

40 CONGRESO NACIONAL DEL CONSEJO ESPAÑOL DE RCP

PALMA DE MALLORCA

5 Y 6 NOVIEMBRE 2021

AUMENTAR LA SUPERVIVENCIA DE
LA PARADA CARDÍACA ES POSIBLE

rcep
Consejo
Español

GOIB

CONSELLERIA
SALUT I CONSUM
SAMU061

 **SAMU
061**



LIBRO DE ABSTRACTS

Presidenta:

Su Majestad la Reina Doña Leticia Ortiz Rocasolano

Miembros:

Sra. Patricia Gómez Picard Consejera de Salud de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares.

Sr. José Manuel Valverde Rubio Presidente del Colegio Oficial de Médicos de las Islas Baleares.

Sra. Mª José Sastre Perea Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de las Islas Baleares.

Presidente:

Dr. Frutos del Nogal Sáez

Vicepresidente:

D. Eloy Villalba Ballesteros

Miembros:

Dr. Carlos Alonso Blas
Dr. José Mª Álvarez Franco
Dra. Magdalena Canals Aracil
Dr. Ervigio Corral Torres
Dr. Ignacio Fernández Lozano
Dra. Carmen Gasco García
Dª. Inés Rubí Alzugaray
Dr. Luis Sánchez Santos
Dr. Carlos Urkia Mieres
Dr. Gonzalo Zeballos Sarrato

Secretaría técnica:

Dña. Virginia Vara Mañanas

Presidente:

Dr. Ervigio Corral Torres

Miembros:

Dr. Carlos Alonso Blas
Dr. José Mª Álvarez Franco
Dra. Magdalena Canals Aracil
Dr. Alfredo Echarri Sucunza
Dra. Josefina Galán Romero
Dr. José M. Giraldo Sebastián
D. Francisco José Gómez Gómez
Dr. Juan José Lara Sánchez
Dra. Marta Martínez del Valle
Dr. José María Navalpotro Pascual
Dr. Frutos del Nogal Sáez
Dra. Carmen del Pozo Pérez
Dr. Fabio Rincón Jiménez
Dra. Inés Rubí Alzugaray
Dr. Gonzalo Zeballos Sarrato

ÍNDICE DE COMUNICACIONES ORALES

17 EL CONFINAMIENTO DOMICILIARIO PUDO MODIFICAR EL PATRÓN DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO

Daniel Ramírez González, Daniel Cabeza Fernandez; Adrián Ruiz Moro;

18 LA CADENA DE SUPERVIVENCIA TAMBIÉN FUNCIONA EN EL METRO

Victor Manuel Martín López, Christian Koehler Gallardo Mayta; Jorge Sances Criado; Alicia Verónica Teruel Méndez;

28 EL CONFINAMIENTO VARIÓ EL PERFIL DE LA PATOLOGÍA TRAUMÁTICA ATENDIDA POR LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS.

Dana Roxana Ionica, Sandra Justo Morato;

30 DESCRIPTIVO DE LAS PCRS ATENDIDAS POR LOS HELICÓPTEROS MEDICALIZADOS DEL 061 DE GALICIA DESDE EL AÑO 2015 AL 2019 ANTERIOR A COVID-19

Jose Abuin Flores, Ursino, Veloso García; Maria Del Pilar Pavón Prieto; Iria Souto Lorenzo

33 PROGRAMA “ PAPI SALVAVIDAS”

Juan Carlos Linares Hernandez, Manuel Florentino Bengoechea Lopez; Margarita Sanchez Antón; Francisco Martinez Conesa;

50 EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES PRONÓSTICOS EN LA PARADA CARDIACA TRAUMÁTICA

Daniel Cabeza Fernández, Daniel Ramírez González; Adrian Ruiz Moro;

56 IMPACTO DEL COVID-19 EN LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIOS DE CATALUÑA

María del Mar Escudero Campillo, Anabel Alonso; Cristina Soro; Montserrat Gorchs; Albert Moreno; Olga Campos;

58 INCIDENCIA Y TIEMPOS DE ASISTENCIA EN LA ATENCIÓN A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA ANTES Y DESPUES DE LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DE ALARMA POR LA PANDEMIA DE COVID-19. “ESTUDIO EPI-TIME”.

Javier Calatrava Sánchez, María del Carmen Castillo Ruiz de Apodaca; Beatriz Ballesteros Rodríguez; César Escudero González; Abel Ruiz Suárez; Leonardo Ramírez Freire;

61 INFLUENCIA DEL GENERO SOBRE EL MANEJO Y LOS RESULTADOS EN SALUD DE LA PARADA CARDIORESPIRATORIA

Miguel Angel Espina Boixo, Carmen Gutiérrez García; María José Luque Hernández; Miguel Angel Paz Rodríguez; José María Villadiego Sanchez; Elia Fernández Martínez;

63 RELACIÓN ENTRE EL PH INICIAL Y LA RECUPERACIÓN NEUROLÓGICA EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA ADULTA.

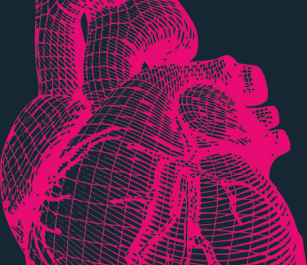
Iker Apraiz Sánchez, Leire Agirre Garrido;

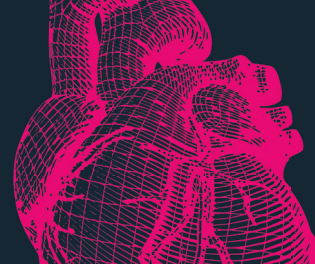
64 VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO TEP (TROMBOEMBOLISMO PULMONAR): UN PROCEDIMIENTO QUE INCLUYE ECOGRAFIA EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

Guillermo Mancho Cebrian, Carmen Camacho Leis; Natividad Ramos Garcia; Gerardo Cossio Cavanilles; Raul Rico Parra; Jose Luis Salgado Vega;

65 TEP MASIVO EXTRAHOSPITALARIO: LA ECOGRAFÍA IN SITU QUE SALVA VIDAS.

Guillermo Mancho Cebrian, Carmen Camacho Leis; Natividad Ramos Garcia; Victorino Perez Velasco; Juan Jose Carricoba Sanz; Luis Enrique Gonzalez de la Guerra;





68 ¿SABEN PRIMEROS AUXILIOS LOS DOCENTES DE INFANTIL Y PRIMARIA?

Sara Rodríguez Gómez, Anna Deffner Deffner; Verónica Gómez Rodríguez;

70 VALIDEZ DE LA DETERMINACIÓN DE MISMATCH NEGATIVITY (MMN) EN LA VALORACIÓN DEL PRONÓSTICO NEUROLÓGICO DE PACIENTES QUE PERMANECEN EN COMA TRAS UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Yordanov Zlatkov, Viktor; Vivar Vela, Mercedes; García Pacios, Verónica; García González, Inés; Bringas Bollada, María; González Arenas, Paloma

71 PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA. INCIDENCIA. SUPERVIVENCIA AL AÑO.

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

78 DESARROLLO DE SIMULADOR DE BAJO COSTE PARA REANIMACIÓN DE TRAUMA MEDIANTE IMPRESIÓN 3D Y SILICONAS

Andrés Climent Rubio, Rosa Anna Chorro Bas; Josep Chorro Bas; Moises Jesús Martí García;

79 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR INTRAHOSPITALARIA: PROYECTO DE MEJORA

Maria Angeles Guillén Chalezquer, Elena Regaira Martínez; Maite Rodríguez Murugarren; Elena Guzmán Unamuno; Mónica Vázquez Calatayud

80 SIMULACRO INTEGRAL COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA RESPUESTA A LA PARADA CARDIORESPIRATORIA

Elena Guzmán Unamuno, Maite Rodríguez Murugarren; Maria Angeles Guillén Chalezquer; Elena Regaira Martínez; Mónica Vázquez Calatayud;

87 ¿DEBERIAMOS HACER MAS ENFASIS EN NUEVAS LOCALIZACIONES PARA LA COLOCACION DE LOS DEAS EN LA SOCIEDAD?

Gabriel Jiménez Moral, Fernando Ayuso Baptista; María José Luque Hernández; Diego De Vicente Contreras; Jose Antonio Ortiz Gómez; Francisco Romero Morales;

88 ¿EL USO DEL DEA PREVIO A LA LLEGADA DEL EE MEJORA REALMENTE LA SUPERVIVENCIA DE LAS PCR?

Gabriel Jiménez Moral, Jose María Villadiego Sánchez; Victoria Maiz Gabino; María Ángeles Rodríguez Matinez; Miguel Ángel Paz Rodríguez; Mría Angustias Rivas Castro;

94 COSTE-UTILIDAD DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EXTRAHOSPITALARIA (RCPEX) EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS EXTRAHOSPITALARIAS (SEMEX).

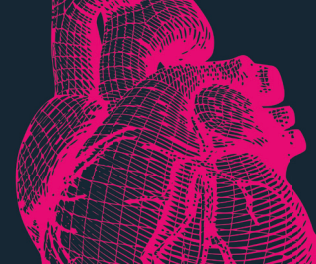
M. Isabel Casado Flórez, M. José Garcia-Ochoa Blanco; M. Luz Sabin Gómez;

128 RECOGEMOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS DATOS SUFICIENTES PARA VALIDAR LA ESCALA MIRACLE2

Mireia Casas Moreno, Francisco José Cereceda Sánchez; Esther Arias Moya; Andreu Mira Galmés; Natalia Martinez Cuellar; Inés Rubí Alzugaray

129 LA VENTILACIÓN MECÁNICA CON RESPIRADOR MEJORA LA VENTILACIÓN EN PARADA CARDIACA. INICIO DEL SYMEVECA

AlbertoHernández Tejedor; Vanesa González Puebla; Alicia Benito Sánchez; Pedro José Ruiz Hornillos; Sara Isabel Montero Hernández; María del Mar Alonso Sánchez;



132 VALOR PRONÓSTICO DE LOS PARÁMETROS ANALÍTICOS TOMADOS EN LA ESCENA SOBRE LA VIABILIDAD DEL ÓRGANO PROCEDENTE DEL DONANTE EN ASISTOLIA

Jorge Carrasco Yubero, Francisco Javier Acebedo Esteban; Carlos Torinos Cabezas; Elena Sanz de Miguel; Felipe Toledo Pardo; Antonio Verdú Verdú;

159 ASOCIACIÓN DE LAS PROPIEDADES BIOMECÁNICAS DEL TÓRAX DURANTE LA RCP MECÁNICA CON LAS LESIONES TORÁICAS Y LA SUPERVIVENCIA.

Youcef Azeli, Eneko Barbería; Silvia García Vilana; Alberto Fernández; Alfredo Bardají; Bjarne Madsen Hardig;

160 PRESION VENOSA DE CO2 PARA ESTIMAR LA SITUACIÓN VENTILATORIA EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA: ES ÚTIL?

Alberto Hernandez Tejedor; Consuelo Caniego Rodrigo; Francisco Torres García; Francisco Javier Acebedo Esteban; Antonio Moreno Jimenez;

165 FACTORES PREDICTIVOS ASOCIADOS A CAUSA CARDIACA DE LA PARADA CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA. RESULTADOS DE UN REGISTRO CON MÚLTIPLES FUENTES DE INFORMACIÓN.

Youcef Azeli, Eneko Barbería; Silvia Solà; Inés Landín; Xavier Jimènez Fàbrega; Alfredo Bardají;

166 FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD EN NIÑOS CON TCE MODERADO-GRAVE ATENDIDOS POR UN SEM.

Antonio Pérez Alonso

167 ESCALA AVDN TIENE FIABILIDAD SIMILAR AL GLASGOW MODIFICADO EN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE PEDIATRICO

BeatrizRodríguez Esplandiu, Sara Isabel Montero Hernández; Mª Isabel Vázquez García; Carlos Luis Villamor Sánchez;

175 FACTORES ASOCIADOS A LA RECUPERACIÓN DE CIRCULACIÓN ESPONTÁNEA EN LA PARADA CARDIACA POR AHOGAMIENTO

Escorcía Chafer, Juan Antonio; Pérez López, Aitana; Verge López, Juan José; Jiménez Herrera, María Francisca; Mora Vives, Àngels; Solà Muñoz, Silvia.

178 ¿PREDICE LA SUBESCALA MOTORA DEL GLASGOW LA GRAVEDAD EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO PEDIÁTRICO?

Sara Isabel Montero Hernández, María Isabel Vázquez García; Beatriz Rodriguez Esplandiu; Carlos Luis Villamor Sánchez;

ÍNDICE DE PÓSTERS



2 ¿SE CUMPLEN LAS RECOMENDACIONES DE LA EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL 2021 EN LOS LIBROS DE PRIMEROS AUXILIOS PUBLICADOS EN ESPAÑOL?

Angel López González, Joseba Rabanales Sotos, David Cuesta Abellan, Lorena Rozas Bueno.

9 BENEFICIOS EMOCIONALES DE LA RCP PRESENCIADA POR LA FAMILIA

Franz, Ricardo A. Calvo, Bota, A. M., García-Pazo, Patricia

10 BENEFICIOS DE LA FORMACIÓN EN SOPORTE VITAL BÁSICO EN LA POBLACIÓN ESCOLAR

Calvo Bota, A. M., Franz, Ricardo A. García-Pazo, P.

11 EL DOCENTE COMO FIGURA CLAVE EN LA DIFUSIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS EN SOPORTE VITAL BÁSICO

Luque-López, Lourdes, Molina-Mula, Jesús

12 LA FORMACIÓN EN SOPORTE VITAL BÁSICO, CLAVE, TAMBIÉN EN LA POBLACIÓN ADULTA LEGA

Luque-López, Lourdes, Molina-Mula, Jesús

13 ANÁLISIS DE PROCESOS TRAUMATOLÓGICOS EN LOS ACCIDENTES DE PATINETE

Martín López, Judith, Barea Mañas, Jorge, Rotger Terrassa, Antonio, Cañellas Salvado, Vicente, Galiana Garcia, Juan, Carlos; Taura Junco, Pilar.

14 SUPERVIVENCIA DE LA PCR ANTE INDICACIONES DE RCP TELÉFONICA DEL CENTRO COORDINADOR

Martín López, Judith; Cañellas Salvado, Vicente; Galiana Garcia, Juan Carlos; Taura Junco, Pilar; Puig Najera, Manuel; Valles Bauza, Antonia.

15 VALOR PRONOSTICO DE LOS PARAMETROS METABÓLICOS EN EL MANEJO DE EMERGENCIAS DEL SCACEST

Carlos Luis Villamor, Sánchez; Sara Isabel Montero Hernández; Jose Antonio Lara Fernandez; Francisco Javier Concejero Ballester;

16 PATRÓN DE WINTER, PRESENTACIÓN INUSUAL DEL CÓDIGO INFARTO

Christian Koehler Gallardo Mayta; Víctor Manuel Martín López; Carlos Jiménez Rodríguez; Jorge Ruíz Cebolla;

20 FORMACIÓN EN SOPORTE VITAL EN LA AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL

José Luis Arjona Huertas; Rafael Siendones Castillo; Joaquin Pelaez Cherino; Eduardo Roquero Pérez;

24 DESFIBRILACIÓN SEMIAUTOMÁTICA EN NUESTRA EMPRESA SANITARIA

José Luis Arjona Huertas; Rafael Siendones Castillo; Joaquin Pelaez Cherino; Eduardo Roquero Pérez;

25 RESISTENCIA AL CAMBIO EN SITUACIONES DE PARADA Y PERIPARADA. HACER VISIBLE LO INVISIBLE

Rafael Siendones Castillo; Joaquín Pelaez Cherino; Jose Luis Arjona Huertas; Carmen Del Pino De La Fuente;

ÍNDICE DE PÓSTERS



31 LOS PARÁMETROS ANALÍTICOS CONSTITUYEN UNA HERRAMIENTA ÚTIL EN EL DIAGNÓSTICO DE EMERGENCIAS DEL ICTUS

Rocio Marino Genicio; Mercedes Sen;

32 LA CANALIZACIÓN DE UNA VÍA INTRAÓSEA ESTÁ ASOCIADA A UN AUMENTO DE LA MORTALIDAD EN LA PARADA CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA

Carlos Rodríguez Blanco; Antonia Martínez Vázquez; Alberto Hernández Tejedor; Eduardo Barrero Barrero;

34 PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL TERRENO DE JUEGO Y COMO REVERTIRLA

Manuel Osuna Diaz; Antonio Moure Vallet; Vicente Coronel Roldan;

35 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN RECIÉN NACIDOS

Manuel Osuna Diaz; Victoriano Manuel Sánchez Córdon; Juan Antonio Gutiérrez Sánchez;

36 MICROBOLOS DE DROGAS VASOPRESORAS EN EVENTOS DE HIPOTENSIÓN ARTERIAL DEL PACIENTE POSTPARADA CARDÍACA

Raúl Trujillo Rosales

37 INCIDENCIA DE LA INCORRECTA MONITORIZACIÓN DE LAS DERIVACIONES PRECORDIALES DEL ELECTROCARDIOGRAMA. ¿ COLOCAMOS EN EL SITIO CORRECTO LOS ELECTRODOS

Eva Jiménez Hijosa

38 TROMBECTOMIA ASOCIADA A TROMBOLISIS INTRAVENOSA VS FIBRINÓLISIS AISLADA

María del Carmen Quero Sánchez; Orlinda Yohandra Gómez Nieves;

39 CADENA DE ASISTENCIA DEL CÓDIGO TRAUMA

María del Carmen Quero Sánchez; Orlinda Yohandra Gómez Nieves;

40 AUMENTANDO Y MEJORANDO LA SEGURIDAD SANITARIA EN EVENTOS - PLANIFICANDO _ SECTORIZANDO CADA MOMENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD SANITARIA EN EVENTOS

Manuel Aguilarte Plaza; Jose Manuel Molina Solis; Jorge Barea Mañas;

42 ¿CÓMO ES LA FORMACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LAS MÁSCARAS LARÍNGEAS EN LA RCP REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA?

María De Lluc Martinez Avellaneda; Francisco José Cereceda Sánchez; Juan José García Lindez; Andreu Mascaró Galmés; Eloy Villalba Ballesteros; Felipe Salguero Martínez;

43 ICTUS ISQUEMICO SECUNDARIO A DISECCION DE LA ARTERIA CAROTIDA INTERNA (DTACI) EN UN JUGADOR DE RUGBY A PROPOSITO DE UN CASO EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

D Martin Reyes, AF Casas Temprano, M Vazquéz Mugas, R Lopez Piñas, A Borrella Romero, J Jimenez Blanco

ÍNDICE DE PÓSTERS



44 PAPEL DE LA ENFERMERÍA REGULADORA EN LA PREALERTA HOSPITALARIA

Daniel González Santano; Elena Silvestre Medina; Raquel Quindos Rubial; Lucía Ortiz Olmedo;

45 ATENCIÓN ENFERMERA EN EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR A PROPÓSITO DE UN CASO

Daniel González Santano; Elena Silvestre Medina; Raquel Quindos Rubial; Lucía Ortiz Olmedo;

46 BURNOUT E IMPACTO PSICOLÓGICO DEL TRABAJO CON PACIENTES COVID-19 EN VOLUNTARIOSAS DE SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL (P.C.)

