueo de rama derecha a diferentes frecuencias. Unidad de arritmias: Se implanta marcapasos bicameral sin complicaciones

CONCLUSIONES

En las Comunidades Autónomas existen zonas limítrofes que suponen un problema en materia de salud al tener el hospital de referencia a una-dos horas de distancia. La cooperación y acuerdos entre comunidades facilitan el acceso al sistema sanitario al poder acudir a hospitales y/o utilizar medios de transporte extracomunitarios y así acotar los tiempos desde que se inicia la primera asistencia hasta su tratamiento definitivo. Esto cobra especial interés si hablamos de patologías tiempo-dependientes, en las que disminuir los tiempos es de vital importancia para la supervivencia y posible recuperación del paciente resumiéndose todo en prestar una atención de calidad al ciudadano.

182

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 143

PRIMER FIRMANTE
Celia López Gonzalo

AUTORES
Gabriel Gómez Yagüe;
José pablo Calle
Sánchez; Cristina
Moreno Martín; Ariana
Leonor Cardiel; María
Jiménez Martín;

CENTROS DE TRABAJO
Instituto de Ciencias
de la Salud de Castilla
y León (ICSCYL) y del
Hospital la Fuenfría
(SERMAS)

IES Andrés Laguna
(Segovia)

Hospital General de
Segovia

Hospital Virgen del
Rocío (Sevilla)

ENSEÑANZA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN LOS DIFERENTES CURRÍCULOS EDUCATIVOS AUTONÓMICOS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE ESPAÑA

INTRODUCCIÓN

Las recientes recomendaciones del International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) evidencian la necesidad y la pertinencia de la formación en soporte vital básico para niños en edad escolar. En España, la entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE) en 2021 y su posterior concreción curricular a través del Real Decreto 217/2022, de 29 de marzo, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Secundaria Obligatoria, ha supuesto una modificación en las competencias de aprendizaje en reanimación cardiopulmonar en los diferentes currículos educativos autonómicos.

OBJETIVO

Describir el contenido de la enseñanza en RCP en Educación Secundaria Obligatoria (ESO) en los currículos educativos de las diferentes comunidades autónomas de nuestro país.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión de los 18 currículos educativos existentes para la ESO en España.

RESULTADOS

Existen diferencias entre las distintas comunidades autónomas en cuanto al contenido en RCP en el currículo educativo dentro de las competencias de aprendizaje relacionados con los primeros auxilios. Aunque en todas las CCAA se incluyen contenidos específicos (conducta PAS, protocolo 112, SVB, RCP incluyendo el uso del DESA, maniobra de Heimlich e identificación de señales de ictus, etc.), en la asignatura de Educación Física (a excepción de Castilla y León y Euskadi que lo amplían a otras materias), estos no se distribuyen de forma igualitaria por cursos ni se evalúan del mismo modo.

CONCLUSIONES

La enseñanza en RCP como contenido descrito tanto en la legislación estatal como autonómica se encuentra en consonancia con las últimas recomendaciones del ILCOR sobre la enseñanza de soporte vital básico en niños en edad escolar. Sin embargo, existen diferencias considerables en su desarrollo entre los diferentes currículos autonómicos, cuya implementación también puede variar en función de la metodología empleada en las aulas. Es necesario que profesionales de la sanidad y de la educación trabajen conjuntamente para garantizar un adecuado proceso de enseñanza-aprendizaje en RCP para la población en edad escolar.

183

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 144

PRIMER FIRMANTE

Esther Portugal
Rodríguez

AUTORES

Mercedes Artola
Blanco; Álvaro Velasco
Villagarcía; Jaime
Pérez Gutiérrez; Elena
Bustamante Munguira;
Nuria Mamolar Herrera;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Clínico
Universitario de
Valladolid

VALORACIÓN CONTINUADA DE LAS HABILIDADES FORMATIVAS BÁSICAS Y AVANZADAS EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

INTRODUCCIÓN

La evaluación formativa en el aprendizaje de RCP, está centrada en un seguimiento de las habilidades, donde fortalecer los aciertos y reconducir los errores forma parte del proceso educativo.