Sara Laguna Bonilla; Javier De Blas; Alberto López Redondo;

47 MANEJO ENFERMERO DEL CODIGO ICTUS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Sara Alonso Gutiérrez

48 UTILIDAD DE LAS ESCALAS DE TRAUMA MPAG Y GAP COMO PREDICTORAS DE MORTALIDAD EN EL TRAUMA GRAVE

María Cristina Barneto Valero; Manuela López Castellanos; Antonio Fabián Nieto; Rodrigo Ruiz Castellanos; Ángel Martínez Rodrigo; Santiago Apilluelo Gutierrez;

49 LA INFLUENCIA DE LA PANDEMIA EN LA ASISTENCIA POR LAS UNIDADES DE SVA DE ENFERMERÍA

Adrian Ruiz Moro; Daniel Cabeza Fernandez; Daniel Ramirez Gonzalez;

51 EL ESTRÉS PSICOLÓGICO COMO FACTOR DE RIESGO PARA SUFRIR UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ICTUS)

Paula Carretero Mateo

52 SISTEMA MECÁNICO DE COMPRESIÓN LUCAS. USO, VENTAJAS E INCONVENIENTES

Rocío Sánchez Rodríguez; Gustavo González Chamoso; Esther Granados Ramos;

53 ANÁLISIS DE LOS DIFERENTES AGENTES HEMOSTÁTICOS PARA EL CONTROL DE HEMORRAGIA MASIVA EN LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA

Rocío Sánchez Rodríguez; Gustavo González Chamoso; Esther Granados Ramos;

54 FISIOPATOLOGÍA DEL TRANSPORTE SANITARIO TERRESTRE (TNT). EFECTOS DE LA ACELERACIÓN-DESACELERACIÓN SOBRE EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO HEMODINÁMICAMENTE INESTABLE

Gustavo González Chamoso; Rocío Sánchez Rodríguez; Esther Granados Ramos;

57 ESTUDIO SOBRE LAS CARTAS DE AGRADECIMIENTO RECIBIDAS EN UNA DÉCADA RELACIONADAS CON LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Fernando Miguel Saldaña; Alba Cano Navas; Carlos Rodríguez Blanco; Sara Isabel Montero Hernández; Francisco Javier López Albalá; Fátima Arribas Hernández

ÍNDICE DE PÓSTERS



59 DURANTE EL CONFINAMIENTO SE DETECTARON MENOS CASOS DE PERSONAS MAYORES EN RIESGO SOCIAL O CON SOSPECHA DE MALTRATO

Jesús Cano Gabriel; Alba Cano Navas; Fernando Miguel Saldaña; Domingo Salas Gómez; Victorino Pérez Velasco; Fátima Arribas Hernández;

60 PRCEDIMIENTO ASISTENCIAL PARA LAS UNIDADES DE SOPORTE VITAL BÁSICO EN EL CÓDIGO ICTUS

Jorge Luis Troya Miguez; David Barceló Román; Laura Núñez Tejedor; Benjamín Troya Miguez;

62 MOVILIDAD CERVICAL EN LA TÉCNICA “LOG ROLL PULL” EN LA PRONACIÓN-SUPINACIÓN DEL PACIENTE ADULTO CON TRAUMA GRAVE

Iker Apraiz Sánchez; Leire Agirre Garrido;

67 TRANSMISION DE ELECTROCARDIOGRAMAS

Luis Angel Diaz Lechon; Maria Victoria Diaz Grajal;

69 SIMULADOR PARA LA ENSEÑANZA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DIRIGIDO A POBLACIÓN INFANTIL SALVANDO A LLANETES

Joseba Rabanales Sotos; Angel López González; Carmen María Guerrero Agenjo; Isabel María Guisado Requena; Alicia Ramirez Tercero; Lorena Rozas Bueno;

72 LA ANAMNESIS COMO CLAVE EN EL DIAGNOSTICO

Adriana Vañó GarridoArroquia; Elena Alcanda Renquel; Jose Javier Gomez Marco; Alicia Fidalgo López;

73 DOCTORA, NO ES DEL PIS, SE LO PROMETO

Adriana Vañó GarridoArroquia; Elena Alcanda Renquel; Jose Javier Gomez Marco; Alicia Fidalgo López; Marta Candela Fernandez ; Aranzazu Mata Martinez;

74 LESIONES TRAUMÁTICAS EN LA APLICACIÓN DEL MASAJE CARDÍACO

Antonio Moure Vallet; Victoriano Manuel Sánchez Cordón; Mireia Borrego Rico;

76 PRIMEROS INTERVINIENTES EN LA RCP

Antonio Moure Vallet; Juan Antonio Gutiérrez Sánchez; Vicente Coronel Roldán;

77 MANEJO DE LA TEMPERATURA TRAS PCR_QUE ES Y COMO LO HAGO

Alejandro FernandezMoreno; Matilde Leticia SanchezArevalo Vilaplana; Tatiana Sanchez-García; Lorena Santodomingo Lobón;

81 UN PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE RCP EN LOS INSTITUTOS DE BURGOS EN COLABORACIÓN CON EL AYUNTAMIENTO DE BURGOS Y CRUZ ROJA ESPAÑOLA

Daniel Ausín Fernández; Tamara Gutierrez Barcina; Santiago Arcos García; Marta del Olmo Solas; Mónica Blanco Alonso;

83 PARADA CARDIORESPIRATORIA POR TRAUMATISMO EN EL FUTBOL BASE

Victoriano Sánchez Cordón; Manuel Osuna Diaz; Juan Antonio Gutiérrez Sánchez;

ÍNDICE DE PÓSTERS



84 CODIGO ICTUS LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO

Victoriano Sánchez Cordón; Mirella Borrego Rico; Antonio Moure Vallet;

85 PRESENCIA DE FAMILIARES DURANTE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Estefanía Padilla Álvarez; Sergio Jimenez Piña; Laura Muñoz Castillo; Alexandra Van der Hurk Jimenez;

86 VENTAJAS DEL USO DEL DISPOSITIVO AUTOMÁTICO DE COMPRESIÓN TORÁCICA

Estefanía Padilla Álvarez; Sergio Jimenez Piña; Laura Muñoz Castillo; Alexandra Van der Hurk Jimenez;

89 IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN LA POBLACIÓN INFANTIL

Esther Granados Ramos; Rocio Sanchez Rodriguez; Gustavo Gonzalez Chamoso;

90 EL ICTUS ISQUÉMICO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON CARDIOPATÍA

Esther Granados Ramos; Rocio Sanchez Rodriguez; Gustavo Gonzalez Chamoso;

91 LOS DISPOSITIVOS DE SOPORTE CIRCULATORIO AUMENTAN LA SUPERVIVENCIA

Silvia Gutiérrez Sandoval; Noelia Crespo Arroyo; Nuria Noriega Asensio;

92 AUTOEFICACIA DE LOS PROFESIONALES DE EXTRAHOSPITALARIA EN LA PANDEMIA CON LA VACUNACIÓN

Susana Navalpotro Pascual; Noemí García Santa Basilia; Juan José Fernández Dominguez; Henar Onrubia Baticón; Raúl Soto Cámara; Rosa María Cárdaba García,;

93 BENEFICIOS DE LA SIMULACIÓN PARA EL ÉXITO DE LA REANIMACIÓN EN PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS

Alexandra van den Hurk Jiménez; Estefania Padilla Álvarez; Laura Muñoz Castillo; Sergio Jiménez Piña;

95 ¿ES NECESARIO INCORPORAR LA FIGURA DEL MEDIADOR INTERCULTURAL EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA?

Maria De Lluc Martinez Avellaneda; Raquel Celador Fernández

96 EN BUSCA DE LA RETROALIMENTACION

Jose Diego Tintero Rebollo; Romina Crespi Casajuana; Ana Isabel Alba Vargas; Antonio Jimenez Martín; Pedro Soguer Gómez; Ricardo Triguero Pérez;

98 CASO CLÍNICO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTE CON INFECCIÓN RESUELTA DE COVID-19

Nuria Noriega Asensio; Silvia Gutiérrez Sandoval; Noelia Crespo Arroyo;

99 USO DE ECPPELLA (ECMO +IMPELLA®) EN MIOCARDITIS POR COVID 19 A PROPÓSITO DE UN CASO

Noelia Crespo Arroyo; Nuria Noriega Asensio; Silvia Gutierrez Sandoval;

ÍNDICE DE PÓSTERS



100 MOTIVOS DE CONSULTA EN PCRP

Diego De Vicente Contreras; Angela Ruiz Frías; Antonio Ciriaco Lopez Díaz;

102 SVB PRIMER INTERVINIENTE EN PCR PEDIÁTRICA EXTRAHOSPITALARIA

Diego De Vicente Contreras; Angela Ruiz Frías; Antonio Ciriaco Lopez Díaz;

103 ABORDAJE PSICOLÓGICO COVID 19

Javier De Blas Esteban; Sara Laguna;

104 DISPOSITIVO AVANZADO LUCAS EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

AndreaDíez; Belen Pliego;

105 ANALISIS COMPARATIVO DE LA EVOLUCION EN LA CANALIZACION DE VIAS VENOSAS EN PARADA CARDIACA EN VIA PUBLICA EN UN CIUDAD EN 2002-2018

Antonia Martinez Vazquez; Eduardo Barrero Barrero;

107 ATENCIÓN ENFERMERA EN EL SVAE COMO PRIMER RESPONDIENTE EN PARADA CARDIORESPIRATORIA(PCR), SINDROME CORONARIO AGUDO(SCA) e ICTUS

Javier Martínez Ariño; Juan Carlos Cano Bejar; Maria Jesica Martín Llorente; Jose Herráez Domínguez; Sergio Jesús Gómez De Francisco; Abraham López Arias;

108 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN UN PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN RURAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Gema Fernández Lozano; Ester Armela Sánchez-Crespo; Maria del Carmen Cutillas Benavente; Miguel Arenas García; Francisco de Borja García Pérez;

109 TECNOLOGÍAS PARA LA EXCELENCIA DURANTE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Mari Cruz Santiago San Marcos; Esmeralda Gutiérrez Ruiz; Lucía Rodrigo Esteban; Maria Gracia López Navarro; Roberto Gómez Santos; Eva Caballero Extremera;

111 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA USO DEL ÁCIDO TRANEXÁMICO EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO, ¿EVIDENCIA DEMOSTRADA?

María del Carmen Cutillas Benavente; Ángel Luis Martín-Sonseca Rodríguez; Rodrigo Pacheco Puig ; Gema Fernández Lozano; Francisco de Borja García Pérez;

112 LA FORMACIÓN DE LA RCP EN TIEMPOS DE COVID-19

Francisco José GómezMascaraque Pérez; Juan Antonio Barbolla García; Mónica Penín López;

113 PCR RECUPERADA EN VARON DE 8 AÑOS ATENDIDO POR UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

Manuela López Castellanos; Maria Del Carmen De Las Heras Jurado; Cristina Barneto Valero; Felix Garcia Ortega; Angel Martinez Rodrigo; Ceferina Cuesta Lopez;



116 USO DEL DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA) POR PERSONAL NO SANITARIO NORMATIVA VIGENTE

Antonio Borrella Romero; Cristina Calle Domínguez; Mizael Lázaro Cubas Acevedo ; Diana Martín Reyes; Raúl López Piñas; Ismael Bravo Tejedor;

118 DIAGNOSTICOS ENFERMEROS EN PARADAS CARDIORESPIRATORIAS(PCR), SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS(SCA) E ICTUS

Javier Martínez Ariño; Juan Carlos Cano Bejar; Maria Jesica Martín Llorente; Jose Herráez Domínguez; Sergio Jesús Gómez De Francisco; Rafael López Pérez;

119 TRASLADO EN POSICIÓN DE PRONO EN PACIENTE COVID-POSITIVO SIN AISLAMIENTO DE VÍA AÉREA A PROPOSITO DE UN CASO EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

Rosa María Jiménez Gallego; Emma Rosa Ballesteros Cholbi; Fernando Pérez Muñoz; Fernando Martinez Cámara; Carmen María Benito Romeral; María Jesús Matias Garcia

120 IMPORTANCIA DE CONOCER LAS MANIOBRAS BÁSICAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) EN EL ÁMBITO DEPORTIVO

Gustavo González Chamoso; Esther Granados Ramos; Rocío Sánchez Rodríguez;

121 ACTUACIÓN ANTE EL PACIENTE CRÍTICO CON ENFERMEDAD INFECCIOSA COVID-19

Daniel González Rodríguez; María del Carmen Castillo Ruiz de Apodaca; Mizael Lázaro Cubas Acevedo; Javier Calatrava Sánchez; Lázaro Jiménez Clemente; Juan José Giménez Mediavilla;

122 ANALISIS COMPARATIVO ENTRE ACCIDENTES DE BICICLETA OCURRIDOS EN VIAS URBANAS Y EN GRANDES PARQUES EN UNA GRAN CIUDAD EN EL AÑO 2019

Eduardo Barrero Barrero; Antonia Martinez Vazquez;

123 ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LOS ACCIDENTES DE BICICLETA EN UNA GRAN CIUDAD EN EL AÑO 2019

Eduardo Barrero Barrero; Antonia Martinez Vazquez;

124 RCP EN PRONO ¿UNA REVOLUCIÓN?

Isabel María García Camacho; María Anabel Lisalde Escobar;

125 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS E INDICADORES DE CALIDAD DE LA PCR EXTRAHOSPITALARIA (EH) EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS (SEM). AÑO 2021

Esther Arias Moya; Andreu Mira Galmés; Eloy Villalba Ballesteros; Juan José García Líndez; Mireia Casas Moreno; Joana Sastre Solivellas;

126 ELEMENTOS BÁSICOS DE DIAGNÓSTICO EN SCACEST

María Del Carmen Sendín Martín; Ana GarcíaPuente García; Nicolás Alberto Navarro Rubio; Olga Ispas; Horacio Jesus Majul; Jose Ignacio Prieto Romo;

130 EFECTIVIDAD DE LA HIPOTERMIA TERAPÉUTICA COMO PROTECTOR NEUROLÓGICO TRAS LA PARADA CARDIORESPIRATORIA

María Belén Pliego Martínez; Andrea Diez Franco;



131 NECESIDAD, CREACIÓN Y TRAYECTORIA DEL PUESTO ENFERMERA REFUERZO COVID EN EL CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS (CCU)

Carmen Berasategui Saiz; Arancha Tejedor Bueno; Francisco Palomino Condón; Noemi Alcorta Cayón; Ana Rosa Gonzalez Santamarja; Antonio Garcia Merino;

133 RCP SIN ÉXITO. EXITUS VS DONANTE EN ASISTOLIA EL PAPEL DEL CCU

Francisco Javier Palomino Condón; Carmen Berasategui Saiz; Arancha Tejedor Bueno; Noemí Alcorta Cayón; Antonio García Merino; Ana Rosa González Santamaría;

134 CASO CLINICO HIPERPOTASEMIA, UNA H EN LA RCP

Javier Macias Benito; Maria Vidal Marcoval; Alba Torroja Nieves; Noemi Hernandez Sanchez; Dolores Muñoz Sanchez; Cristina Visus Dormal;

135 RCP SCAPE ROOM EN URGENCIAS

Laura Pabon Lara; Javier Macias Benito ; Noemi Hernandez Sanchez;

136 PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LOS CURSOS SVIP EN CATALUÑA, ¿SON UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL PEDIÁTRICA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA?

Abel Martinez-Mejias; Antonio De Francisco Próximo; Juan Manuel Rodriguez-Lara; Luis Mayol; Jesús Payeras; Sergio AlonsoFernández;

137 UN TROMBO DE IDA Y VUELTA

Alejandro de la Pinta Zazo; Amaia Emparanza García; Marta Pérez González; Sara Alonso Gutiérrez; Paula Berruguete Sambade; Eva Domínguez del Brío;

138 ¿HA SUPUESTO LA PANDEMIA DE COVID-19 UN CAMBIO EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES SUPERVIVIENTES DE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA Y SUS CUIDADOS POSTRESUCITACIÓN?

María Dolores Victoria Rodenas; José Higinio De Gea García; Silvia Sánchez Cámara; Ana María Gómez del Pulgar Villanueva; Marta Mateos Llosa; Rubén Jara Rubio;

139 ¿ES LA ESCALA MIRACLEZ ADECUADA PARA ESTABLECER EL PRONÓSTICO NEUROLÓGICO DE LOS PACIENTES QUE SUFREN UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA REANIMADA?

María Dolores Victoria Rodenas; José Alberto Andreu Viseras; José Higinio De Gea García; Silvia Sánchez Cámara; María Alba Moreno Flores; Clara Manso Murcia;

140 USO DE LA NORADRENALINA EN PCR CON RITMO DE AESP. A PROPÓSITO DE UN CASO

Violeta Bagase Rejon; Lina Eugenia Fernández Isla; Farida Zerdoumi; Jessica Morales Amores;

141 AUTOEXTRICACIÓN COMO ALTERNATIVA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON SOSPECHA DE LESIÓN ESPINAL

Jose Antonio Sarmiento Torres; Sara Rodriguez Perez;



142 EL TIEMPO SI IMPORTA

FabiolaEspinoza Cuba; Emely Quiroz Flores; Moisés Artero Carrillo; Luz Bibiana Díaz González; Mohamed Elsayed Soheim; Diego Fernando Tovar Echevarrú;

143 ¡HAY QUE TENER CUIDADO!

FabiolaEspinoza Cuba; Luz Bibiana Díaz González; Emely Quiroz Flores; Moisés Artero Carrillo; Mohamed Elsayed Soheim; Diego Fernando Tovar Echevarrú;

144 IMPORTANCIA DEL MANEJO Y MANIOBRAS DE SVA EN PACIENTES EN DECUBITO PRONO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Carlos Martorell Campins; Natalia Ramos Torrens; Luis Alberto Alba Nieto;

145 MODIFICACIONES SUSTANCIALES EN LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DURANTE LA PANDEMIA SARS COVID 19

Carlos Martorell Campins; Gema Veiga; Miriam Martinez Amengual;

146 ANÁLISIS DE DATOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE REGISTRO DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA (PCR) EN UN HOSPITAL DE NIVEL II

Tania Tellez Mompó; Patricia Serven Gil; Marta Ortilles Tejera; Monica Campan Massana;

147 EVOLUCIÓN Y DESENLACE DE PACIENTES INGRESADOS POR PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Jesus Miguel Gimenez Gutierrez; Teresa Cruces ; Purificación Fernandez Morales; Julio Pelaez Velez; Francisco José Rodríguez Palomo;

148 DOLOR TORÁCICO SÚBITO TRAS ESFUERZO ¿QUÉ DEBO CONSIDERAR?

Jesus Miguel Gimenez Gutierrez; Julio Pelaez Velez; Purificación Fernandez Morales; Antonio Cabezas; Julia Tejero Aranguren;

149 LA LIMITACIÓN EN LA FORMACIÓN DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Antonio Martinez Cabezas; Julio Pelaez Velez; Purificación Fernandez Morales; Jesus Miguel Giménez Gutierrez; Julia Tejero Aranguren;

150 PRESENTACIÓN ATÍPICA DE SCA EN JOVEN DEPORTISTA

Antonio Martinez Cabeza; Purificación Fernandez Morales; Jesus Miguel Gimenez Gutierrez; Julio Pelaez Velez; Teresa Cruces;

151 REANIMACION CARDIOPULMONAR Y PRIMER INTERVINIENTE ¿MEJORA LA SUPERVIVENCIA DEL PARO CARDÍACO?HHH

Victoria Maíz Gabino; Gabriel Jimenez Moral; Ángeles Ríos Ángeles; Susana De Castro García; María Angustias Gómez Rojas; Jose Manuel Palacios Cantarero;

152 EPIDEMIOLOGIA Y SUPERVIVENCIA TRAS MUERTE SÚBITA CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA

Victoria Maíz Gabino; Gabriel Jimenez Moral; Fernando Ayuso Baptista; Jose María Villadiego Sánchez; Jose Carlos González Ranea; María del Coral Chacón Manzano;



153 ABORDAJE DE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN UN QUIRÓFANO

Laura Virginia Toledano Mansilla;

156 VARIABILIDAD EN FUNCIÓN DEL GÉNERO DEL PACIENTE EN EL MANEJO DEL CARDIOPRESOR MECÁNICO EXTERNO DURANTE LA ATENCIÓN A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA

Jose Maria Villadiego Sanchez; Joaquin Borja Padilla; Antonia Romero Hidalgo; Eugenia Saenz De Corbellini; Jose Manuel Lopez Suarez; Juan Ramon La Calle Remigio;

157 DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA A PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Marta Paraíso López; Laura Solís Sierra;

158 HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL ¿CÓMO AFRONTAN LOS SANITARIOS UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA NO RECUPERADA?

Sandra Sanz Sáez; M Isabel Vázquez García; Javier Sanz Sáez;

161 CASO CLÍNICO PCR NUNCA DEJEMOS DE CREER

Antonio San Juan Linares; Obdulía Pulido Campos; Natalia Vanesa González Puebla; Helena de Olague Smithson; Miguel Angel Serrano Rodriguez; Luis Albino Puebla Ronquillo;

162 RCP PER A TOTS

Jordi Caplliure Llopis; Jose Alberto López Baeza; Carlos Victor Herrero Gil;

163 A PROPÓSITO DE UN CASO DISNEA AGUDA Y PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Laura Solís Sierra; Marta Paraíso Lopez;

164 UN TROMBO DE IDA Y VUELTA

Alejandro de la Pinta Zazo; Amaia Emparanza García; Marta Pérez González; Sara Alonso Gutiérrez; Paula Berruguete Sambade; Eva Domínguez del Brío;

169 PARADA CARDIORRESPIRATORIA POR MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN NIÑOS

Alvaro Pascual Macias; Alexander Cardona Taborda; Matilde Granados Zapata; Yasmina Mustafa Essoussi; María Rus Martínez; Miguel Hervás Casado;

171 RCP REVERSA

Jorge Garrido Manosalvas; José Antonio Ortiz Gómez; David Hassam Anselem;



172 MANEJO TÉCNICO DEL PACIENTE TRAUMÁTICO PEDIÁTRICO GRAVE. ¿VARIAMOS LA INTERVENCIÓN SEGÚN LA EDAD?

María Isabel Vázquez García; Sandra Sanz Sáez ; Jose Luis Pérez Sanchez ; Javier Sanz Sáez ;

173 ECOGRAFÍA PULMONAR UNA HERRAMIENTA UTIL EN EL DIAGNÓSTICO EXTRAHOSPITALARIO NEUMONÍA POR SARS COV-2

Lázaro Jiménez Clemente; Maria del Carmen Castillo Ruiz de Apodaca; Cesar Escudero Sanchez;

174 SÍNDROME DE ASFIXIA TRAUMÁTICA COMO CAUSA DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Verónica García Pacios; Sandra Catalina GarcíaPerrote; Mercedes Vivar Vela; Viktor Yordanov Zlatkov; Francisco Ortuño Andériz; Carolina Postigo Hernández;

176 MEDIO HEMS, NUEVAS OPORTUNIDADES EN EL DONANTE EN ASISTOLIA

Yassel Parra Benitez; Joaquin Blázquez Alvarez;

177 ICTUS ISQUÉMICO EN TERRITORIO DE ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR

Matilde Granados Zapata; Álvaro Pascual Macías; María Rus Martínez; Yasmina Mustafa Essoussi; Alexander Cardona Taborda;

183 CADENA SUPERVIVENCIA EN LA PARADA CARDIORESPIRATORIA POR ASFIXIA POSTRAUMÁTICA APROPÓSITO UN CASO

Lázaro Jiménez Clemente; Ana Isabel Iniesta Lázaro; Nieves De Lucas Garcia; Alvaro Garcia Carriilo De Albornoz;

184 TCE GRAVE CON PCR RECUPERADA TRAS 10 MINUTOS DE RCP

Yassel Parra Beneitez;

185 IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2 EN LOS SERVICIOS CÓDIGO IAM EN CATALUÑA

Montserrat Navarra, Sònia Jiménez Delgado, Silvia Ferrandis Barrés, Lluís Llauger Garcia, Montse Tierno Nortes, Maria Dolors Alsina Coll;

09:00 - 09:10 RCP, una tarea para cualquier edad.

09:12 - 09:22 La RCP que no salvó la vida de uno, pero cambió la vida de muchos.

09:24 - 09:34 El personal administrativo también tuvimos nuestro papel.

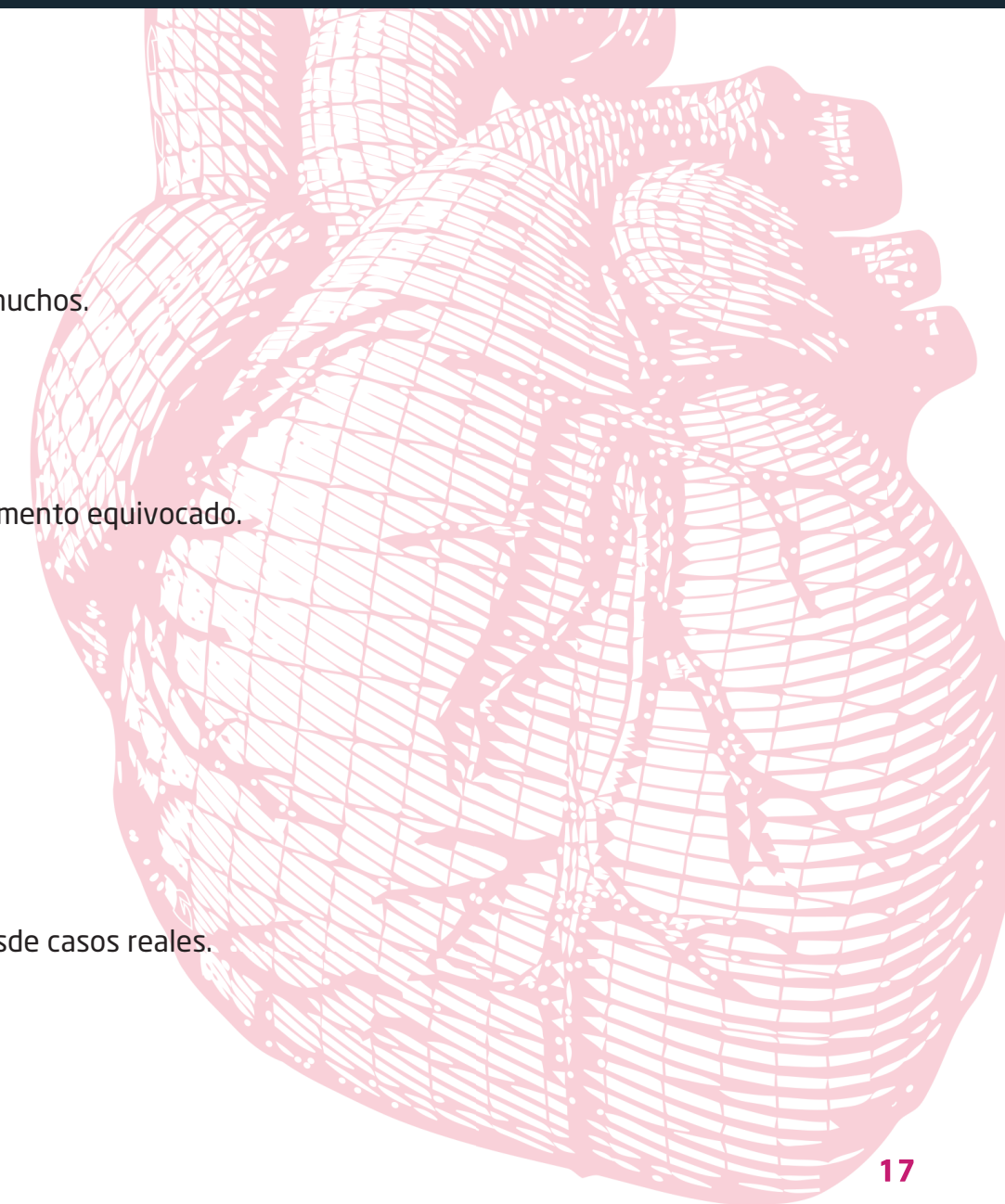
09:36 - 09:46 La vida en un instante. Estar en el lugar equivocado en el momento equivocado.

09:48 - 09:58 Cardioprotegiendo la vida y el deporte.

10:00 - 10:10 Obra literaria infantil: Pon la magia en el corazón.

10:12 - 10:22 COVID o no COVID, he ahí la investigación.

10:24 - 10:34 Aumentar la supervivencia desde las aulas, reflexionando desde casos reales.



EL CONFINAMIENTO DOMICILIARIO PUDO MODIFICAR EL PATRÓN DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO

INTRODUCCIÓN

El confinamiento domiciliario durante la pandemia por SarsCov2, supuso la medida más eficaz contra la transmisión. Pero el efecto positivo de esta medida puede haberse acompañado de efectos sobre la salud mental y física no tan positivos.

OBJETIVOS

Valorar como este periodo de confinamiento y aislamiento social ha podido alterar el número y patrón de los suicidios asistidos por un Servicio de emergencias (SEM)

METODOLOGÍA

Estudio de cohortes retrospectivo realizado por un SEM, valorando aspectos epidemiológicos de los intentos de suicidio ocurridos durante el confinamiento de 2020, comparándolo con el mismo periodo del 2019. Variables epidemiológicas: edad y sexo. Variables exposición: mecanismo de producción, día de la semana, periodo diario, éxitos y antecedentes psiquiátricos. La variable dependiente de contraste fue el año de incidencia (2019/2020). Análisis estadístico: Descriptivo, variables cuantitativas descritas con medidas centrales y de dispersión. Inferencial: Relación entre variables cuantitativas mediante prueba t de Student y variables categóricas mediante

Chi cuadrado. Prueba de normalidad con Kolmogorov Smirnov. Intervalos de confianza $p < 0,05$ SPSS versión 17.

RESULTADOS

211 solicitudes al SEM por intentos de suicidio durante el periodo de confinamiento de 2020 y su homólogo en 2019 (121 en 2019, 85 en 2020). 94 mujeres(44,5%) y 115 hombres(54,4%). Edad media 39,2 ($DE \pm 16,9$ años). La ingesta farmacológica fue el mecanismo mas frecuente (35,1%) seguido de la precipitación desde altura (34,6%). El día de la semana con mayor incidencia el jueves (17,1%) y el periodo del día, la mañana (39,1%). Tenían antecedentes psiquiátricos el 65,4%.

Se encontraron diferencias significativas entre los dos años en las siguientes variables:

- Edad; 36,7 $\pm$ 15.08(2019) vs 42,7 $\pm$ 18.7(2020) $p=0,015$.
- Mecanismo de producción traumático; 41,0%(2019) vs 58,4%(2020) $p=0,012$.
- Antecedentes psiquiátricos; 73%(2019) vs 55,1%(2020) $p=0,026$.
- Suicidios consumados; 9%(2019) vs 19,1%(2020) $p=0,033$.

No había diferencias significativas en cuanto a día de la semana, periodo del día o sexo.

CONCLUSIONES

El confinamiento, posiblemente, varió el patrón de los intentos de suicidio. Junto a esa disminución del número de intentos(29,7%) por los que se solicita un SEM, se observó una edad mas avanzada, menos antecedentes psiquiátricos, la utilización mayor de un mecanismo traumático, y una consumación con más del doble de eficacia.

18

SÁBADO 6
09.12-09:22h

SESIÓN 1. SALA GRANADOS I

PRIMER FIRMANTE
Victor Manuel Martín
LópezAUTORES
Victor Manuel Martín
López, Christian Koehler
Gallardo Mayta; Jorge
Sances Criado; Alicia
Verónica Teruel Méndez;CENTROS DE TRABAJO
Samur Pc Ayuntamiento
De Madrid

LA CADENA DE SUPERVIVENCIA TAMBIÉN FUNCIONA EN EL METRO

INTRODUCCIÓN

Son muchas las evidencias que hablan de la influencia que los primeros eslabones de la Cadena de la Supervivencia tienen en los resultados finales. Algo demostrado en prácticamente todos los ámbitos: vía pública, domicilios, o grandes superficies comerciales. Hemos querido valorar esa efectividad en un escenario frecuentado cada día por 2 millones de personas; el Metro. Un escenario que recientemente ha sido dotado, en virtud del Decreto de implantación de DEAS de acceso público, con 256 de estos dispositivos.

OBJETIVOS

La descripción del escenario en torno a la parada cardíaca (PCR) en un ámbito como el Metro, era nuestro primer objetivo. Pero, dada esa implantación, hemos querido analizar qué factores son los que llevan a mejores resultados en la supervivencia de los pacientes.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo. Población: 32 pacientes con una PCR no traumática presenciada entre los años 2017-2020 en las estaciones de METRO. Variables exposición: DEAS en las estaciones y presencia de primer respondiente. Variables resultado: Recuperación de pulso (ROSC) y recuperación ad integrum (CPC I-II). Análisis descriptivo: varia-

bles descritas con medidas centrales y de dispersión. Análisis inferencial: Relación entre variables categóricas mediante Chi cuadrado y entre variables cuantitativas mediante t de Student. SPSS versión 17.

RESULTADOS

32 pacientes con PCR presenciada. 24 varones (75%), y edad media: 61,3 (DE18,9). 20 pacientes (62,5 %) reciben RCP desde el primer minuto. A 8 pacientes (25%) se aplica un DEA de METRO. 62,5% de los pacientes llegan con ROSC al Hospital. 21,9% (7 pacientes) tienen una recuperación con CPC I-II. Hay asociación significativa ($p=0,008$) entre los pacientes que reciben RCP en el primer minuto y el ROSC, así como con la recuperación ad integrum ($p=0,02$). No hay asociación entre presencia de DEA y la recuperación de pulso y neurológica.

CONCLUSIONES

A pesar de ser una muestra pequeña, en la que ha influido, además, el periodo COVID (Disminución o ausencia de transporte colectivo), las maniobras iniciales de RCP siguen constituyendo un factor clave, también en un escenario tan especial como el METRO. Quizás haya sido el corto número de casos y la reciente implantación de los DEAS, el factor que no haya asociado también su existencia a una mayor supervivencia.

28

SÁBADO 6
09:24-09:34h

SESIÓN 1. SALA GRANADOS I

PRIMER FIRMANTE
Dana Roxana IonicaAUTORES
Dana Roxana Ionica,
Sandra Justo Morato;CENTROS DE TRABAJO
Samur Protección-Civil

EL CONFINAMIENTO VARIÓ EL PERFIL DE LA PATOLOGÍA TRAUMÁTICA ATENDIDA POR LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS.

INTRODUCCIÓN

El periodo de confinamiento originado por la aparición del Coronavirus (SARS-CoV2) entre los días 15 de marzo y 21 de junio 2020, propició numerosos cambios en los hábitos y relaciones sociales, algo que se reflejó en el perfil del paciente atendido por los Servicios de Salud, y especialmente por los Servicios de Emergencias (SEM).

OBJETIVOS

Centrándonos en un tipo de patología, la traumática, hemos querido evaluar el perfil de la asistencia de emergencias a esos procesos traumáticos durante el confinamiento, comparándolo con el mismo periodo del año anterior.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo de los procesos traumáticos ocurridos en una gran ciudad atendidos por un SEM, en el periodo del confinamiento de 2020, y su homólogo de 2019. Variables independientes: Ambos periodos de 2019 y 2020. Variables resultado: Tipo de patología, tipo de incidente, hora y día de la semana, hospitalización. Análisis descriptivo mediante medidas centrales y de

dispersión. Análisis inferencial: Chi cuadrado para la asociación de variables categóricas. SPSS 20.0.

RESULTADOS

Durante el periodo de confinamiento se asistieron 6166 avisos por patología traumática, un 47% menos que en el mismo periodo de 2019 (13057). Se trasladaron a hospital el 35,4% en 2020 vs 43,2% en 2019, $p<0,0001$. En cuanto al tipo de incidente atendido, los accidentes de tráfico constituyeron un 21,18% en 2020 vs 29,19 en 2019, $p<0,0001$. Hubo un incremento significativo de las asistencias a las agresiones, 16,53% durante el confinamiento vs 14,61% en 2019, $p=0,002$, y especialmente a la violencia doméstica, 5,71% durante el periodo de 2020 vs 2,78% en el periodo de 2019, $p<0,0001$. No hubo importantes diferencias en cuanto al horario y día en el que ocurrieron los sucesos.

CONCLUSIONES

Dado que este tipo de procesos suelen tener lugar en la vía y espacios públicos, obviamente el número absoluto de asistencias al trauma descendieron, especialmente lo relacionado con el tráfico, pero al mismo tiempo cambió de forma importante el perfil habitual del paciente atendido, llamando poderosamente la atención el incremento porcentual de la violencia, y especialmente de la violencia de género durante ese periodo.

30

SÁBADO 6
09:36-09:46h

SESIÓN 1. SALA GRANADOS I

PRIMER FIRMANTE
Jose Abuin FloresAUTORES
Jose Abuin Flores, Ursino
Veloso Garcia; Maria Del
Pilar Pavón Prieto; Iria
Souto Lorenzo;CENTROS DE TRABAJO
061 DE GALICIA

DESCRIPTIVO DE LAS PCRS ATENDIDAS POR LOS HELICÓPTEROS MEDICALIZADOS DEL 061 DE GALICIA DESDE EL AÑO 2015 AL 2019 ANTERIOR A COVID-19

INTRODUCCIÓN

Mejorar los tiempos de respuesta de la reanimación cardiopulmonar (RCP), incrementa la posibilidad de que el ritmo inicial sea desfibrilable, con supervivencias al alta de entre el 10,7% y 21,2%.

Este estudio se dirige a una comunidad con una elevada dispersión demográfica y una geografía y comunicaciones complicadas.

OBJETIVOS

Principal: Describir la epidemiología de las paradas cardiorrespiratorias (PCR) atendidas por helicópteros medicalizados en el periodo 2015-2019.

Secundario: Valorar los tiempos de atención y los apoyos de recursos terrestres

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo y retrospectivo de las PCR-Extrahospitalarias atendidas del 2015-2019 de acuerdo a los criterios Utstein.

RESULTADOS

216 asistencias por helicópteros en PCRs en ayuntamientos distintos.

Localización: domicilio (37,5%), lugar público (21,75%) y en la calle (19,90%).

Sexo: el 80,55% son varones.

Edad: La moda (10) es 57 años (4,62%) y una

media de edad de 60,08.

La primera causa de PCR es de origen coronario, 73,61%.

La arritmias iniciales son no desfibrilables el 69,44% y desfibrilables el 30,55%.

De las altas hospitalarias vivos el ritmo inicial fue desfibrilable en el 52,94%.

Recuperación de la circulación espontánea (RECE) el 29,6%, y altas vivos el 7,87%.

El helicóptero llegó como primer recurso en el 28,24%.

Llegando primero el helicóptero hay RECE el 34,42% y altas vivos 11,47%. Si llega antes otro recurso: RECE 27,74% y alta vivos 6,45%.

La media alerta-asistencia es 30´:07´´. Si llega primero el helicóptero 22´:05´´.

La media alerta-primera desfibrilación es 29´:50´´. Si llega el helicóptero primero 25´:45´´.

Cuando hay RECE (64), el tiempo medio desde la alerta-RECE es 50´:12´´. Si llega antes el helicóptero 43´:08´´.

En las altas vivos en hospital (17) la media alerta-asistencia es 33´:39´´, si llega primero el helicóptero 21´:40´´

COMUNICACIONES ORALES

CONCLUSIONES

La epidemiología más frecuente de las PCRs atendidas por helicópteros medicalizados es la de un varón de 60,08 años en el ámbito rural. Los tiempos de asistencia están en torno a los 30 minutos, con una supervivencia y porcentaje de ritmos desfibrilables similares al estudio OSCHAR, Los resultados mejoran si llega primero el helicóptero, tanto en la posibilidad de ritmo inicial desfibrilable como en la supervivencia al alta.

33

SÁBADO 6
09:48-09:58h

SESIÓN 1. SALA GRANADOS I

PRIMER FIRMANTE
Juan Carlos Linares
HernandezAUTORES
Juan Carlos Linares
Hernandez, Manuel
Florentino Bengoechea
Lopez; Margarita Sanchez
Antón; Francisco Martinez
Conesa;CENTROS DE TRABAJO
Hospital Hla Mediterraneo
- Almería

PROGRAMA “ PAPI SALVAVIDAS”

OBJETIVOS

Desarrollar un programa de formación dirigido a los padres que incluya las técnicas básicas para saber actuar ante la PCR, la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE) y las convulsiones febriles en el niño, dirigido a los padres y madres de los niños que nacen en un hospital.

METODOLOGÍA

El programa se desarrolló en tres tiempos. Un curso de formación en todas las técnicas de soporte vital básico (SVB), que incluían la actuación ante la PCR pediátrica y neonatal, la OVACE y las convulsiones febriles, impartido por un instructor en reanimación cardiopulmonar (RCP) a todas las matronas de un hospital. Desarrollo de material de apoyo para la formación, diapositivas y trípticos explicativos. Formación de los padres, en la misma habitación donde estaba ingresada la madre tras el parto, a cargo de las matronas, con un maniquí pediátrico, una Tablet para las diapositivas y el soporte en papel. Las matronas explicaban y desarrollaban las técnicas que posteriormente debían realizar los padres. La duración de la formación es de 60 minutos.

Al finalizar se les pasaba una encuesta de satisfacción con los siguientes ítems: Satisfacción general de la actividad, Utilidad de la formación, Metodología, Organización y recursos de la actividad formativa y Evaluación

al docente.

Posteriormente, se les ha pasado también una encuesta de satisfacción a las matronas para valorar su experiencia personal en la participación en el programa.

RESULTADOS

El programa comenzó el 1 de julio de 2021. Han participado las 8 matronas del centro. Desde su comienzo y hasta el 30 de septiembre, se han formado a un total de 40 padres y 30 madres y 3 otros familiares. Los resultados de la encuesta de satisfacción de los padres han sido:

-Satisfacción general de la actividad: 100% Muy adecuada.

-Utilidad de la formación: 83% Muy adecuada, 17% Adecuada.

-Metodología utilizada: 80% muy adecuada, 20% Adecuada.

-Organización y recursos de la actividad formativa: 91% Muy adecuada, 19% Adecuada.

-Evaluación al docente: 10/10.

Los resultados de las encuestas de satisfacción de las matronas han sido:

-Satisfacción general de la actividad: 100% Muy adecuada.

-Utilidad de la formación: 100% Muy adecuada.

-Metodología utilizada: 100% muy adecuada.

-Organización y recursos de la actividad formativa: 100% Muy adecuada.

COMUNICACIONES ORALES

CONCLUSIONES

• La calidad de la RCP depende de muchos factores.

• Detrimento de la calidad cuando aumenta el cansancio de los reanimadores (18 puntos)

• La formación y reciclaje son fundamentales para aumentar la calidad de RCP

• El deseo de crecer laboralmente afecta sobre la calidad de la RCP

• Analizar el estrés, ya que un alto porcentaje refiere mantenerlo en el tiempo, aún con formación y experiencia.