OBJETIVO

Detectar las dificultades que presentan los médicos y enfermeras en formación de distintas especialidades, previo a la realización de un Programa Formativo en Soporte Vital Avanzado (SVA), tras 3,5 meses de trabajo en un hospital. Evaluar las mejoras detectadas en las mismas tras la realización del curso.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, prospectivo, unicéntrico donde se evalúan de habilidades en RCP PRE/POSTCURSO de SVA en un hospital, empleando escenarios de simulación homogéneos, mediante un check-list de 12 ítems (identificación de la parada cardiorrespiratoria (PCR), solicitud de ayuda y/o DESA, compresiones de calidad, ventilaciones de rescate, minimizar interrupciones en RCP, uso de DESA, algoritmo y/o medicación adecuada, diagnóstico y tratamiento de las causas reversibles, trabajo en equipo). 3 alumnos/caso. Mismo observador. El material empleado fue un maniquí de alta fidelidad, DESA y ambú.

RESULTADOS

Se realizaron 4 cursos de formación en SVA donde participaron 57 alumnos. 1 alumno no pudo ser evaluado. El 32,1% fueron varones. En la evaluación precurso: 30,3% de los alumnos identificaron PCR de forma adecuada; 14,2% solicitaron ayuda; 39,2% dieron compresiones de calidad; 23,2% ventilaciones de rescate; 42,8% no fueron capaces de minimizar las interrupciones; Solo el 7% fueron capaces de escoger el algoritmo de PCR correcto y el 8,9%, eligieron la medicación de PCR adecuada. El 64,2% presentaron dificultades para el trabajar en equipo. En la evaluación postcurso se detectó, una mejora de hasta 76,7% en la identificación de la PCR; 78,57% solicitud de ayuda; 96,4% compresiones de calidad y solo 12,5% presentar dificultades para minimizar las interrupciones. El 78,5% escogieron el algoritmo de RCP y la medicación (75%) correcta. El 71,42% fueron capaces de trabajar en equipo.

CONCLUSIONES

El grado de aprendizaje del programa formativo en RCP fue muy elevado, dado los datos extraídos en la evaluación formativa continuada. Regular el avance y detectar las áreas a reforzar es la clave en el proceso.

184
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 145

PRIMER FIRMANTE
Valvanera Cordón Hurtado

AUTORES
María Hernández
Ledesma; Álvaro Arribas
Cerezo; Idoya Adanero
Calvo; Marta Giménez
Luzuriaga; Amaya Burgos
Esteban;

CENTROS DE TRABAJO
SES 061 La Rioja

HEMOTÓRAX MASIVO POR TRAUMATISMO TORÁCICO CON ARMA BLANCA

INTRODUCCIÓN

Las heridas por arma blanca son la causa más frecuente de herida torácica abierta en nuestro entorno, con una incidencia muy superior a las heridas por arma de fuego. Los traumatismos torácicos pueden producir lesiones de los vasos torácicos. Una evaluación inicial rápida y las intervenciones apropiadas salvan vidas.

CASO CLÍNICO

Se moviliza una Unidad de Soporte Vital Avanzado por varón, 29 años, apuñalado en el pecho a la puerta de una discoteca. Policía Nacional y Policía Local están presentes en el lugar, despejando la zona e interrogando a los testigos en el exterior del local.

A nuestra llegada el individuo se encuentra sentado en el suelo, apoyado contra la pared pálido, sudoroso y somnoliento. Los testigos indican que le han clavado un arma blanca en el pecho. Presenta herida paraesternal derecha de 4 cms de anchura sin sangrado activo. El paciente ha consumido alcohol y cocaína. No refiere dolor.

Multitud en el lugar increpando e insultando al personal sanitario. Dado que la escena es hostil y que el mecanismo lesional con herida por arma blanca es muy aparente detectamos situación de "cargar y llevar".