50

SÁBADO 6
10:00-10:10h

SESIÓN 1. SALA GRANADOS I

PRIMER FIRMANTE
Daniel Cabeza FernándezAUTORES
Daniel Cabeza Fernández,
Daniel Ramírez González;
Adrian Ruiz Moro;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR - Protección Civil

EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES PRONÓSTICOS EN LA PARADA CARDIACA TRAUMÁTICA

INTRODUCCIÓN

La Parada Cardíaca traumática (PCRT) constituye un proceso específico muy diferenciado dentro del ámbito de la reanimación cardiopulmonar, dados sus condicionantes fisiopatológicos y sus menores posibilidades de recuperación.

OBJETIVOS

Hemos querido valorar a través de la experiencia de un SEM de una gran Ciudad, qué factores metabólicos, hemodinámicos y terapéuticos, realizados en la escena, influyen en las posibilidades de recuperación de las PCRT, con el objetivo de proporcionar una herramienta pronóstica al profesional que se enfrenta a estos procesos.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo, de 196 PCR traumáticas asistidas por un SEM durante 5 años. Variables epidemiológicas: Sexo, edad, turno del día. Variables exposición: Parámetros analíticos tomados de una muestra de sangre en la escena (ph, PCO₂, Lactato, EB, Hemoglobina y Glucemia), ritmo de parada, descompresión torácica, y alivio del taponamiento. Variables dependientes: Recuperación de pulso espontáneo (ROSC) y supervivencia neurológica con CPC I-II. Análisis descriptivo con medidas centrales y de

dispersión. Análisis inferencial con t de Student y Chi cuadrado. SPSS v-17

RESULTADOS

196 PCR traumáticas del periodo 2016-2020. 152(77,5%) varones. Edad media 46,7 años(DE-20,09). Asistolia en 139 casos(70,9%), Ritmo desfibrilable en 15 casos(7,7%). Se obtiene ROSC en 83 casos(42,3%), y supervivencia con CPC I-II en 9 casos (4,59%). Los valores medios de los parámetros metabólicos son: PH: 7,15(DE-0,16), Lactato: 6,37(DE-4,17), PCO₂: 65,6(DE-20,7), BE: -5,21(DE-6,04), Hemoglobina: 13,75(DE-2,87) y Glucosa: 132,4(DE-58,9). Existe asociación significativa entre la existencia de ROSC y la Glucemia (55,7mg(DE-55,2) en ROSC vs 112,2mg(DE-54,8) en no ROSC), $p<0,00001$, entre ROSC y la Hemoglobina (14,27(DE-2,8) en ROSC vs 13,25(DE-2,8) en no ROSC, $p=0,027$ y entre ROSC y la descompresión torácica en la escena, $p=0,0332$.

CONCLUSIONES

Las diferencias fisiopatológicas con la PCR médica hacen que no exista una asociación evidente de parámetros metabólicos "clásicos" (ph, lactato, EB), con los resultados finales. Es muy significativo, por ello, esa mayor tasa de supervivencia de los pacientes con cifras altas de glucemia, siendo más lógico, el hecho de mayores cifras de ROSC tanto en los pacientes a los que se realiza descompresión torácica, como en los valores más altos de hemoglobina.

56

SÁBADO 6
10:12-10:22h

SESIÓN 1. SALA GRANADOS I

PRIMER FIRMANTE
María del Mar Escudero
CampilloAUTORES
María del Mar Escudero
Campillo, Anabel Alonso;
Cristina Soro; Montserrat
Gorchs; Albert Moreno;
Olga Campos;

CENTROS DE TRABAJO

IMPACTO DEL COVID-19 EN LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIOS DE CATALUÑA

INTRODUCCIÓN

El ictus es una patología tiempo dependiente, en la que un retraso en el inicio del tratamiento empeora la morbimortalidad del paciente. El código ictus, que es el sistema de alerta pre y hospitalaria para mejorar los tiempos de atención a esta patología, se ha visto alterado por la situación de pandemia por COVID-19.

OBJETIVOS

Analizar la repercusión en el número de activaciones, características epidemiológicas y clínicas y tiempos de actuación del código ictus prehospitalario durante la primera ola de COVID-19 (2020) en Cataluña en comparación al año anterior.

METODOLOGÍA

Estudio comparativo descriptivo transversal, del 15 de febrero al 15 de mayo 2020 y el mismo periodo del 2019, de los pacientes código ictus prehospitalarios atendidos por el Sistema de Emergencias Médicas (SEM) de Cataluña. Se analizó la diferencia en: 1) el número de activaciones, 2) en las variables clínico-epidemiológicas y 3) en los tiempos de actuación prehospitalarios. Se valoraron las OR con sus IC95% y se consideró estadísticamente significativo un valor $p<0,005$.

RESULTADOS

Se incluyeron 2718 pacientes con activación de código ictus entre los 2 años (1483 (54,6%) en 2019 y 1235 (45,4%) en 2020. Al inicio del confinamiento del 2020 se observa una bajada significativa de la activación de código (un 5.9% menos) en comparación al mismo periodo de 2019 (OR 0,78; IC95%=0,65-0,93; $p=0,011$). No se observaron diferencias en las variables clínicas (edad, género, constantes vitales y valor de escala RACE) en los dos periodos pero sí en el diagnóstico inicial con una disminución del ictus mímico (OR 0,58; IC95%0-47-0,51; $p<0,001$). En relación a los tiempos de actuación, se observaron un retraso entre el tiempo de síntomas del paciente y su alerta al SEM (24 minutos en el 2019 vs 33 en el 2020; $p=0,003$) y también en la llegada a hospital (74 minutos vs 81 minutos 2020; $p<0,001$)

CONCLUSIONES

Durante la primera ola de la pandemia, se disminuyeron el número de activaciones del código ictus y aumentaron los tiempos de actuación prehospitalarios. Sin embargo, el perfil epidemiológico y clínico se mantuvo sin cambios a excepción del diagnóstico médico, en el que hubo una disminución de los ictus mímicos.

58

SÁBADO 6
10:45-10:55h

SESIÓN 2. SALA GRANADOS I

PRIMER FIRMANTE
Javier Calatrava SánchezAUTORES
Javier Calatrava Sánchez,
María del Carmen Castillo
Ruiz de Apodaca; Beatriz
Ballesteros Rodríguez;
César Escudero González;
Abel Ruiz Suárez; Leonardo
Ramírez Freire;CENTROS DE TRABAJO
Ayuntamiento de Madrid

INCIDENCIA Y TIEMPOS DE ASISTENCIA EN LA ATENCIÓN A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA ANTES Y DESPUES DE LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DE ALARMA POR LA PANDEMIA DE COVID-19. "ESTUDIO EPI-TIME".

INTRODUCCIÓN

la declaración del estado de alarma cambió el comportamiento de la población y las organizaciones sanitarias implementaron equipos de protección individual (EPI). A nivel europeo se ha descrito aumento de incidencia de parada cardiorrespiratoria (PCR) fuera del hospital de hasta un 52% que no parece verse reflejado en nuestro país. Nuestra hipótesis es que la utilización de EPIs retrasa la primera asistencia al paciente en PCR y disminuye su supervivencia.

OBJETIVOS

describir y comparar la incidencia, la supervivencia y el tiempo hasta el primer contacto con el paciente en las PCR atendidas en lugares públicos antes y después de la declaración del estado de alarma.

METODOLOGÍA

estudio observacional de los períodos comprendidos entre marzo de 2019 a febrero de 2020, y de marzo de 2020 a febrero de 2021. Se incluyeron las PCR atendidas en lugares públicos urbanos. La variable principal fue la incidencia de PCR. Como variables secundarias se estudiaron la supervivencia y el tiempo entre la activación del recurso y la llegada al lugar del suceso. Se calculó un tamaño muestral de 294 casos para un nivel de

confianza del 95%, precisión de 3% y 15% de pérdidas.

RESULTADOS

la incidencia fue de 9,03/100,000 habitantes entre marzo de 2019 y febrero de 2020, y de 7,47/100,000 habitantes entre marzo de 2020 y febrero de 2021, siendo la diferencia 1,56 casos/100.000 habitantes. La supervivencia inicial fue mayor durante el período previo a la pandemia (63,39%) respecto al posterior (43,95%). Mediante la prueba t de Student se estimó una diferencia del 19%, IC95% (11,2%-22,7%), ($p < 0.001$). No se encontraron diferencias significativas en el tiempo de asistencia desde la activación del recurso a la llegada al lugar del incidente: 19,08 segundos, IC95% (-93,64, 55,48), ($p = 0,61$) aplicando el estadístico t de Student.

COMUNICACIONES ORALES

CONCLUSIONES

En el año siguiente a la declaración del estado de alarma disminuyeron tanto la incidencia de PCR atendida en lugares públicos como su supervivencia. Sería necesario un registro de la hora de contacto con el paciente, distinto de la llegada al lugar del incidente, para estudiar los tiempos de inicio de asistencia reales.

61

SÁBADO 6
10:57-11:07h

SESIÓN 2. SALA GRANADOS I

PRIMER FIRMANTE
Miguel Angel Espina BoixoAUTORES
Miguel Angel Espina Boixo, Carmen Gutiérrez García; María José Luque Hernández; Miguel Angel Paz Rodríguez; José María Villadiego Sanchez; Elia Fernández Martínez;CENTROS DE TRABAJO
Empresa Pública de
Emergencias Sanitarias

INFLUENCIA DEL GENERO SOBRE EL MANEJO Y LOS RESULTADOS EN SALUD DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

INTRODUCCIÓN

El efecto del género en la supervivencia de la Parada cardiorrespiratoria (PCR) es discutido. Estudios documentan resultados favorables en las mujeres, mientras que otros sugieren lo contrario, citando disparidades en la atención. La bibliografía coincide en que las mujeres son significativamente mayores. En cuanto al manejo y los resultados en salud, existen conclusiones divergentes.

OBJETIVOS

Analizar diferencias de género en el manejo y supervivencia de la PCR por Equipos de emergencias terrestres (EET)

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo longitudinal, mediante revisión de registros de pacientes asistidos por PCR en un Servicio de Emergencias Autonómico. Comparación por sexos desde 1 de enero de 2019 hasta 31 de diciembre de 2020. Análisis mediante medidas de tendencia central, frecuencias, y porcentajes. Para la comparación entre grupos, empleamos el test t de student y ANOVA y test Chi cuadrado para variables categóricas, con significación estadística 0,05.

RESULTADOS

Muestra de 1368 PCR, 71,56% eran hombres,

edad media significativamente ($p = 0,02$) mayor en las mujeres (65,73 años), hombres (63,11 años). El motivo de llamada fue diferente entre sexos ($p = 0,007$): alteración neurológica 48,8% mujeres y 44,1% hombres, motivos cardiacos 6,7% en hombres frente 5,1% en mujeres. La detección de la PCR durante la llamada fue más frecuente en los hombres (23,4%) que en las mujeres (19,4%). Sin diferencias en tiempos de gestión de llamada. Se realizó RCP telefónica al 25,5% de hombres frente al 19,3% ($p = 0,014$). La asistencia fue principalmente en domicilio y más habitual en las mujeres con el 77,9% y 64,8 % de hombres ($p < 0,001$). Ritmo desfibrilable el 19,5% para hombres frente al 11,6% ($p = 0,002$). Lo que se correlaciona con las desfibrilaciones realizadas, $p = 0,001$. Respecto a la recuperación de la circulación espontánea (RCE) y supervivencia al alta, no hubo diferencias significativas. Llegaron con pulso al hospital el 28,2 % de mujeres frente al 24,5% de hombres. Sin embargo, las mujeres sobrevivieron menos al alta (8% de hombres respecto al 6,4% de las mujeres).

CONCLUSIONES

Los hombres que sufren una PCR en nuestro ámbito tienen un manejo más favorable. Sin embargo, no existen diferencias significativas de género en cuanto a supervivencia.

COMUNICACIONES ORALES

63

SÁBADO 6
11:09-11:19h

SESIÓN 2. SALA GRANADOS I

PRIMER FIRMANTE
Iker Apraiz SánchezAUTORES
Iker Apraiz Sánchez, Leire
Agirre Garrido;CENTROS DE TRABAJO
Osakidetza

RELACIÓN ENTRE EL PH INICIAL Y LA RECUPERACIÓN NEUROLÓGICA EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA ADULTA

INTRODUCCIÓN

Es frecuente la existencia de acidosis sanguínea tras la recuperación de la circulación espontánea en pacientes que sufren una parada cardiorrespiratoria (PCR). Aun así, existe poca evidencia del valor del pH que presentan los pacientes en los instantes iniciales de la PCR y su relación con la recuperación neurológica.

OBJETIVOS

Determinar la relación entre el pH inicial y la recuperación neurológica del paciente adulto tras la recuperación de una PCR.

METODOLOGÍA

Revisión sistemática en base a la declaración PRISMA y registrada PROSPERO. Búsqueda bibliográfica en 3 bases de datos (Pubmed, SCOPUS, Web Of Science) y realización de búsqueda inversa. Se seleccionaron estudios no superiores a 10 años de antigüedad. La calidad de los estudios fue estudiada mediante el cuestionario CASPe y nivel de recomendación se estableció partir de los niveles de la Agency for Healthcare Research and Quality. El riesgo de sesgos fue evaluado mediante la herramienta de la plataforma Cochrane. Para facilitar la síntesis de las conclusiones los estudios fueron clasificados en tabla formato PICO.

RESULTADOS

Fueron incluidos 7 estudios: 6 observacionales retrospectivos y 1 casos-contrroles. Todos cumplían con los requisitos CASPe con un nivel de recomendación IIa o III. Todos valoraron la recuperación neurológica al alta mediante la escala Cerebral Performance Category. La obtención de las muestras analizadas se realizó en los primeros 5 minutos del inicio de la PCR en 3 de ellos y en cuanto se constató la PCR en los 4 restantes. Todos ellos encontraron una relación estadísticamente significativa entre el valor del pH tomado de forma inicial y la recuperación neurológica al alta hospitalaria excepto 1, siendo el estudio con una menor muestra entre los estudios incluidos. Se constató que el valor de corte del pH para la recuperación neurológica fue variable entre los estudios, encontrándose valores de entre 7,4 hasta 6,8.

CONCLUSIONES

El valor pH inicial en una PCR podría ser un valor pronóstico en la recuperación neurológica de los pacientes al alta.

64

SÁBADO 6
11:21-11:31h

SESIÓN 2. SALA GRANADOS I

PRIMER FIRMANTE
Guillermo Mancho CebrianAUTORES
Guillermo Mancho Cebrian,
Carmen Camacho Leis;
Natividad Ramos Garcia;
Gerardo Cossio Cavanilles;
Raul Rico Parra; Jose Luis
Salgado Vega;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO TEP (TROMBOEMBOLISMO PULMONAR) UN PROCEDIMIENTO QUE INCLUYE ECOGRAFIA EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

INTRODUCCIÓN

Tras la atención de un caso de TEP, surge la necesidad de elaborar un procedimiento específico en septiembre 2018. La incorporación de la ecografía en las emergencias extrahospitalarias permite el diagnóstico del TEP masivo y submasivo como figura en bibliografía relevante.

OBJETIVOS

Analizar si este procedimiento y fundamentalmente la ecografía in situ realizada por médicos de emergencias, permite detectar los casos de TEP masivo y submasivo en los que el tratamiento precoz pueda realizarse en el medio extrahospitalario.

METODOLOGÍA

Analítico retrospectivo. Pacientes diagnosticados de TEP por el SEM septiembre 2018 - agosto 2021. Recogida de datos de historias clínicas y registro de seguimiento hospitalario. Ámbito: Atención extrahospitalaria en el Municipio de Madrid. Procesamiento y análisis de datos: Las variables cuantitativas se describen mediante medidas centrales y de dispersión y las cualitativas mediante distribución de frecuencias. Validez: Sensibilidad y Especificidad. Seguridad: Valores Predictivos. Access Excel y SPSS v20.

RESULTADOS

Se incluyen 48 casos. La media de edad es 58,50 años (DT 16,08), el 68,8 % son varones, con FC media de 115.91 lpm (DT 24,87), SatO2 85,02 % (DT 8,2), pCO2 50,33 (DT 25,99%), pH 7,20 (DT 0,24), CO3H 19,33 (DT 6,5) EB -3,82 (DT 7,53), Lactato 6,38 (DT 4,19). El diagnóstico hospitalario en 20 pacientes fue TEP masivo y en 4 de ellos se desconoce. La Sensibilidad de la ecografía en este procedimiento fue 62,90% y VPP 72%. En los casos de 2021 la sensibilidad y el VPP fueron del 80%. Seleccionando exclusivamente los pacientes inestables desde el inicio de la atención, la sensibilidad y el VPP alcanzaron el 83%.

CONCLUSIONES

A pesar del número de casos incluidos se puede considerar que el procedimiento TEP con la ecografía es capaz de detectar el 83% de los pacientes inestables que tienen un TEP masivo, lo que puede permitir aplicar precozmente tratamiento.

La ecografía realizada por médicos de emergencias prehospitalaria permite el diagnóstico y tratamiento precoz de esta patología grave y tiempodependiente. La curva de aprendizaje es necesaria para mejorar los resultados del procedimiento.

65

SÁBADO 6
11:33-11:43h

SESIÓN 2. SALA GRANADOS I

PRIMER FIRMANTE
Guillermo Mancho CebrianAUTORES
Guillermo Mancho Cebrian,
Carmen Camacho Leis;
Natividad Ramos García;
Victorino Perez Velasco;
Juan Jose Carricoba Sanz;
Luis Enrique Gonzalez de
la Guerra;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

TEP MASIVO EXTRAHOSPITALARIO LA ECOGRAFÍA IN SITU QUE SALVA VIDAS

INTRODUCCIÓN

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una emergencia vital de diagnóstico difícil debido a clínica variable y poco específica. Tiene alta morbimortalidad, si no se trata de precozmente. Según las guías ESC 2019, en pacientes con deterioro hemodinámico y sospecha clínica de TEP sin otras causas obvias, los signos ecográficos inequívocos de sobrecarga del VD, justifican el tratamiento de reperfusión de urgencia, cuando sea imposible realizar inmediatamente angio-TC.

OBJETIVOS

Valorar el impacto de implementar un procedimiento que incluye ecografía para el diagnóstico y tratamiento del TEP masivo en un SEM.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo analítico. Revisión historias clínicas. Criterios inclusión: sospecha de TEP masivo según procedimiento SAMUR-PC. Septiembre 2018 - agosto 2021. Variables: concordancia diagnóstica hospitalaria, epidemiología, ecografía, estabilidad hemodinámica, PCR y supervivencia. Estadística: variables cualitativas frecuencias absolutas y relativas y cuantitativas media, desviación estándar y sensibilidad y valor predictivo positivo.

RESULTADOS

Se analizan 27 pacientes con sospecha de TEP masivo. 62,96% varones, media de edad 58,50 años (DT 16,08). 55,6% estables hemodinámicamente y 25,92% sufrieron PCR. En el primer contacto con SEM presentaban SatO2 83,59 (DT 7,61), FC 121,55 lpm (DT 26,79), TAS 108,55 (DT 28,41) y FR 31,24 (DT 11,59).

A todos se les realizó ecocardiografía siendo positiva para sobrecarga derecha 83,3%. Los signos ecocardiográficos más frecuentes fueron: dilatación VD 62,97%, aquiesia pared VD 40,74%, inversión tabique IV 37,03%, cava inferior dilatada 18%, coágulos en cavidades derechas 3,70%. En 29,63% se objetivaron 3 o más signos. La Ecocardiografía mostró sensibilidad de 87,50% y VPP 87,50%.

Todos los pacientes que sufrieron PCR tuvieron ecocardiografía de sobrecarga VD y fueron fibrinolizados. Sobreviven 40% con CPC 1.

CONCLUSIONES

- La ecocardiografía realizada por médicos de emergencias in situ tiene alta sensibilidad y VPP para detectar TEP en pacientes que cumplen criterios clínicos incluidos en el procedimiento.

- La indicación de fibrinólisis en PCR con signos ecográficos de TEP consiguió un 40 % de supervivencia con recuperación neurológica completa, superior a tasas publicadas (10 %)

- Los pacientes en PCR con sospecha de TEP masivo pueden y deben ser tratados en el entorno extrahospitalario.

68

SÁBADO 6
11:45-11:55h

SESIÓN 2. SALA GRANADOS I

PRIMER FIRMANTE
Sara Rodríguez GómezAUTORES
Sara Rodríguez Gómez, Anna
Deffner Deffner; Verónica
Gómez Rodríguez;CENTROS DE TRABAJO
Gerencia de Servicios
Sanitarios del Área de Salud
de La Palma

¿SABEN PRIMEROS AUXILIOS LOS DOCENTES DE INFANTIL Y PRIMARIA?

INTRODUCCIÓN

La formación en primeros auxilios (PA) en la comunidad educativa está cada vez más presente, avalando y promoviendo su enseñanza la American Heart Association (AHA) o el European Resuscitation Council (ERC). La declaración de consenso del ERC sobre formación en PA en la escuela "Kids save lives" recomienda la enseñanza de PA y reanimación cardiopulmonar (RCP) a partir de los 12 años de edad con una duración mínima de 2 horas por año. En nuestro país, la enseñanza de PA está incluida en el Currículo básico de la Educación Primaria, siendo los docentes los encargados de transmitir estos conocimientos en las aulas y de aplicarlos, tanto en situaciones reales como simuladas mediante talleres con profesionales sanitarios. Tras analizar estas recomendaciones surge la necesidad de determinar los conocimientos que actualmente tienen sobre PA los docentes de educación infantil y primaria.

OBJETIVOS

Evaluar los conocimientos de los docentes de infantil y primaria sobre PA en situaciones de emergencia y urgencias menores.

METODOLOGÍA

Diseño: estudio descriptivo transversal. Población: docentes de educación infantil y primaria de un área poblacional.

Muestra: Universo de la población: 200, error muestral deseado 5%, $p=q=0,5$, nivel de confianza 95%, tamaño muestral 132. Variables: se elaboró y pilotó cuestionario de 30 ítems anónimo y autoadministrado con datos demográficos. Análisis: univariante y bivariado utilizando T-Student y Chi-Cuadrado.

RESULTADOS

142 encuestados, 78% mujeres, edad media 46,13 (DT 10,095). El 89,2% sabe explicar qué es una parada cardiorrespiratoria (PCR). El 91,3% conoce las maniobras a realizar en caso de PCR, respondiendo un 48% la frecuencia correcta de compresiones y ventilaciones en adultos. Saben cómo actuar el 19,6% en caso de atragantamiento, el 57,9% si hipoglucemia y el 97,1% si hemorragia externa. El 28,6% sabe que la formación en PA en los centros educativos está incluida en la legislación. Consideran la formación en PA en los centros educativos: inexistente (21,3%), insuficiente (65,2%), adecuada (12,1%), excesiva (0,7%). Ha recibido formación en PA en los últimos 2 años el 60,6% de los docentes.

CONCLUSIONES

Es importante mejorar los conocimientos sobre PA de los docentes. Incrementar la formación en los centros educativos aumentaría los conocimientos y, como consecuencia, el número de personas dispuestas a intervenir en situaciones reales.

70

SÁBADO 6
11:57-12:07h

SESIÓN 2. SALA GRANADOS I

PRIMER FIRMANTE
Viktor Yordanov ZlatkovAUTORES
Yordanov Zlatkov, Viktor;
Vivar Vela, Mercedes;
García Pacios, Verónica;
García González, Inés;
Bringas Bollada, María;
González Arenas, Paloma.CENTROS DE TRABAJO
Hospital Clínico San
Carlos, Madrid

VALIDEZ DE LA DETERMINACIÓN DE MISMATCH NEGATIVITY (MMN) EN LA VALORACIÓN DEL PRONÓSTICO NEUROLÓGICO DE PACIENTES QUE PERMANECEN EN COMA TRAS UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA (PCR)

INTRODUCCIÓN

Las guías europeas recomiendan una estrategia multimodal para evaluar el pronóstico neurológico en pacientes que permanecen en coma tras PCR. Esto incluye, entre otros, la realización de varios estudios neurofisiológicos. La ausencia bilateral de onda N20 en los potenciales evocados somatosensoriales a las 24h de la PCR predice un mal pronóstico neurológico. Sin embargo, en pacientes con N20 presentes que permanecen en coma, el uso de la MMN ha demostrado tener un valor predictivo para despertar de 90-100%.

OBJETIVOS

Determinar la validez de MMN en la valoración del pronóstico neurológico según la escala Cerebral Performance Categories (CPC) en los pacientes con encefalopatía anóxica post PCR.

METODOLOGÍA

Cohorte prospectiva de 10 pacientes que permanecen en coma tras PCR con N20 presente. Se les realizó determinación de MMN y se evaluó su situación neurológica mediante escala CPC al alta de UCI, al alta hospitalaria, a los 6 meses y al año.

La validez de la MMN para predecir el pronóstico neurológico en estos pacientes de evaluó calculando los índices de sensibilidad,

especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN).

RESULTADOS

Desde julio de 2019 hasta marzo de 2021 se incluyeron 12 pacientes, 4 mujeres y 8 hombres, con una edad media de 62 años, la mitad de ellos con cardiopatía isquémica. El tiempo medio de parada fue de 25 minutos. De los 3 casos con MMN presentes, 2 de ellos tenían una CPC al alta menor de 3; sensibilidad del 100% y valor predictivo positivo del 66%. De los 5 pacientes con MMN ausentes, los 5 tuvieron una CPC al alta de 3 o más; especificidad del 83% y valor predictivo negativo del 100%.

CONCLUSIONES

Aunque limitado por un pequeño tamaño muestral, nuestros resultados preliminares sugieren que la MMN puede ser útil a la hora de predecir el pronóstico neurológico en pacientes que permanecen en coma tras PCR y que tienen un pronóstico incierto según los algoritmos ya validados.

COMUNICACIONES ORALES

71

SÁBADO 6
12:30-12:40h

SESIÓN 3. SALA GRANADOS I

PRIMER FIRMANTE
Ana María Ezquerra GarcíaAUTORES
Ana María Ezquerra García,
María de la O Casamayor
Lerena; Angel Enrique
Fraile Jimenez; Elena
Pardos Peiró; Teresa
Sufrate Sorzano;CENTROS DE TRABAJO
Hospital San Pedro

PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA. INCIDENCIA. SUPERVIVENCIA AL AÑO

INTRODUCCIÓN

La parada cardiaca intrahospitalaria (PCIH) es una emergencia vital y los resultados son un indicador de calidad del sistema sanitario. La supervivencia publicada al evento se centra en periodos cortos de tiempo, como la recuperación de la circulación espontánea (RCE) o el alta hospitalaria. Este estudio intenta conocer la supervivencia en un espacio más prolongado así como el resultado neurológico de estos pacientes.

OBJETIVOS

Objetivo principal: Conocer la supervivencia tras una PCIH transcurrido un año
Objetivos secundarios: Conocer la incidencia de la PCIH
Determinar la supervivencia inmediata, al alta hospitalaria. Valorar el grado funcional cerebral de los supervivientes

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo descriptivo. Hospital de Grupo 3 según escala CLUSTER.
Periodo: 1/1/ 2019 al 31/12/2019. Supervivencia al año 31/12/2020
Población: Adultos que presentaron una PCIH. Se excluyó el Área de Urgencias.
Variables: Sociodemográficas. Ritmo inicial. Origen de parada cardiaca (PC). Lugar de PC. Presenciada. Resultado inicial. Alta hospitalaria. Capacidad funcional cerebral (CPC). Su-

pervivencia al año.

RESULTADOS

Se atendieron 55 PCIH.
Incidencia 2,25 por 1000 ingresos. PCIH 0,38 por 1000 estancias.
Fueron varones 33 casos (60%), la edad media 70,96±14,13 años
Lugar de la PC: Planta de hospitalización 16 (29,1%) Hemodinámica 11 (20%) Medicina Intensiva 15 (27,3%) Quirófano 5 (9,1%) Periférico 7 (12,7%) Telemetría 1 (1,8%)
Monitorizadas 32 (58,2%)
Origen Cardíaco 30 (54,5%) Patología cardíaca previa: 34 (61,8%)
PC presenciada 51 (92,7%) Duración de la RCP: 12,62±11,05 min
Ritmo inicial: Asistolia 22 (40%), Actividad eléctrica sin pulso 9 (16,4%) Fibrilación ventricular 11 (20%), Taquicardia ventricular sin pulso 3 (5,5%) Bradicardia extrema 5 (9,1%)
Ritmo desfibrilable: 14 (26,4%)
RCE 31 (56,4%) Alta hospitalaria: 18 (32,7%)
CPC al alta: CPC1 18 (100%)
Supervivencia al año: 17 (30,9%). CPC al año: CPC 1 17 (100%)

CONCLUSIONES

La incidencia de nuestro estudio es similar a la literatura publicada. La elevada tasa de pacientes que sobrevivieron al evento puede ser debida al origen cardíaco y el alto porcentaje de PC en zonas monitorizadas consiguiendo soporte vital avanzado de forma inmediata. Todos los pacientes que sobrevivieron tuvieron un CPC 1, por lo que mantuvieron calidad de vida. El porcentaje que sobrevivió más de 1 año fue elevado.

COMUNICACIONES ORALES

78

SÁBADO 6
12:42-12:52h

SESIÓN 3. SALA GRANADOS I

PRIMER FIRMANTE
Andrés Climent RubioAUTORES
Andrés Climent Rubio,
Rosa Anna Chorro Bas;
Josep Chorro Bas; Moises
Jesús Martí García;CENTROS DE TRABAJO
Emergencias PC Teulada-
Moraira

DESARROLLO DE SIMULADOR DE BAJO COSTE PARA REANIMACIÓN DE TRAUMA MEDIANTE IMPRESIÓN 3D Y SILICONAS

INTRODUCCIÓN

La escasa formación de los profesionales en cuanto a las maniobras que se emplean en la resucitación del paciente en parada cardíaca de trauma (PCRT), en especial la toracotomía, se debe a la baja incidencia de casos y a la dificultad de practicar mediante el empleo de la simulación clínica. El uso de cerdos o cadáveres está limitado y los simuladores tienen costes elevados (una media de 60.000€) y no están ampliamente implementados en los centros de simulación, el entrenamiento en este tipo de patología se hace difícil.

OBJETIVOS

Crear un maniquí de bajo coste para simulación clínica en el que se puedan realizar las técnicas de resucitación según las guías de la European Resuscitation Council de paciente en PCRT, incluida la toracotomía "clamshell".

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo del desarrollo de un simulador para PCRT. Se obtuvieron modelos 3D de un corazón y una caja torácica a partir de imágenes de Tomografía Computerizada mediante el programa 3D Slicer. Utilizando el programa Meshmixer se obtuvieron negativos de los modelos mediante técnicas de computación booleana. Estos negativos se utilizaron para preparar moldes que se

adaptaron para técnicas de colada. El código de impresión se obtuvo mediante el programa Ultimaker Cura. Se empleó la impresora SOVOL-SV01. Para el creado definitivo de los órganos se empleó silicona de platino ajustando cantidades de "deadener" para conseguir texturas similares a órganos reales. Todo ello introducido en un maniquí modificado de cuidados básicos.

RESULTADOS

Se elaboró un simulador reutilizable mediante la digitalización de una caja torácica. La piel del tórax, el esternón y los órganos son reemplazables. Los materiales son reutilizables y los recambios se pueden seguir fabricando manteniendo costes bajos.

El simulador permite el entrenamiento de la reanimación traumática incluida la técnica toracotomía "clamshell".

COMUNICACIONES ORALES

CONCLUSIONES

La creación de un simulador para PCRT económico es factible.

El uso de tecnología 3D conjunta con siliconas y maniqués de cuidados básicos como base para la creación de modelos para reanimación en trauma es una opción para potenciar la formación de los profesionales que atienden el trauma mayor, requiriendo poca experiencia para la creación del simulador y un presupuesto bajo.

79

SÁBADO 6
12:54-13:04h

SESIÓN 3. SALA GRANADOS I

PRIMER FIRMANTE
Maria Angeles Guillén
ChalezquerAUTORES
Maria Angeles Guillén
Chalezquer, Elena
Regaira Martínez; Maite
Rodriguez Murugarren;
Elena Guzmán Unamuno;
Mónica Vázquez
Calatayud;CENTROS DE TRABAJO
Clínica Universidad de
Navarra

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR INTRAHOSPITALARIA_ PROYECTO DE MEJORA

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) intrahospitalaria es una emergencia vital. Se ha evidenciado que existe una relación directa entre la respuesta asistencial y la mortalidad asociada a este evento. Aunque nuestro centro hospitalario dispone de un sistema organizado e integral de atención a la PCR, se considera clave su evaluación y mejora continua.

OBJETIVOS

Analizar el sistema de atención al paciente en PCR de un centro hospitalario universitario de nivel terciario e identificar acciones para su mejora.

METODOLOGÍA

Se ha utilizado la metodología de mejora continua PDCA (Plan, Do, Check y Act). En este estudio se presenta la primera fase. Para el análisis de la situación se llevó a cabo un análisis de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (DAFO) por parte de un grupo multidisciplinar de expertos, identificándose los puntos fuertes y débiles, así como los aspectos susceptibles de mejora en el sistema del hospital. Se revisaron las incidencias y datos de atención en la PCR, el plan vigente de capacitación de los profesionales y los datos obtenidos en los simulacros realizados. Tras la fase de análisis, el equipo multidisciplinar

de expertos, mediante un grupo focal identificaron las acciones prioritarias a llevar a cabo y planificaron su implementación.

RESULTADOS

Los profesionales implicados en el estudio (N=10); 40% enfermeras (clínicas y de gestión) y 60% médicos especialistas contaban con una experiencia profesional ≥ 5 años. Se identificaron cinco acciones de mejora: (1) reestructuración del plan de formación en función de la atención prestada al paciente; (2) incorporación de más docentes acreditados; (3) intensificación de los simulacros realizados; (4) mejora del sistema de evaluación de competencias; así como (5) del registro en la PCR. Asimismo, se diseñaron estrategias para llevar a cabo estas acciones.

COMUNICACIONES ORALES

CONCLUSIONES

Los centros hospitalarios deben contar con programas de atención a la PCR integrales y sistematizados que permitan mejorar la seguridad y los resultados en el paciente. Este estudio ha permitido diseñar y priorizar estrategias de cambio adecuadas al contexto. Se espera que dichas estrategias, que serán evaluadas a corto, medio y largo plazo, sean efectivas en cuanto a su impacto y sostenibilidad.

80

SÁBADO 6
13:06-13:16h

SESIÓN 3. SALA GRANADOS I

PRIMER FIRMANTE
Elena Guzmán UnamunoAUTORES
Elena Guzmán Unamuno,
Maite Rodríguez Murugarren;
María Angeles Guillén
Chalezquer; Elena Regaira
Martínez; Mónica Vázquez
Calatayud;CENTROS DE TRABAJO
Clínica Universidad de
NavarraSIMULACRO INTEGRAL COMO HERRAMIENTA DE MEJORA
EN LA RESPUESTA A LA PARADA CARDIORESPIRATORIA

INTRODUCCIÓN

Proporcionar una atención óptima en pacientes que sufren una parada cardiorrespiratoria (PCR) y mejorar la supervivencia, previniendo las secuelas posteriores, es un objetivo fundamental de la reanimación cardiopulmonar (RCP). Los simulacros permiten practicar en situaciones ficticias favoreciendo la capacitación de los profesionales y, a su vez, facilitando la revisión de aspectos susceptibles de mejora protegiendo la seguridad del paciente.

OBJETIVOS

Analizar la herramienta vigente y diseñar un nuevo simulacro que aborde todos los aspectos necesarios para proporcionar una atención integral al paciente en PCR.

METODOLOGÍA

Investigación-Acción Participativa en un centro hospitalario universitario de nivel terciario, de tamaño medio. El proceso cíclico e iterativo se estableció en cuatro fases: (1) diagnóstico de la situación, (2) diseño de propuestas de cambio, (3) implementación de las propuestas y (4) evaluación. Se presentan las dos primeras fases. Para la fase de diagnóstico se recogieron y analizaron múltiples datos: la última evidencia científica disponible, análisis documental de simulacros previos y

PCR y opinión de expertos constituido por cuatro enfermeras y seis médicos especialistas con experiencia profesional de al menos 5 años. En la segunda fase, se llevó a cabo un grupo focal con expertos en la materia para la planificación, ejecución y evaluación de los simulacros.

RESULTADOS

Los datos analizados mostraron que el proceso de planificación y ejecución de los simulacros debía mejorarse. En concreto, se identificaron siete áreas de mejora: (1) organización de los equipos de atención, (2) formación y capacitación de los profesionales, (3) dotación de recursos, (4) logística, (5) seguridad del paciente (6) atención a la familia y (7) calidad en el proceso. Se construyó un sistema de evaluación que permitiera valorar cada una de las temáticas.

COMUNICACIONES ORALES

CONCLUSIONES

Este estudio ha permitido diseñar un simulacro integral como herramienta de mejora en la respuesta a la PCR, que permita fortalecer las capacidades de los profesionales y optimizar el proceso de atención en la RCP. De este modo, se podrá mejorar la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

87

SÁBADO 6
13:18-13:28h

SESIÓN 3. SALA GRANADOS I

PRIMER FIRMANTE
Gabriel Jiménez MoralAUTORES
Gabriel Jiménez Moral,
Fernando Ayuso Baptista;
María José Luque
Hernández; Diego De
Vicente Contreras; Jose
Antonio Ortiz Gómez;
Francisco Romero Morales;CENTROS DE TRABAJO
Empresa Pública De
Emergencias Sanitarias De
Andalucía (Epes-061)¿DEBERIAMOS HACER MAS ENFASIS EN NUEVAS
LOCALIZACIONES PARA LA COLOCACION DE LOS DEAS EN LA
SOCIEDAD?

INTRODUCCIÓN

España es uno de los países de la UE con menor número de DEAs (desfibriladores automatizados) instalados. En los últimos 3 años se han incrementado en un 150%, pero no alcanzamos los 25.000 (menos del 5/10.000 habitantes)

La mayoría de ellos se encuentran instalados en lugares públicos, calles o, instalaciones públicas; pero el mayor porcentaje de PCREH (parada Cardíaca extrahospitalaria) tienen lugar en el domicilio.

OBJETIVOS

conocer los lugares de mayor incidencia de PCREH, con la finalidad de aportar datos a los gestores públicos y sanitarios que les permitan crear directrices u ordenanzas para la implantación de DEAs en estos lugares

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal de las PCR atendidas por los EE 061 en Andalucía desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2020.

RESULTADOS

El 65,12% de las PCREH tuvieron lugar en el domicilio de los pacientes, llegándose aplicar un DEA previo a la llegada del EE en solo 4 casos (0,64%). En el 100% el uso del DEA lo llevo a cabo personal sanitario que se perso-

nó en domicilio, previo a EE. En ámbitos diferentes al domicilio el uso del DEA se llevó a cabo en el 3,52% de los casos, siendo aplicado por personal NO sanitario en el 3,63% de los casos

El porcentaje de RCE también presenta diferencias significativas, de modo que los de PCREH con uso de DEA en domicilio, Obtuvieron RCE y traslado con pulso a hospital en un 25%, mientras que en los casos que el uso del DEA se realizó en otras localizaciones 45,45%,

COMUNICACIONES ORALES

CONCLUSIONES

Tal vez es el momento que instituciones públicas y gobiernos deban darse cuenta de que la PCREH es un importante problema de salud que tienen una incidencia en Andalucía de 19,5 por cada 100.000 habitantes y año, de las que más de la mitad, ocurren en el domicilio. Creemos que al igual que la legislación obliga a disponer de extintores de incendios o salidas de emergencia en urbanizaciones, bloque o comunidades de vecinos, debería legislarse la necesidad de disponer de DEAS y aumentar la formación de los ciudadanos en materias de RCP

88

SÁBADO 6
13:30-13:40h

SESIÓN 3. SALA GRANADOS I

PRIMER FIRMANTE
Gabriel Jiménez MoralAUTORES
Gabriel Jiménez Moral,
Jose María Villadiego
Sánchez; Victoria Maiz
Gabino; María Ángeles
Rodríguez Martínez; Miguel
Ángel Paz Rodríguez; Mría
Angustias Rivas Castro;CENTROS DE TRABAJO
Empresa Pública De
Emergencias Sanitarias
Andalucía (Epes 061)¿EL USO DEL DEA PREVIO A LA LLEGADA DEL EE MEJORA
REALMENTE LA SUPERVIVENCIA DE LAS PCR?

INTRODUCCIÓN

Diferentes estudios y análisis inciden en que el inicio precoz de la RCP (Reanimación cardiopulmonar) y uso temprano del DEA (Desfibrilador Externo Automatizado) en las PCREH (Paradas Cardio-Respiratorias Extra hospitalarias) con ritmos desfibrilables mejora la supervivencia de las mismas. Aun así, los porcentajes de inicio de ambas maniobras siguen siendo bajos, ensombreciendo la supervivencia en las PCREH

OBJETIVOS

Conocer el nº de PCREH en Andalucía en el 2020, identificando cuantas se utilizó DEA previo a la llegada del EE, comparando la supervivencia alcanzada en estas, respecto a las que no tenemos registro de uso DEA.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal de las PCR atendidas por los EE 061 en Andalucía desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2020.