Paciente consciente con tendencia al sueño. Pálido y sudoroso. Taquipnea superficial. Mal aspecto general. Herida horizontal abierta en tórax, paraesternal derecha, de 4 cms de anchura con exposición subcutánea. Se coloca parche Asherman. Canalización accesos vasculares intravenosos en camino a centro útil. Administramos sueroterapia mejorando el nivel de conciencia, pero persistiendo hipotensión y taquicardia.

A su llegada a centro útil se activa protocolo de hemotransfusión masiva. Tomografía computerizada torácica muestra gran hemotórax izquierdo que ocupa cerca del 70% del hemitórax izquierdo. Se visualiza parte del parénquima pulmonar desplazado y comprimido hacia adelante por el hemotórax. Hemoneumotórax izquierdo por herida por arma blanca.

Se activa protocolo de Toracotomía de urgencia y reparación de lesión en arteria mamaria interna.

CONCLUSIONES

El trauma torácico es frecuente en las víctimas de trauma grave. Muchas de las lesiones son potencialmente letales, pero pueden tratarse mediante una intervención rápida y un traslado a un centro útil, prestando especial atención a la valoración continua para detectar complicaciones potenciales de manera precoz.

186
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 146

PRIMER FIRMANTE
Clara Isabel Tejada Garrido

AUTORES
María Hernández; Rafael
Tamayo Rodríguez; María
Estela Colado Tello; Ana
Cobos Rincón; Juan José
Eito Cuello;

CENTROS DE TRABAJO
Universidad de La rioja

Iberocardio Formación S.L.

Hospital de Barbastro

CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS NECESARIAS PARA LA APLICACIÓN DE MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DE CALIDAD EN ESCOLARES

INTRODUCCIÓN

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es una técnica vital en situaciones de emergencia que pueden salvar vidas. Sin embargo, la efectividad de la RCP depende en gran medida de las características físicas de quienes la aplican. El desarrollo físico de los escolares es muy variado tanto por edad como por sexo. En el caso de los escolares, es esencial comprender qué atributos físicos son necesarios para llevar a cabo maniobras de RCP de calidad.

El objetivo principal de este estudio fue determinar las características físicas necesarias para aplicar maniobras de RCP de calidad en escolares.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo de una muestra de 217 escolares de edades comprendidas entre los 9 y 13 años. Se midieron diferentes parámetros físicos, como la altura, el peso y la envergadura de los brazos.

OBJETIVO

Objetivo: Inferir las características biométricas adecuadas para realizar una reanimación cardiopulmonar básica de calidad en escolares.

RESULTADOS

De los 217 escolares, 117 fueron capaces de realizar una RCP de calidad durante 2 minutos. El peso, talla y envergadura de brazos medio de estos escolares fue de: 42,8 kg, 148,85 cm y 148 cm, respectivamente.

CONCLUSIONES

Además de la edad de aprendizaje, el peso, talla y envergadura de brazos parecen factores clave para la realización de una RCP de calidad.

187

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 147

PRIMER FIRMANTE
María Molina Oliva

AUTORES
Alberto García Galán;
Rafael Martín Sánchez;
María Elena Álvarez
Rodríguez; Javier
Sánchez Simancas;

CENTROS DE TRABAJO

GERENCIA DE
EMERGENCIAS
SANITARIAS DE
CASTILLA Y LEÓN

GUETS

ACTÚA RÁPIDO, MEJORA LA VIDA.

PROPÓSITO

Importancia de la intervención por testigos en una parada cardíaca (PCR).

METODOLOGÍA

Descripción de un caso clínico.