RESULTADOS

De un total de 625 pacientes registrados, se utilizó DEA previo a la llegada del EE en el 4,16%; alcanzándose RCE in situ y traslado con vida al hospital en el 42,3%. En 599 casos no tenemos registro de uso de DEA, obteniéndose en un 27% RCE y traslado a

hospital.

A la llegada del EE, 111 pacientes (17,76%) presentaban ritmo desfibrilable, teniendo registro de uso DEA previo en el 8,1% (9 casos). En 170 pacientes existe RCE y traslado a hospital (solo en 11 hay registro de uso DEA). Existe RCP previa en el 68,8% de los casos, pero cuando se ha utilizado DEA se está aplicando en el 100%

CONCLUSIONES

En nuestro análisis confirmamos que la supervivencia mejora significativamente en los casos donde aplicaron DEA (60% más de supervivencia en los casos donde se utilizó DEA).

Un elevado número de pacientes presentaban ritmos desfibrilables, a la llegada del EE. En base a la bibliografía y según nuestro análisis, la supervivencia obtenida hubiese mejorado de forma drástica si la tasa de uso del DEA hubiese sido mayor.

Sigue existiendo una baja tasa de utilización de DEAs, muy por debajo del promedio en Europa (promedio del su uso es del 28%; rango entre el 3.8% y 59%), por lo que debemos centrar esfuerzos para aumentar su número y dar mayor difusión de técnicas de RCP entre la población.

94

SÁBADO 6
13:42 - 13:52h

SESIÓN 3. SALA GRANADOS I

PRIMER FIRMANTE
M. Isabel Casado FlórezAUTORES
M. Isabel Casado Flórez,
M. José García-Ochoa
Blanco; M. Luz Sabin
Gómez;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR- Protección CivilCOSTE-UTILIDAD DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR
EXTRAHOSPITALARIA (RCPEX) EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS
MÉDICAS EXTRAHOSPITALARIAS (SEMEX)

INTRODUCCIÓN

Los estudios de coste-utilidad evalúan el coste por proceso, y la utilidad de las intervenciones, midiendo años de vida ganados (AVG) y años de vida ajustados por calidad (AVAC). Permiten comparar el gasto y rentabilidad en salud con otros procesos en la gestión.

OBJETIVOS

Conocer:

- Los AVG, los AVAC y años perdidos de vida (AVP)
- El coste medio por RCPex
- El coste-utilidad (coste por AVG, AVAC y AVP)

METODOLOGÍA

Retrospectivo transversal. Incluye RCPex de SEM urbano en 2019 con recuperación de la circulación espontánea -RCE- o muerte "in situ". Exclusión: PCR sin RCPex. Variables: demográficas, tiempo SEMex, efectividad clínica (RCE, supervivencia a 6 h, "ad integrum" a 7 días), económicas (coste medio; directo e indirecto). Resultados: Utilidad, en AVG, AVAC y AVP. Coste-utilidad. Estadística: cuantitativas: medidas centrales y dispersión, cualitativas: frecuencias. IC al 95%.

RESULTADOS

RCPex 404 (RCE: 246 y muertos tras RCPex: 158). 309 hombres (75,9%). mediana años: 60 IQR (48-76). Tiempo asistencia: 1:40:19 (DE: 0:29:02). RCE: 60% (246). (IC95%: 0,56-0,65). Vivos 6 h: 44% (178). (IC95%: 0,39-0,48) CPC I/ II 7 días: 20% (81). (IC95%: 0,16-0,24) AVG mediana: 23,90 años IQR: (16,9-33,9), mediana edad: 57 años IQR (48-66). AVG totales: 4.155,10 años. AGAC mediana: 18,4 años IQR (10,4-29,4), mediana edad: 51 años IQR (41-59). AGAC totales: 1.303,8 años. AVP totales: 4.276,8 años. Coste RCPex: 838,59 €/RCP (indirectos: 65,62, directos: 772,97). Coste-utilidad: 81,53€/AVG, 259,8 €/AGAV. Fallecido: 79,22€/AVP.

CONCLUSIONES

La RCPex ofrece una supervivencia de 24 años entre los pacientes recuperados, y superior a 18 años con calidad en pacientes "ad integrum" a 7 días, lo que supone 20 pacientes en 100 RCPex atendidas con RCE. Los costes medios por proceso (838,59€/RCP) son semejantes a estudios previos del servicio. Los resultados de coste-utilidad suponen 260€ cuando se ajusta por calidad de vida. Esto se interpreta como la inversión del programa RCPex por persona ad integrum y año. Aunque los resultados en salud de RCPex no son atribuibles en exclusividad al SEM, reflejan un gran rendimiento del proceso por parte de este servicio.

128

SÁBADO 6
11:00-11:10h

SESIÓN 4. SALA GRANADOS II

PRIMER FIRMANTE
Mireia Casas MorenoAUTORES
Mireia Casas Moreno,
Francisco José Cereceda
Sánchez; Esther Arias
Moya; Andreu Mira
Galmés; Natalia Martinez
Cuellar; Inés Rubí
Alzugaray;CENTROS DE TRABAJO
SAMU 061 Balears

RECOGEMOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS DATOS SUFICIENTES PARA VALIDAR LA ESCALA MIRACLE2

INTRODUCCIÓN

Las escalas prácticas para la detección temprana de un mal pronóstico neurológico tras sufrir una parada cardiorespiratoria (PCR) extrahospitalaria, son foco de estudio en la actualidad. En 2020 Pareek et al implementaron una escala denominada MIRACLE2, compuesta por 7 ítems predictores independientes del resultado de la reanimación (CPC a los 6 meses): PCR no presenciada, ritmo inicial no desfibrilable, pupilas arreactivas, edad, variabilidad de ritmos durante la reanimación, $\text{pH} < 7.20$ y administración de adrenalina. Ésta escala aparenta ser una herramienta útil para la toma de decisiones en el ámbito extrahospitalario, pero se requieren más estudios para su validación. Por todo ello, se hace interesante conocer la disponibilidad de los datos necesarios en las historias clínicas, con la intención de implementar estudios con dicha escala en un futuro.

OBJETIVOS

Describir el grado de cumplimentación de las variables de la escala MIRACLE2 en las historias clínicas registradas por un servicio de emergencias extrahospitalarias.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo retrospectivo, evaluando los incidentes ocurridos en-

tre enero y marzo de 2021. Se incluyeron todas las historias con incidentes clasificados como PCR, en el sistema de información del servicio de emergencias extrahospitalarias, independientemente de su resultado. Se describió el grado de cumplimentación de cada una de las variables de la escala MIRACLE2, presentándose el porcentaje de registro respecto al total de historias incluidas.

RESULTADOS

En el periodo de estudio fueron atendidas por el SEM 113 PCR. Se registró la edad en 113 historias (100%), la variable parada presenciada en 53 (46,9%); el "ritmo inicial" se indicó en 59 (52,2%); la administración de adrenalina descrita en 57 (50,4%); pH documentado en 7 (6,2%); valoración de las pupilas presente en 11 (9,7%); variación de ritmos en 20 (17,7%). Se registra CPC a los 6 meses en 2 (1,7%).

Registrados todos los ítems en 3 (2,3%), en ninguna de ellas registrado CPC a los 6 meses.

CONCLUSIONES

El grado de cumplimentación de las variables analizadas en la escala MIRACLE2 en las historias clínicas de las PCR de nuestro servicio es muy bajo, impidiendo la validación de la escala en el mismo. Se debería incidir en la importancia de la recogida de estos ítems ante una PCR dado su potencial valor pronóstico.

129

SÁBADO 6
11:12-11:22h

SESIÓN 4. SALA GRANADOS II

PRIMER FIRMANTE
Alberto Hernández
TejedorAUTORES
Alberto Hernández
Tejedor.
Vanessa González Puebla;
Alicia Benito Sánchez;
Pedro José Ruiz Hornillos;
Sara Isabel Montero
Hernández; María del Mar
Alonso Sánchez;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-Protección Civil
Madrid

LA VENTILACIÓN MECÁNICA CON RESPIRADOR MEJORA LA VENTILACIÓN EN PARADA CARDIACA. INICIO DEL SYMEVECA

INTRODUCCIÓN

La atención a la parada cardíaca extrahospitalaria (PCEH) es un reto. La ventilación influye en el medio interno y en las presiones intratorácicas. Las recomendaciones actuales sugieren, sin gran evidencia, el uso de respiradores mecánicos pero su uso en PCEH no está universalmente extendido.

OBJETIVOS

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

METODOLOGÍA

Estudio experimental pragmático. Población de estudio: todos los pacientes en PCEH atendidos durante 5 meses por un servicio de urgencias extrahospitalario con persistencia de la PCEH tres minutos después de la intubación precoz. Se establecen dos grupos según tipo de ventilación durante la PCEH (respirador IPPV 500 ml x 12 rpm con Pmax 50 mmHg o balón de resucitación). Se recogen variables demográficas, ritmo inicial, parámetros gasométricos 15 minutos tras la intubación o al recuperar pulso (lo que ocurra antes), supervivencia in situ y complicaciones hospitalarias. Variables continuas como media $\pm$ desviación estándar. Análisis estadístico: comparaciones con técnicas paramétricas.

Estudio aprobado por CEIm de referencia.

RESULTADOS

De las 109 PCEH excluyen 56, por recuperación muy precoz (21) o violación del protocolo de análisis de control (35). Mujeres 21%, edad 62 ± 18 años, ritmo desfibrilable 45%. Se analizan grupos según ventilación: 30 en IPPV y 23 con balón de resucitación. De ellos, en pacientes con muestra arterial el pH fue $7,05 \pm 0,86$ vs $7,01 \pm 0,13$ ($p=0,63$) y pCO_2 $62,7 \pm 19,8$ vs $87,5 \pm 66,7$ mmHg ($p=0,41$). Con muestra venosa el pH fue $7,00 \pm 0,17$ vs $6,97 \pm 0,13$ ($p=0,33$) y pCO_2 $63,7 \pm 24,0$ vs $85,8 \pm 21,8$ mmHg ($p=0,40$), respectivamente. La supervivencia fue 39% vs 60% ($p=0,13$), respectivamente. Ningún paciente médico tuvo complicaciones relacionadas con la ventilación mecánica.

CONCLUSIONES

La ventilación con respirador mecánico durante la PCEH tiende a mejorar el estado ventilatorio comparado con el uso del balón de resucitación. Estas diferencias pueden ser clínicamente relevantes y, al completar el estudio, comprobaremos la significación estadística. No hubo complicaciones. Tras completar la primera fase se iniciará la segunda comparando diferentes modos ventilatorios.

132

SÁBADO 6
11:24 - 11:34h

SESIÓN 4. SALA GRANADOS II

PRIMER FIRMANTE
Jorge Carrasco Yubero

AUTORES
Jorge Carrasco Yubero,
Francisco Javier Acebedo
Esteban; Carlos Torinos
Cabezas; Elena Sanz de
Miguel; Felipe Toledo
Pardo; Antonio Verdú
Verdú;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR PC

VALOR PRONÓSTICO DE LOS PARÁMETROS ANALÍTICOS TOMADOS EN LA ESCENA SOBRE LA VIABILIDAD DEL ÓRGANO PROCEDENTE DEL DONANTE EN ASISTOLIA

INTRODUCCIÓN

En España cada vez más Servicios de Emergencias (SEM) incluyen en su actividad el procedimiento de donación en asistolia tras no recuperar la circulación espontánea en la reanimación de una parada cardíaca extrahospitalaria. (Tipo de donante Ila según la clasificación de Maastricht modificada Madrid 2011). La decisión de seguir adelante o no con el proceso de donación tanto a nivel de coordinación de trasplantes como de los clínicos que asumen la implantación del órgano, se realiza en función de unos criterios establecidos.

OBJETIVOS

Proporcionar una nueva herramienta de apoyo a la toma de decisiones, que añada el criterio del valor basal de determinados parámetros metabólicos al inicio de la reanimación.

METODOLOGÍA

Observacional analítico. Población: pacientes en PCR-EH vía pública, atendidos por un SEM, que no recuperan pulso y cumplen criterios de inclusión en el código de donación en asistolia años (2009-2020). Exclusión: Perdidos por sistema, exclusión por criterios no clínicos. Variables Independientes: Epidemiológicos (edad y sexo), Parámetros analíticos en

la escena: pH, Lactato, EB, Glucemia, PCO2, Bicarbonato). Variable resultado: viabilidad del injerto, Análisis descriptivo: cuantitativas medidas centrales y de dispersión, variables cualitativas porcentajes. Análisis inferencial: T de Student para variables cuantitativas, Chi cuadrado para variables categóricas. SPSS V17.

RESULTADOS

Se incluyeron 136 donantes. Edad 45,89(±9,56). Viabilidad de Órganos en 82,35%(112) de los casos. El 90,44%(123p) eran varones. Edad: 46,7(DE-8,5) en viables vs 41,7(DE-12,6) no viables, p=0,017. Lactato: 6,93(DE-2,82) viables vs 5,93(DE-2,5) no viables p=0,181. CO3H: 23,73(DE-8,8) viables vs 22,91(DE-4,6) no viables, p=0,681. PH: 7,11(DE-0,16) viables vs 7,06(DE-0,34) no viables. p=0,374. Glucemia: 166,3(DE-83,9) viables vs 141,3(DE-78,5) no viables p=0,243.

CONCLUSIONES

Sería destacable la tendencia diferencial hacia valores más patológicos en parámetros como Bicarbonato, pH y glucemia en los casos en los que los órganos no fueron viables para donación. Es cierto que no ha sido posible alcanzar significación estadística, probablemente, debido al escaso número de casos.

Se hace necesaria la incorporación de más casos, e incluso, otros parámetros para poder lograr el objetivo de este estudio.

159

SÁBADO 6
11:36 - 11:46h

SESIÓN 4. SALA GRANADOS II

PRIMER FIRMANTE
Youcef Azeli

AUTORES
Youcef Azeli, Eneko
Barbería; Silvia
García Vilana; Alberto
Fernández; Alfredo
Bardají; Bjarne Madsen
Hardig;

CENTROS DE TRABAJO
Sistema d'Emergències
Mèdiques de Catalunya,
Spain. Institut
d'Investigació Sanitària
Pere Virgili, Tarragona,
Spain.

ASOCIACIÓN DE LAS PROPIEDADES BIOMECÁNICAS DEL TÓRAX DURANTE LA RCP MECÁNICA CON LAS LESIONES TORÁCICAS Y LA SUPERVIVENCIA

INTRODUCCIÓN

Preservar las propiedades biomecánicas del tórax puede mejorar la hemodinámica durante la RCP. La relación de la biomecánica del tórax con las lesiones torácicas y la supervivencia no está descrita.

OBJETIVOS

Determinar la variación de la fuerza de compresión durante la RCP mecánica (RCPm) y su relación con las lesiones torácicas secundarias a la RCP y la supervivencia.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo de paradas cardíacas extrahospitalarias con múltiples fuentes de información. Se incluyeron de forma consecutiva 52 pacientes tratados con RCPm durante el año 2016. La variación de fuerza de compresión ejercida por el LUCAS 2 (Jolife AB/Stryker) se correlacionó con los datos de un protocolo autopsico focalizado y de los informes hospitalarios. La diferencia entre la fuerza media máxima y mínima de cada minuto se utilizó para medir la variación de fuerza durante los primeros 30 minutos de RCPm. El mejor umbral para predecir fracturas bilaterales fue 95 Newtons (ABC: 0,79).

RESULTADOS

La edad media de la muestra fue de 57 RIC

(48-67) años y el 36,5% fueron mujeres. 22 casos (42,3%) presentaron baja variación de fuerza de compresión (entre -95 y + 95N), 9 casos (17,3%) disminución de la variación de fuerza (por debajo de -95 N) y 21 casos (40,4%) incremento de la variación de fuerza (por encima de +95 N). La mediana del número de fracturas costales y la proporción de pacientes con fracturas costales bilaterales fue menor en el grupo con baja variación de fuerza [0 RIC (0-6) vs 7 RIC (1-9) and 9 (4-11), p=0,021] y [27,3% vs 66,7% and 76,2%, p=0,004]. 13 pacientes ingresaron vivos en el hospital. La supervivencia al ingreso hospitalario se asoció a menos fracturas costales bilaterales (15,4% vs 66,7% p= 0,001). Entre los menores de 57 años el 41,7% de los casos que presentaron baja variación de fuerza sobrevivieron al ingreso respecto a tan solo el 7,1% de los que presentaron otros tipos de variación de fuerza (p=0,04).

CONCLUSIONES

Se describen tres tipos de variaciones de fuerza de compresión. La baja variación de fuerza se asocia a menos lesiones torácicas y a una mayor supervivencia en los pacientes más jóvenes.

160

SÁBADO 6
11:48 - 11:58h

SESIÓN 4. SALA GRANADOS II

PRIMER FIRMANTE
Natalia Vanesa Gonzalez
PueblaAUTORES
Alberto Hernandez
Tejedor; Consuelo
Caniego Rodrigo;
Francisco Torres García;
Francisco Javier Acebedo
Esteban; Antonio Moreno
Jimenez;CENTROS DE TRABAJO
Samur-PC MadridPRESION VENOSA DE CO2 PARA ESTIMAR LA SITUACIÓN
VENTILATORIA EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA ES ÚTIL

INTRODUCCIÓN

Estimar la adecuación de la ventilación durante la parada cardíaca extrahospitalaria (PCEH) es complejo pero necesario. El estado ventilatorio influye en el medio interno y puede contribuir en la recuperación de la circulación espontánea. Los medios habituales para valorar la ventilación son la capnografía y la gasometría, bien sea esta última arterial o venosa. El presente estudio analiza que tipo de muestra gasométrica es más representativa de la situación ventilatoria del paciente en el contexto de PCEH.

OBJETIVOS

Comparar las diferentes formas de estimar el estado ventilatorio en pacientes con PCEH.

METODOLOGÍA

Estudio observacional prospectivo. Población de estudio: pacientes del estudio SYMEVECA, en el momento de recuperar pulso tras una PCEH, con medición simultánea de ETCO2 y gasometría. Los pacientes fueron ventilados según recomendaciones con respirador (IPPV) o balón de resucitación autohinchable. Se recogen variables demográficas, ritmo inicial de parada cardíaca y parámetros gasométricos y capnográficos en momento de la recuperación del pulso. Variables continuas como media $\pm$ desviación estándar. Análisis

estadístico: comparaciones con técnicas paramétricas. Estudio aprobado por CEIm de referencia.

RESULTADOS

De las 109 PCEH atendidas se incluyeron 12 pacientes con datos fiables de capnografía y gasometría en el momento de recuperar circulación espontánea, todos ellos entre 10 y 20 minutos después de la intubación precoz. Mujeres 21%, edad 62 ± 18 años, ritmo desfibrilable 45%. Los valores medios de ETCO2 fueron de $34,2 \pm 14,4$ mmHg. La gasometría fue venosa en 8 de ellos y arterial en 4. La diferencia entre la PvCO2 y la ETCO2 fue de $34,7 \pm 39,4$ mmHg mientras que cuando la muestra fue arterial la diferencia entre la PaCO2 y la ETCO2 fue de $12,1 \pm 25,3$ mmHg.

CONCLUSIONES

Al comparar los valores obtenidos en capnografía y pCO2 en muestras arteriales y venosas, podemos concluir que las muestras venosas pueden no ser representativas del estado ventilatorio del paciente ni, en general, del medio interno en el territorio arterial.

Esta situación puede ser debida al estasis venoso que se produce durante la PCEH, incluso a pesar de la correcta realización de maniobras de RCP.

165

SÁBADO 6
12:30 - 12:40h

SESIÓN 5. SALA GRANADOS II

PRIMER FIRMANTE
Youcef AzeliAUTORES
Youcef Azeli,
Eneko Barbería; Silvia
Solà; Inés Landín; Xavier
Jiménez Fàbrega; Alfredo
Bardají;CENTROS DE TRABAJO
Sistema d'Emergències
Mèdiques de Catalunya,
Spain. Institut d'Investigació.
Sanitària Pere Virgili,
Tarragona, Spain.FACTORES PREDICTIVOS ASOCIADOS A CAUSA CARDIACA
DE LA PARADA CARDIACA HEXTRAHOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

La causa cardíaca de la parada cardíaca extrahospitalaria (PCEH) es difícil de determinar. Conocer sus factores predictivos ayudarían a su identificación.

OBJETIVOS

Estudiar los factores predictivos de la causa cardíaca de la PCEH entre los intentos de RCP de presumible causa médica.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo de PCEH con múltiples fuentes de información realizado desde abril 2014 a abril 2017 en una región mediterránea de 511.662 habitantes. Se recogieron las causas de la muerte de los ingresados en hospitales y de las autopsias forenses según protocolo de estudio de muerte súbita. Las variables de la atención prehospitalaria se recogieron mediante un aplicativo online. Se recogieron las variables Utstein y los síntomas previos al colapso. Se realizó un análisis de regresión logística con selección por pasos hacia atrás.

RESULTADOS

El Sistema de Emergencias Médicas realizó 784 intentos de RCP. La edad media fue de 68,3 años, el 70,9% fueron varones y el 25,6% ingresaron vivos en el hospital. Se obtuvo la causa de la PCEH en 404 casos (51,2%). Entre

los 697 intentos de RCP de presumible causa médica los síntomas más frecuentes fueron síncope aislado (41,8%), disnea (23,5%) y dolor torácico (12,6%). Presentaron una causa cardíaca el 66,1% de los casos. Se asociaron con causa cardíaca el sexo masculino (81,3% vs 59,3%, $p < 0,001$), la PCEH en vía pública (35,2% vs 22,0%, $p = 0,03$), la fibrilación ventricular inicial (40,8% vs 9,6% $p < 0,001$), síntomas previos de menos de 1 hora (88,8% vs 78,4%, $p = 0,011$), el dolor torácico (18,3% vs 6,8%, $p = 0,004$), el síncope (58,3% vs 35,6%, $p < 0,001$) y la supervivencia al alta hospitalaria (26,3% vs 11,0%, $p = 0,001$).

Las variables predictoras de causa cardíaca en el análisis multivariado fueron sexo masculino OR: 2,61 (IC 95% 1,49-4,55), fibrilación ventricular inicial OR: 4,83 (IC 95% 2,37- 9,83), dolor torácico OR: 4,19 (IC 95% 1,71-10,25) y síncope OR: 2,97 (IC 95% 1,73-5,06). Este modelo presentó un ABC=0,77 (IC 95% 0,71-0,81).

CONCLUSIONES

El sexo masculino, la fibrilación ventricular, el dolor torácico y el síncope son factores predictivos de la causa cardíaca de la PCEH que pueden ser la base de un buen modelo predictivo que deberá ser validado.

166

SÁBADO 6
12:42 - 12:52h

SESIÓN 5. SALA GRANADOS II

PRIMER FIRMANTE
Antonio Pérez AlonsoAUTORES
Antonio Pérez AlonsoCENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD EN NIÑOS CON TCE MODERADO-GRAVE ATENDIDOS POR UN SEM

INTRODUCCIÓN

La incidencia de traumatismo craneoencefálico (TCE) en el paciente pediátrico codificado como trauma grave es alta y el personal de los servicios de emergencia debemos conocer las manifestaciones que suponen una disminución de la supervivencia asociado a este para poder enfatizar en el tratamiento de estas y garantizar una asistencia de calidad.

OBJETIVOS

Objetivo Principal: Conocer los factores que condicionan la morbilidad en el medio prehospitalario de los niños traumáticos graves con TCE moderado-grave.

Objetivo Secundario: Describir las características epidemiológicas y las variables asistenciales de los niños traumáticos graves con TCE atendidos por un SEM.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo descriptivo mediante revisión de registros clínicos de 2015-2020 de pacientes de 0-17 años con GCS inicial <13 y categorización de código trauma. Análisis estadístico paquete SPSS.

RESULTADOS

Se incluyó a 40 pacientes pediátricos graves con TCE, 23 (57,5%) de ellos con TCE puro. La edad media fue de 12,13 años. La causa

del trauma principal fue precipitación (40%) seguido de atropello (20%), caída casual (17,5%), accidente bicicleta (10%), accidente de coche (7,5%) y agresiones (5%). 21 pacientes (52,5%) con GCS inicial <9 y 19 pacientes (47,5%) con GCS 9-13 puntos. 7 pacientes precisaron RCP (17,5%). La supervivencia a los 7 días fue del 82,5% siendo el TCE la lesión principal de los fallecidos y los factores con mayor asociación estadística a una disminución de la supervivencia ($p < 0,05$) fueron la inestabilidad hemodinámica ($p < 0,041$), la presencia de alteración pupilar ($p < 0,01$) y la necesidad de realizar RCP ($p < 0,01$).

CONCLUSIONES

En la asistencia al paciente pediátrico traumático grave con TCE moderado-severo asociado, la presencia de inestabilidad hemodinámica durante su asistencia, la aparición de alteración pupilar o la necesidad de hacer RCP se pueden asociar a aumento de mortalidad.

167

SÁBADO 6
12:54 - 13:04h

SESIÓN 5. SALA GRANADOS II

PRIMER FIRMANTE
Beatriz Rodríguez EsplandiuAUTORES
Beatriz Rodríguez Esplandiu,
Sara Isabel Montero Hernández; M^a Isabel Vázquez García; Carlos Luis Villamor Sánchez;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR - Protección Civil.
Madrid

ESCALA AVDN TIENE FIABILIDAD SIMILAR AL GLASGOW MODIFICADO EN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE PEDIATRICO

INTRODUCCIÓN

La escala de Glasgow modificada (CGS) constituye la herramienta standard en la valoración de la conciencia del paciente pediátrico. Sin embargo, en los pacientes más jóvenes, esa evaluación puede ser difícil de interpretar.

OBJETIVOS

El objetivo primario es valorar que en los niños más pequeños (menores de 5 años) la escala AVDN no sólo es útil para la valoración de la conciencia, sino que se correlaciona con la puntuación del CGS modificado en sus diferentes grados (A-V-D-N).

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de 164 pacientes graves menores de 5 años atendidos entre los años 2001 por un Servicio de Emergencias Urbano (SEM) a través de la valoración de informes asistenciales y seguimiento de la evolución hasta los 7 días de ingreso.

Variables epidemiológicas: Edad, sexo, patología principal. Variable independiente: Escala AVDN. Variable dependiente: CGS Modificado.

Se establecieron dos variables categóricas binarias con AVDN (leve-AV y grave D-N), y CGS modificado (grave, 1 a 8 y leve moderado, 9 a 15)

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

RESULTADOS

164 pacientes. 101 varones (61,59%). Edad media 2,61 años (DE-1,2). La patología más frecuente fue el Trauma Mayor, 31 casos (19%), seguido del Trauma Craneoencefálico, 30 casos (18,3%). El valor medio del Glasgow modificado de la muestra fue 10,24 puntos (DE-4,7)

Los valores de Glasgow que correspondieron a cada una de las categorías AVDN: A - 14,66 (DE-0,89), V - 12,05 (DE-2,03), D - 8,78 (DE-2,08) y N - 4,72 (DE-2,5) $p < 0,0001$

Se comprobó una asociación muy intensa entre las variables binarias que definen los estados más y menos graves de las escalas AVDN y CGS modificado, $p < 0,0001$, con un valor predictivo positivo del AVDN sobre el Glasgow modificado de 72,7%, siendo el valor predictivo negativo del 97,7%

CONCLUSIONES

La valoración AVDN supone una simplificación importante en la valoración inicial de los niños pequeños, así, esta correlación hallada en este estudio observacional avala la posibilidad de una más fácil estratificación de la gravedad en los niños muy pequeños con graves patologías.

175

SÁBADO 6
13:06 - 13:16h

SESIÓN 5. SALA GRANADOS II

PRIMER FIRMANTE
Juan Antonio Escorcía
ChaferAUTORES
Escorcía Chafer, Juan
Antonio; Pérez López,
Aitana; Verge López, Juan
José; Jiménez Herrera,
María Francisca; Mora
Vives, Àngels; Solà
Muñoz, Silvia.CENTROS DE TRABAJO
Sistema d'Emergències
Mèdiques de la
Generalitat de Catalunya

FACTORES ASOCIADOS A LA RECUPERACIÓN DE CIRCULACIÓN ESPONTÁNEA EN LA PARADA CARDIACA POR AHO GAMIENTO

INTRODUCCIÓN

El ahogamiento constituye la 3a causa de muerte mundial por traumatismo no intencionado. Carecemos de suficiente información que permita elaborar un perfil o determinar qué factores pueden influir en la supervivencia de los pacientes ahogados que entran en paro cardiorespiratorio (PCR).

OBJETIVOS

Analizar el perfil de paciente y los posibles factores asociados a la recuperación espontánea de pulso (ROSC) en pacientes en PCR por ahogamiento a los que se ha practicado reanimación cardiopulmonar (RCP) prehospitalaria.

METODOLOGÍA

Estudio transversal analítico de los pacientes que presentan PCR por ahogamiento en Catalunya, atendidos del 1 de enero del 2017 al 31 de diciembre del 2019, por unidades de soporte vital avanzado del Sistema d'Emergències Mèdiques en los que se le realizó RCP prehospitalaria. Se recogieron, a través de los informes clínicos prehospitalarios, variables demográficas, clínicas, logísticas, tiempos de actuación y ROSC (variable dependiente). Se realizó un análisis mediante regresión logística para conocer posibles factores asociados a ROSC. Se consideró signifi-

cación estadística un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se atendieron un total de 148 PCR durante el periodo de estudio, se descartaron 44(29,7%) por presentar valores perdidos en la variable dependiente. De las 104 PCR atendidas restantes el 42,3% presentó ROSC. El 75,0% fueron hombres con edad media 50 años (DE 29). El 54,8% de los episodios fueron en la playa y el 32,7% presentaba vigilancia. La media de tiempo de inicio de maniobras de soporte vital (SV) fue de 7.3 min (DE 6) y de llegada SEM 8.6 min (DE 8). El 67,2% no tenía antecedentes médicos conocidos, el ritmo inicial más frecuente fue asistolia (75,5%) y en el 57,0% se había utilizado un DEA. El 83.7% requirió RCP avanzada. En el modelo explicativo de regresión logística las variables asociadas a ROSC fueron: una menor edad (43.8 años vs 55.3años; OR 0.98; IC95%:0.96-0.98; $p=0.047$), localización en piscina (43.2% vs 20.0%;OR 3.04;IC95%:1.27-7.25; $p=0.012$), el menor tiempo de inicio SV (5.9 minutos vs 9.9; $p=0.037$) y menor antecedentes cardiológicos (20.0% vs 44.8%;OR 0.31;IC9%:0.10-0.93; $p=0.034$).

CONCLUSIONES

No todos los factores asociados a ROSC son intrínsecos del paciente. Se debería insistir en la mejoría de los tiempos de inicio de SV.

178

SÁBADO 6
13:18 - 13:28h

SESIÓN 5. SALA GRANADOS II

PRIMER FIRMANTE
Sara Isabel Montero
HernándezAUTORES
Sara Isabel Montero
Hernández, María Isabel
Vázquez García; Beatriz
Rodríguez Esplandiu;
Carlos Luis Villamor
Sánchez;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR Proteccion Civil.
Madrid.

PREDICE LA SUBESCALA MOTORA DEL GLASGOW LA GRAVEDAD EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO PEDIÁTRICO

INTRODUCCIÓN

El traumatismo craneoencefálico (TCE) en el paciente pediátrico es una de las principales patologías atendidas por los Servicios de Emergencias Prehospitalarios. Para su evaluación primaria y soporte vital, la Escala de Coma de Glasgow (GCS) constituye un instrumento de gran rigor utilizado por la mayoría de los profesionales sanitarios. Sin embargo, su interpretación en niños con la escala de GCS modificada frecuentemente resulta complicada, llegando a retrasar en algunos casos la toma de decisiones. Escalas más simples como la subescala motora del Glasgow, usadas en el adulto podrían ser útiles en el manejo de estos niños.

OBJETIVOS

Evaluar si la subescala motora del GCS en niños con TCE tiene valor predictivo de su gravedad.

METODOLOGÍA

Estudio observacional prospectivo. Cohorte de 220 niños menores de 18 años, atendidos por unidades de Soporte Vital Avanzado de un Servicio de Emergencias(SEM) entre enero de 2001 y marzo del 2021 por TCE incluidos en el registro de pacientes graves o potencialmente graves. Se valoraron informes asistenciales consecutivos y seguimiento de la evolución hasta los 7 días.

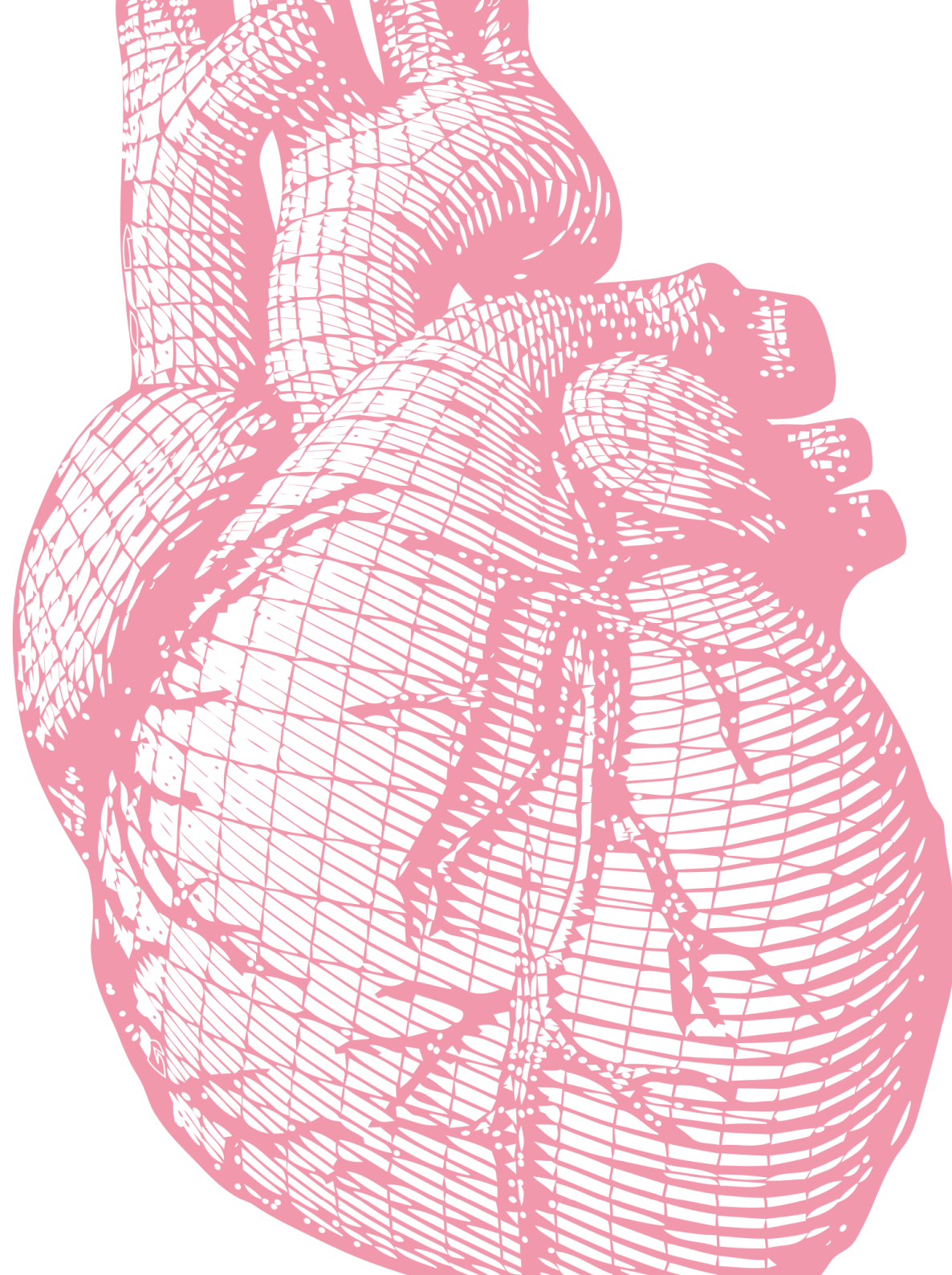
Variable dependiente: Índice de trauma pediátrico(ITP). Variable independiente: Puntuación subescala motora de Glasgow. Variables epidemiológicas: Edad, sexo, mecanismo lesional.Se establecieron dos variables dicotómicas: GCS Motor crítico (puntuaciones 1, 2, 3) vs moderado o leve (4,5,6) e ITP peor pronóstico (hasta 2) vs mejor pronóstico (≥ 3). Se realizaron análisis descriptivos (tendencia central y dispersión) e inferenciales (asociación entre variables categóricas con Chi cuadrado).Intervalos de confianza 95%, $p < 0.05$. SPSS 20.

RESULTADOS

220 pacientes, 145 varones(65,9%), edad media de 11,07(DE-4,9). El atropello fue causa principal con 66 casos (30%), seguido de la precipitación, 44 (20%). Valorando de forma binaria (grave-no grave), la subescala GCS, presenta una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.0001$) con el pronóstico medido por el ITP, presentando un valor predictivo positivo(VPP) del 94% y un valor predictivo negativo(VPN) del 47,8%.

CONCLUSIONES

La Subescala Motora del Glasgow no sólo es una herramienta válida para detectar la severidad en el TCE pediátrico sino que también tiene un alto valor predictivo en su gravedad. La facilidad que supone la valoración única del componente motor, posibilita una mayor simplicidad y fiabilidad en la evaluación inicial de estos pacientes.



PÓSTERS (SALA ALBÉNIZ)

PRIMER FIRMANTE
Angel López González

AUTORES
Angel López González,
Joseba Rabanales Sotos;
David Cuesta Abellan;
Lorena Rozas Bueno;

CENTROS DE TRABAJO
Facultad de Enfermería
de Albacete (UCLM).-
Grupo de Actividades
Preventivas en el
Ámbito de Universitario
de Ciencias de la Salud
(GAP-CS) (UCLM).
Complejo Hospitalario
Universitario de
Albacete (SESCAM).

¿SE CUMPLEN LAS RECOMENDACIONES DE LA EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL 2021 EN LOS LIBROS DE PRIMEROS AUXILIOS PUBLICADOS EN ESPAÑOL?

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios ponen de manifiesto la necesidad de educar en Primeros Auxilios (PPAA) a la población. Las intervenciones de PPAA deben basarse en evidencia científica o, en su ausencia, en consenso de expertos. La European Resuscitation Council (ERC) publicó, en 2015 y nuevamente en 2021 recomendaciones en PPAA. Pautas diseñadas para orientar a los autores de textos y a los responsables de los programas de formación en PPAA. Pasados más de seis años desde la publicación de las primeras recomendaciones en PPAA de la ERC, se ha detectado una falta de seguimiento de dichas recomendaciones en los libros de PPAA publicados en España.

OBJETIVO

Determinar si los contenidos de los libros de PPAA editados en España y dirigidos a la población, se adaptan a las directrices publicadas en 2021 por la ERC.

METODOLOGÍA

Estudio observacional de carácter descriptivo llevado a cabo mediante revisión bibliográfica sistemática de libros de PPAA editados en España siguiendo las directrices Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analyses (PRISMA). Se desarrolló una lista de verificación con aclaraciones sobre

las diferentes respuestas a las veinte categorías publicadas. La validez de las preguntas se analizó mediante el estadístico de concordancia Kappa de Fleiss.

RESULTADOS

Se analizaron ocho textos. Su extensión variaba entre 47 y 328 páginas. Únicamente tres libros incluían pautas actualizadas sobre RCP. Se analizaron 20 categorías/preguntas tras eliminar las de baja consistencia. Ninguno de los libros mostró cumplimiento total de las pautas. Uno cumplía el 70% de las recomendaciones. Siete categorías se cumplían en más del 50% de los textos, y nueve en ninguno.

CONCLUSIONES

Existe incumplimiento entre las recomendaciones de 2021 sobre RCP y PPAA de la ERC y las contenidas en los libros de PPAA publicados en España. Las recomendaciones publicadas por la ERC deben servir para estandarizar el material de formación en PPAA y RCP. El análisis sistemático del cumplimiento de las recomendaciones formuladas por las sociedades científicas en los libros sobre PPAA ha permitido detectar las pautas y directrices que sería necesario actualizar y adaptar.

PRIMER FIRMANTE
Ricardo Alexander Franz

AUTORES
Franz, Ricardo A. Calvo
Bota, A. M., García-Pazo,
Patricia

CENTROS DE TRABAJO
Quirúrgica. Hospital
Comarcal d'Inca

BENEFICIOS EMOCIONALES DE LA RCP PRESENCIADA POR LA FAMILIA

INTRODUCCIÓN

La Family presence during resuscitation (FPDR) es una práctica que surge de la propia demanda de la familia de estar presente en la reanimación cardiopulmonar (RCP). La familia es una parte importante de los cuidados del paciente y su bienestar. A pesar de sus beneficios la FPDR sigue siendo una práctica muy controvertida.