RESULTADOS

Varón, 58 años, estando en casa, en reposo, cursa mareo, visión borrosa y palpitaciones, toma Nitroglicerina sublingual, tras persistencia de clínica mas sudoración y dolor torácico opresivo retroesternal acude al Centro de Salud, allí sufre PCR con Fibrilación Ventricular, revertida tras tres descargas (DESA) más masaje cardíaco. A la llegada de Servicios de Emergencias (SEM), consciente, asintomático, ECG: Fibrilación Auricular (FA) a 100 lpm. Contacto con cardiólogo de guardia, indica no se administre más antiagregación por tomar Adiro. Antecedentes: Fumador, bebedor social, cardiopatía isquémica crónica: Infarto inferior, anterolateral e inferolateral crónico (2020), no viable (5/16 segmentos). Enfermedad arterial coronaria de 2 vasos (circunfleja y derecha). No alergias. En tratamiento: Rosuvastatina, Carvedilol, Omeprazol, Ácido acetil salicílico, Eplerenona, Furosemida, Sacubitrilo, Dapaglifozina. Exploración Física: TA:99/66 FC:105 lpm, Tª:36,2°C, SatO2:98% basal, Glucemia:146

mg/dl. Resto de la exploración sin alteraciones. Inicio tratamiento con Noradrenalina a 30 ml/h. Control diuresis: 1200 ml.

En hospital repiten ECG: FA a 120 lpm, eje desviado a la izquierda, QRS ancho con onda R amplia en V1-V4 y onda Q inferolateral. Laboratorio: Creatinina 1, FG 82, Sodio 144, potasio 3,3, Tnl 195(pico230), NT-proBNP 1110, Hb 15,8, leucocitos 6969, plaquetas 147000. Coagulación normal.

Se realiza cateterismo: Reestenosis intrastent y de bordes en ambos stent previamente implantados. Se efectúa implante. Sin complicaciones

Dos días después, implantación DAI-monocameral. Sin alteraciones. ECG al alta: ritmo sinusal, 60lpm con PR normal. Necrosis inferior con QS en III-aVF y onda Q en V5-V6. Repolarización normal.

CONCLUSIONES

Realizar una identificación de PCR e inicio precoz de RCP por testigos son objetivos esenciales de la cadena de supervivencia, mejorando si se inicia inmediatamente tras pérdida de consciencia. Si añadimos la desfibrilación temprana, la supervivencia aumenta desde un 5% a un 30%.

Es de vital importancia que todos los servicios de salud estén formados adecuadamente ante una PCR así como, se impulse programas de enseñanza en la comunidad para instruir a toda la población con el fin de mejorar los resultados y minimizar secuelas hasta la llegada de los SEM.

188

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 148

PRIMER FIRMANTE
Valvanera Cordón
Hurtado;

AUTORES
Clara Gran Tijada;
Amaya Burgos Esteban;
Marta Giménez Luzuriaga;
María Hernández
Ledesma; Nuria Sánchez
Esteban;

CENTROS DE TRABAJO
SES 061 La Rioja

EXPERIENCIA DEL PRIMER TRANSPORTE DE PACIENE CRÍTICO EN HELICÓPTERO

INTRODUCCIÓN

La asistencia y transporte medicalizado en helicóptero (HEMS) es un recurso de los servicios de emergencias médicas (SEM) con un papel primordial en la atención al paciente crítico debido a sus características especiales. Su efectividad y eficiencia dependen de una óptima coordinación de los SEM. El SEM de La Rioja dispone de dicho servicio desde el 8 de agosto de 2023.

CASO CLÍNICO

Se moviliza HEMS por mujer, 47 años, con traumatismo craneoencefálico severo tras caída en bicicleta en carretera rural, a más de una hora en asistencia terrestre y a 10 minutos en helicóptero.

A la llegada de HEMS, bomberos forestales en el lugar junto con Guardia Civil asegurando la zona. Testigos refieren que mientras la víctima bajaba por carretera se ha partido la llanta de la rueda anterior y ha caído, golpeándose hemicuerpo derecho y cabeza sobre el asfalto.

Equipo de Atención Primaria rural en el lugar, refieren que han retirado casco y colocado inmovilización cervical. Están canalizando acceso vascular venoso para extracción sanguínea y analgesia.

En nuestra valoración inicial encontramos hipoventilación en hemitórax superior derecho con crepitación costal anterior de 3/6 costillas, otorragia y crepitación con hundimiento de peñasco, dolor a la palpación paravertebral desde nivel cervical a lumbar, en hombro y clavícula derechos, así como en cadera izquierda.

Administramos analgesia con Fentanilo para inmovilización y posterior transferencia a tablero espinal con colchón de vacío y cinturón pélvico, ácido tranexámico y profilaxis antiemética previa al traslado en HEMS.

Se contacta con centro coordinador y se decide traslado a centro útil (fuera de nuestra comunidad). En el hospital se realiza tomografía axial computerizada donde se objetiva neumotórax severo que despega pleura hasta base en hemitórax, fracturas costales múltiples y fractura de clavícula derecha. Ante los hallazgos se decide cirugía urgente.

CONCLUSIONES

El uso de HEMS proporciona un beneficio en los pacientes con trauma grave al acortar los tiempos de traslado, así como mejorar la estabilidad en el mismo. La utilización del aerotransporte complementa el transporte sanitario por carretera, permitiendo la atención precoz y el traslado al centro útil con la mayor brevedad, principalmente en patologías tiempo dependientes.

189

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 149

PRIMER FIRMANTE
Lara Tomás DelgadoAUTORES
Sandra Palomar
Hernández; Sevina
Velizarova Halacheva;CENTROS DE TRABAJO
Hospital Santa Barbara
de Soria

PATOLOGÍA TIEMPO DEPENDIENTE EN URGENCIAS. ACTUACIÓN EN EL CÓDIGO INFARTO

PROPÓSITO

El código infarto es un protocolo especializado diseñado para la atención rápida y eficiente de pacientes que presentan signos y síntomas de infarto. Se activa cuando se sospecha que un paciente tiene una obstrucción en una de las arterias coronarias.

La rapidez en la atención es crucial, ya que un tratamiento oportuno puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte, así como en la calidad de vida del paciente. En el 87% de los hospitales en España la detección precoz la lleva a cabo enfermería, quien es la encargada del triaje, de ahí la importancia en la formación de estos profesionales.

Este protocolo suele incluir la obtención rápida de un electrocardiograma, la administración de medicamentos trombolíticos o la realización de un cateterismo cardíaco para desbloquear la arteria obstruida.

OBJETIVOS

Proponer un protocolo de actuación de código infarto para el SUH del Hospital Santa Bárbara de Soria.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión en las bases de datos del centro, para lo cual se obtuvo permiso de la Unidad de Investigación.

RESULTADOS

En el año 2022 en el SUH del Hospital Santa Bárbara de Soria se atendieron 34096 pacientes, de los cuales 696 acudieron por dolor torácico. De ellos 174 precisaron el ingreso hospitalario para su posterior estudio y tratamiento. Finalmente 34 de esos casos fueron diagnosticados de Síndrome Coronario Agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) y 20 de Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST).

Ante esta situación, se resalta la importancia de la existencia de un protocolo de código infarto que influye favorablemente en el tiempo desde la llegada hasta la atención, en los resultados clínicos y, por lo tanto, en un menor daño en el músculo cardíaco.

CONCLUSIONES

La implementación exitosa del código infarto ha demostrado ser fundamental para mejorar los resultados clínicos y reducir las complicaciones asociadas a los infartos agudos de miocardio.

Es importante destacar que la efectividad depende de la sensibilización y formación de los profesionales de la salud y de la disponibilidad de recursos médicos avanzados.

190
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 150

PRIMER FIRMANTE

Lázaro Jiménez
Clemente

AUTORES

Alvaro Lafuente la Hoz;
Marta Gasca Carceller;
Armando Cester
Martinez; Maria Llorente
Omeñaca; Carlos Díaz
Roy;

CENTROS DE TRABAJO

UVI Móvil Bomberos
Ayuntamiento Zaragoza

NIVELES ELEVADOS DE LACTATO Y EXCESOS DE BASES COMO PREDICTOR PRECOZ DE SHOCK OBSTRUCTIVO TRAUMÁTICO A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

Los estudios recientes demuestran que los niveles elevados de lactato y exceso de bases indican hipoperfusión y sangrado activo en el shock hipovolémico hemorrágico.

Cuando existe un shock obstructivo traumático como el neumotórax a tensión o el taponamiento cardíaco no hay estudios que hagan referencia a los posibles cambios en los niveles sanguíneos de lactato ni exceso de bases. En el caso del taponamiento cardíaco el diagnóstico extrahospitalario se basa en el mecanismo lesional, la clínica y en la ecografía cardíaca.

METODOLOGÍA

A propósito de un caso de taponamiento cardíaco por herida penetrante en tórax pretendemos exponer que los niveles de lactato y exceso de bases se elevan precozmente incluso antes que la visualización de sangre en el pericardio.

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica sin encontrar ningún estudio ni revisión de casos que correlacionen cifras elevadas de lactato y exceso de bases con el inicio del taponamiento cardíaco.

Dadas las cifras elevadas de lactato y exceso de bases se inicio tratamiento precoz con áci-

do tranexámico y perfusión de noradrenalina.

En la transferencia hospitalaria el paciente estaba estable y con reducción significativa del nivel de lactato y excesos de bases.

Los resultados nos hacen plantear la hipótesis que tanto el lactato como el exceso de bases también parecen elevarse precozmente en el shock obstructivo traumático proponiendo un estudio más amplio.

191

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 151

PRIMER FIRMANTE
Sandra Palomar
Hernández

AUTORES
Lara Tomás Delgado;
Sevina Velizarova
Halacheva;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Santa Barbara de
Soria

ENSEÑANZA Y CONCIENCIACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE LA RCP EN NIÑOS.

INTRODUCCIÓN

La enseñanza de la Reanimación Cardiopulmonar (RCP) en niños es un aspecto crucial para la promoción de la seguridad y la respuesta efectiva frente a emergencias médicas en el ámbito pediátrico. La RCP constituye un conjunto de técnicas vitales que incluyen compresiones torácicas y ventilaciones para restablecer el flujo sanguíneo y la oxigenación en casos de paro cardíaco o respiratorio. Aprender y enseñar estas habilidades específicamente orientadas a niños es esencial, ya que las necesidades fisiológicas y anatomía de los niños difieren significativamente de las de los adultos.

OBJETIVOS

Exponer la importancia que tiene el aprendizaje de este tipo de técnicas en niños.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos.

RESULTADOS

La enseñanza de la RCP en niños no solo empodera a padres, cuidadores y profesionales de la salud con las herramientas necesarias para responder ante situaciones críticas, sino que también contribuye a aumentar las tasas de supervivencia en casos de emergencia pediátrica. Además, la formación en RCP en niños aborda la importancia de reconocer signos tempranos de urgencia, la activación rápida de servicios de emergencia y la aplicación de técnicas específicas adaptadas a las necesidades de los más pequeños.

CONCLUSIONES

Este proceso educativo no solo se centra en la capacitación técnica, sino también en la creación de conciencia sobre la relevancia de la RCP en la prevención de discapacidades a largo plazo y la preservación de la vida infantil. La implementación de programas de enseñanza de RCP en contextos educativos, comunitarios y familiares se convierte, así, en un componente esencial de la promoción de la salud infantil y la respuesta eficaz ante situaciones de emergencia que involucran a los niños.

CON LA COLABORACIÓN ESPECIAL

PATROCINADORES DEL CERCP



ESPÓNSORES PRINCIPALES



Laerdal
helping save lives



Bexen cardio



ESPÓNORES CON STAND COMERCIAL

Ambu



mindray

PHILIPS



stryker

Teleflex

ENTIDADES COLABORADORAS



ÁREA DE EMERGENCIAS

serveo

ESPÓNSORES QUE PRESENTAN UN WORKSHOP



Laerdal
helping save lives



Bexen cardio





CONTACTO

Secretaría del Consejo Español de RCP

Telf. 626 745 227

Horario: Lunes a Viernes de 08:00 a
14:00 h .

Email: coordinacion@cercp.org

<https://congreso.cercp.org>