OBJETIVO

El objetivo del trabajo es identificar los artículos que describan los beneficios emocionales de la FPDR en la familia y su impacto en el proceso de duelo.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica (2010-2021) realizada en cuatro bases de datos: PubMed, EBSCOhost, Cochrane Library y BVS entre los meses de marzo y abril de 2021. Las palabras clave utilizadas para la búsqueda son resucitación cardiopulmonar, presencia de la familia en la resucitación y familia/psicología, combinándolas mediante el operador booleano "AND". Se han establecido los siguientes criterios de inclusión: (1) estudios con evidencia valorada en diferentes ámbitos hospitalarios y pre-hospitalarios, (2) artículos donde la víctima es adulta.

RESULTADOS

Se identificaron un total de 101 artículos. Tras aplicar criterios de inclusión y exclusión se revisaron un total de 23 estudios y 2 guías de práctica clínica. Los resultados mostraron que la FPDR disminuye los niveles de ansiedad, depresión y síntomas de estrés postraumático de los familiares. Además, la familia se siente más partícipes de los cuidados del paciente, hay un mayor acompañamiento y transmisión de información y contribuye a humanizar la atención. En consecuencia, se facilita el desarrollo del proceso de duelo. La FPDR requiere la educación y entrenamiento a los sanitarios, la implementación del rol de facilitador y la creación de políticas y guías que avalen la práctica clínica.

CONCLUSIONES

La FPDR aporta claros beneficios psicológicos para los familiares. Las creencias de los profesionales de la salud siguen siendo el principal freno para la integración de la práctica. La FPDR necesita ser adaptada a los factores sociodemográficos y características individuales del paciente y su familia. Los requisitos para su incorporación en los cuidados universales han sido bien descritos por la literatura científica.

10

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE
Calvo Bota, A. M.

AUTORES
Calvo Bota, A. M., Franz,
Ricardo A. García-Pazo, P.

CENTROS DE TRABAJO
Servicio de Urgencias
Adultos. Hospital
Universitario Son
Espases, Hospitalización
quirúrgicas. Hospital
Comarcal de Inca,
3Universidad de les Illes
Balears. Departamento de
Enfermería y Fisioterapia.

BENEFICIOS DE LA FORMACIÓN EN SOPORTE VITAL BÁSICO EN LA POBLACIÓN ESCOLAR

INTRODUCCIÓN

La supervivencia tras sufrir una parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCRE) es de un 0-18%. La formación de los testigos se muestra cómo una solución factible que ayuda a mejorarla. Esta formación básica va desde el simple reconocimiento de la parada cardiorrespiratoria (PCR), hasta las actuaciones que marca el algoritmo de Soporte Vital Básico (SVB). El primer contacto para adquirir esta formación es el ámbito escolar y algunos organismos oficiales promueven este tipo de formación como educación obligatoria.

OBJETIVO

Identificar si la formación en SVB en la población escolar es efectiva en situaciones de PCR. Relacionar que habilidades y conocimientos deben impartirse según rango de edad.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica (2015-2020) en bases de datos BVS, EBSCOhost, PubMed y Cochrane. Las palabras claves fueron: Schools, Cardiopulmonary Resuscitation, Effectiveness, knowledge se combinaron con los operadores booleanos (AND). Los criterios de inclusión: (1) aparición de alguno de los términos de búsqueda en título, resumen, o palabra clave, (2) participantes de los estudios son

población escolar de 10-16 años. Se excluyeron estudios que no trataran los objetivos de esta investigación. Se realizó una evaluación de la calidad del estudio mediante fichas de lectura crítica de los estudios con la Plataforma FLC Web 3.0.

RESULTADOS

Fueron identificados 481 artículos. Tras aplicar criterios de inclusión y exclusión, quedaron 54 para su revisión. Todos los estudios utilizaban metodología cuantitativa, el 90% eran artículos internacionales, 10% nacionales. Todos los estudios revisados, excepto uno, tienen una calidad media/alta.

CONCLUSIONES

La formación en el algoritmo de SVB es efectiva en el colectivo escolar (10-16 años), adaptando los contenidos y habilidades a cada grupo de edad. También se recomienda realizar una evaluación mediante cuestionarios validados. Debe realizarse en un contexto de colaboración entre personal docente y sanitarios de los servicios de urgencias. Durante la docencia se recomienda realizar actividades de simulación de los diferentes escenarios. Finalmente, según la European Resuscitation Council (ERC), la educación en SVB está legislada en 5 países, pero por el momento, en España es solo una sugerencia.

PÓSTERS

11

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE
Luque-López, Lourdes,

AUTORES
Luque-López, Lourdes,
Molina-Mula, Jesús

CENTROS DE TRABAJO
DUE, Atención Primaria
Mallorca, CS Son Serra-La
Vileta, Profesor titular,
Facultat d'Infermeria i
Fisioteràpia, Universitat
de les Illes Balears

EL DOCENTE COMO FIGURA CLAVE EN LA DIFUSIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS EN SOPORTE VITAL BÁSICO

INTRODUCCIÓN

La etapa escolar se ha definido como el entorno ideal para la difusión de los conocimientos en soporte vital básico. Para ello se ha señalado al docente como figura clave, sin embargo, esto no sería viable sin una formación previa. La formación desde los Grados de Educación se plantea como una estrategia útil para que este colectivo pueda iniciar la enseñanza en esta materia en los centros educativos desde el primer día que inician su actividad laboral como docentes.

OBJETIVO

Con esta revisión sistemática y metaanálisis se pretende determinar el nivel de conocimientos en RCP básica (RCPb) y manejo de la Desfibrilación Externa Semiautomática (DESA), así como la necesidad percibida de disponer de ellos entre los futuros maestros que cursan sus estudios en las Facultades de nuestro país. Se evalúa, a su vez, el impacto de las diferentes iniciativas y programas de entrenamiento llevadas a cabo en esta línea y con este grupo de población así como la predisposición para impartir esta materia a sus escolares en los centros educativos tras ser titulados.

METODOLOGÍA

Las bases de datos utilizadas fueron Cochrane Library, Pubmed, ScienceDirect, CINAHL, Web of Science, ERIC, GRAÓ. Para la revisión sistemática se incluyen 7 estudios. Para el análisis cuantitativo se seleccionan 2 estudios. El tamaño de la muestra fue de entre 24 y 4275 universitarios de Grado de Educación.

ne Library, Pubmed, ScienceDirect, CINAHL, Web of Science, ERIC, GRAÓ. Para la revisión sistemática se incluyen 7 estudios. Para el análisis cuantitativo se seleccionan 2 estudios. El tamaño de la muestra fue de entre 24 y 4275 universitarios de Grado de Educación.

RESULTADOS

El nivel de conocimientos de los futuros maestros en RCPb y manejo de DESA es bajo. Los estudios demuestran que los docentes o futuros maestros pueden adquirir nociones en RCPb y manejo de DESA con programas de entrenamiento muy breves. Los alumnos de los Grados de Educación consideran, que una asignatura específica de Primeros Auxilios es importante para su formación académica. Tras una formación previa la mayoría de los universitarios estarían dispuestos a incluir este contenido en las programaciones del aula con sus escolares en los centros educativos.

CONCLUSIONES

Debemos empezar por la construcción de una buena base, y esa base son los docentes. Los docentes deben recibir formación de calidad en esta materia para que la difusión entre los escolares en RCP y manejo de DESA sea una realidad.

PÓSTERS

12

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE
Luque-López, Lourdes,

AUTORES
Luque-López, Lourdes,
Molina-Mula, Jesús

CENTROS DE TRABAJO
DUE, Atención Primaria
Mallorca, CS Son Serra-La
Vileta, Profesor titular,
Facultat d'Infermeria i
Fisioteràpia, Universitat
de les Illes Balears

LA FORMACIÓN EN SOPORTE VITAL BÁSICO, CLAVE, TAMBIÉN EN LA POBLACIÓN ADULTA LEGA

INTRODUCCIÓN

Gran parte de las paradas cardiorrespiratorias (PCR) se producen en el ámbito extrahospitalario por lo que cualquier ciudadano puede ser testigo y tener en sus manos la posibilidad de salvar una vida. La evidencia de que la actuación precoz por parte de testigos del suceso conlleva una mayor supervivencia, es el fundamento para realizar una educación que llegue a la mayor parte de la población. La recomendación de formar a los ciudadanos en esta materia apoyada en diferentes estudios, y promovida por sociedades científicas no ha servido para desarrollar un plan de formación común en Europa y tampoco en España para la población lega.

OBJETIVO

Determinar el programa de formación en el manejo de la PCR más eficiente para adultos legos en términos de adquisición y retención de habilidades prácticas.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión sistemática con meta-análisis empleando las bases de datos CINAHL, Cochrane, Pubmed y Sciencedirect. Los participantes son personas adultas (> 18 años), legas y con medias de edades que comprenden desde los 19,5 y los 70 años. Se incluyen los estudios en los que se utiliza cualquier

programa de entrenamiento en el manejo de la PCR, independientemente del método utilizado. Tras depurar la búsqueda se incluyen 10 estudios, 2 cuasi-experimentales y 8 ensayos clínicos controlados aleatorizados.

RESULTADOS

No se ha demostrado de manera destacada, una mayor efectividad y unos resultados más favorables en relación coste-efectividad en una metodología de formación determinada, sin embargo, un programa formativo basado en RCP simplificado (sólo compresiones torácicas), de corta duración ayuda a reducir las principales barreras para actuar ante una PCR e iniciar RCP. Los métodos de autoaprendizaje demuestran resultados comparables al aprendizaje presencial y la puesta en práctica de habilidades con el uso de maniquís, el feedback instructor- alumno y las simulaciones de manera presencial mejoran los resultados, por lo que el plantear una metodología semi-presencial para este tipo de formación podría resultar un recurso efectivo.

CONCLUSIONES

Tener formación en RCP aumenta la autoeficacia percibida en la misma, su disposición para realizarla y, lo más importante, el número de personas que la realizan es significativamente mayor.

PÓSTERS

13

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE
Martín López, J.

AUTORES
Martín López, Judith,
Barea Mañas, Jorge,
Rotger Terrassa, Antonio,
Cañellas Salvado, Vicente,
Galiana García, Juan,
Carlos; Taura Junco, Pilar.

CENTROS DE TRABAJO
SAMU 061 Balears, Palma
de Mallorca.

ANÁLISIS DE PROCESOS TRAUMATOLÓGICOS EN LOS ACCIDENTES DE PATINETE

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, hemos visto cómo el uso del patinete eléctrico, como medio de transporte, ha sufrido un crecimiento de forma exponencial. A pesar de estar legislado por el RD 970/2020 del 2 de enero de 2021, y existir legislación sobre las velocidades máximas, uso de calzada, etc. los accidentes en este medio de transporte están cada vez más presentes en nuestro día a día. Por ello, hemos querido conocer el perfil del usuario, y las principales causas y consecuencias de este tipo de accidentes.

OBJETIVO

Conocer los principales mecanismos de lesión y la gravedad de los pacientes que sufren accidentes en patinete eléctrico. Realizar mapa de lesiones corporales, principales puntos negros de nuestra geografía y perfil del afectado.

METODOLOGÍA

estudio descriptivo retrospectivo longitudinal, análisis de los datos extraídos del programa Séneca Sanidad, muestra formada por 258 intervenciones con afectados derivados de accidentes en los que esté involucrado un patinete eléctrico. Durante el año 2020.

RESULTADOS

57% varones, 41 % mujeres, 2% sin determinar el sexo. Principales rango de edad 18% entre 10-20 años, 31% entre 21 y 30 años, 25% entre 31 y 40 años, 12% entre 41-50 años, 12% mayores de 51 años.

Mecanismos de lesión: 63% caídas casuales, 24% colisión con coche, 4% con peatones, 4% con bicicleta, 3% con motocicleta, % inferiores la 1% colisión 2 patinetes, lesionado acompañante, colisión con furgoneta. Principales lesiones: 20,06% en extremidades superiores, 17,59 lesiones craneales, 17,59 lesiones en extremidades inferiores, 16,66 policontusiones, 14,81% lesiones faciales, abrasiones 4,62%, lesiones cervicales y espalda ambas con un 3,70%, en abdomen un 0.92% y torácicas en un 0.30%.

En referencia a la gravedad del paciente y recurso intervinientes observamos que el 65% los pacientes son asistidos y trasladados por recurso USVB, mientras que el 34% lo hacen en USVA y un 1% USVAE. Realización de mapa georreferenciado de todos los accidentes de patinete eléctrico y localización de puntos negros.

CONCLUSIONES

Tras examinar bibliografía relacionada con este tipo de accidentes y la escasa información publicada en España los datos obtenidos del análisis de datos, sabemos que en nuestra comunidad un 5% del total de accidentes existentes, son debidos a accidentes de patinete eléctrico. De estos, observamos que las lesiones son graves en un 34% de los casos, ya que han sido tratados y trasladados por una USVA. En el 63% de los casos, estos accidentes son producidos por caídas del conductor, sin intervención de otros vehículos o personas. Por último, observamos que las principales lesiones son traumatismo de extremidades y TCE. Por todo esto, creemos que es necesario ampliar los estudios al respecto para llegar a conclusiones más fiables y de esta manera poder hacer una prevención primaria orientada a la protección de este tipo de accidentes.

PÓSTERS

14

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Martín López, J.AUTORES
Martín López, Judith;
Cañellas Salvado, Vicente;
Galiana García: Juan
Carlos; Taura Junco, Pilar;
Puig Najera, Manuel;
Valles Bauza, Antonia.CENTROS DE TRABAJO
SAMU 061 Balears, Palma
de Mallorca.

SUPERVIVENCIA DE LA PCR ANTE INDICACIONES DE RCP TELÉFONICA DEL CENTRO COORDINADOR

INTRODUCCIÓN

Ante la detección de una PCR (Paradarrespi-ratoria) y alerta a los servicios de emergen-cia, el Centro Coordinador debe de realizar el envío de recursos adecuado con total celeri-dad y siendo de vital importancia la realiza-ción precoz de maniobras de RCP (reanima-ción cardiopulmonar) , como segundo eslabón de la cadena de supervivencia. Ante la diver-sidad de agentes y alertantes intervinientes se deben dar unas instrucciones claras para que el alertante sea capaz de llevar a cabo las maniobras de resucitación de calidad hasta la llegada de los recursos sanitarios, nos refe-riremos a Legos, entendidos como reanima-dores ocasionales que sin ser profesionales sanitarios va a realizar la RCP con ayuda te-léfonica del profesional sanitario al otro lado del teléfono.

OBJETIVO

Conocer el porcentaje de alertas recibidas en el centro Coordinador en el que se tiene constancia de haber indicado maniobras de RCP al alertante vía telefónica y conocer el índice de supervivencia de los pacientes a los que se les han realizado las maniobras.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo longitudi-nal, análisis de los datos extraídos del pro-

grama Séneca Sanidad, con una muestra for-mada por 290 intervenciones en las que se detecta una PCR y se activa el Código PCR durante el año 2020.

RESULTADOS

Se observan 290 alertas en las que se detec-ta desde el Centro Coordinador la situación de Parada cardiorrespiratoria, de todas ellas se dan indicaciones de Reanimación Cardio-pulmonar a realizar por los alertantes, en un total de 173, lo que supone un 59,6% de los casos.

Del total de las 290 alertas de PCR, Se anali-zan 82 afectados que son reanimados por los servicios de emergencia extrahospitalarios y son trasladados al centro sanitario útil previa activación del código asistencial PCR. De es-tos, en 46 afectados se ha dirigido e informa-do al lego de la secuencia de reanimación y la forma de llevarla a cabo, lo que supone en términos de porcentaje, un 56,09% de los pa-cientes en situación de PCR que sobreviven gracias a las indicaciones de RCP por parte de la CCUM

Realización de mapa georreferenciado de todos los accidentes de patinete eléctrico y localización de puntos negros.

CONCLUSIONES

La formación de la población general en la realización de una RCP de calidad puede aumentar el porcentaje de supervivencia de los afectados en caso de en-contrarse con una PCR, por es-tos motivos es importantísimo promover culturas que concien-cien a los poderes públicos de la necesidad de formar a la pobla-ción general.

El Centro Coordinador es una de las herramientas básicas para poder dirigir y apoyar al lego en la realización de dichas ma-niobras. En un 59,65% de las intervenciones se refleja la indi-cación telefónica de maniobras de RCP. En un 26,59% de estas intervenciones se consigue el retorno de la circulación espon-táneo (ROSC) tras la PCR, es decir, en 1 de cada 6 pacientes que sufren una PCR y se le dan indicaciones de RCP telefónica es reanimado y trasladado por los servicios de emergencia.

PÓSTERS

15

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Carlos Luis Villamor
SánchezAUTORES
Carlos Luis Villamor
Sánchez; Sara Isabel
Montero Hernández; Jose
Antonio Lara Fernandez;
Francisco Javier Concejero
Ballester;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC Ayuntamiento
de Madrid

VALOR PRONOSTICO DE LOS PARAMETROS METABÓLICOS EN EL MANEJO DE EMERGENCIAS DEL SCACEST

INTRODUCCIÓN

La utilización de la analítica en los Servicios de Emergencias (SEM) posibilita un avan-ce respaldado por la evidencia científica en procesos como la PCR y el trauma grave. Ac-tualmente, son pocos los trabajos que hayan constatado la utilidad de los parámetros me-tabólicos habituales en patologías como el Síndrome Coronario Agudo con elevación del ST (SCACEST).

OBJETIVO

El estudio, además de describir características epidemiológicas, hemodinámicas y metabóli-cas de una muestra de pacientes atendidos por un SEM, pretende valorar la asociación que los parámetros metabólicos tomados en la escena tienen con el diagnóstico y pronós-tico de estos pacientes.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo de pa-cientes atendidos con SCACEST por un SEM de una gran ciudad entre 2016 y 2019. Se-guimiento de los pacientes hasta los 7 días de ingreso hospitalario. Variables epidemio-lógicas: sexo, edad, tipo de infarto, tiempo de evolución y clínica predominante. Variables exposición: parámetros metabólicos toma-dos de una muestra sanguínea en la escena. Variables resultado: supervivencia. Análisis

descriptivo con medidas centrales y de dis-persión. Análisis inferencial: Curva ROC y Chi cuadrado valorando valores predictivos posi-tivos (VPP) y negativos (VPN). Análisis con SPSS V17.0.

RESULTADOS

460 pacientes. Edad media: 60,3 años (DE-12,9), 384 (83,5%) varones. 222 pacientes (48,7%) tenían un infarto de localización predominantemente anterior. El tiempo de evolución clínica fue menor de una hora en 320 casos (69,6%). La clínica mayoritaria fue dolor precordial (335 casos, 72,8%), en repo-so 279 (60,7%) y 80 (17,4%) atendidos en la franja horaria de 13:00 a 15:00 horas. Los parámetros metabólicos asociados signifi-cativamente a la supervivencia del paciente fueron: Lactato (para valor de corte 4,065) VPP-78,4%, VPN-72,7% p=0,0003. Exceso de Bases (EB) (valor de corte -2,85) VPP-74,3% VPN-72,7% p=0,0013. pH (valor de corte 7,37) VPP-61,4% VPN-72.7% p=0,021

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta que las características epidemiológi-cas de la muestra no difieren de las habituales en esta pa-tología, parece que aquellos procesos de SCACEST más graves (los que no superan el episodio) tienen reflejo esta-dísticamente significativo en los parámetros metabólicos tomados al inicio de la asis-tencia. Así, Lactato, EB y pH, pueden constituirse como otra referencia diagnóstica para el manejo en emergen-cias de estos pacientes.

PÓSTERS

16

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE
Christian Koehler
Gallardo Mayta;

AUTORES
Christian Koehler
Gallardo Mayta; Víctor
Manuel Martín López;
Carlos Jiménez Rodríguez;
Jorge Ruíz Cebolla;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR PC

PATRÓN DE WINTER, PRESENTACIÓN INUSUAL DEL CÓDIGO INFARTO

INTRODUCCIÓN

Se define como Patrón de Winter a una presentación electrocardiográfica poco frecuente del Infarto Agudo de Miocardio de cara Anterior. La ausencia de la habitual elevación del segmento ST constituye su principal característica. Su mecanismo fisiopatológico tiene relación con una oclusión/suboclusión de la arteria descendente anterior (ADA) proximal.

Como en los casos típicos de Síndrome Coronario Agudo con Elevación ST (SCAEST), el proceso que cursa con este Patrón puede presentar las mismas complicaciones eléctricas y hemodinámicas, por lo cual es esencial su conocimiento y diagnóstico precoz.

OBJETIVO

Dar a conocer a través de la exposición de dos casos clínicos, este Patrón, su peculiaridad y las características principales que observamos en el manejo de dos pacientes asistidos por un Servicio de Emergencias y que debutaron en su cardiopatía isquémica con ese patrón electrocardiográfico.

METODOLOGÍA

Exposición e identificación inicial del Patrón: Descenso del ST con pendiente ascendente, ondas T prominentes de base ancha y deflexión del punto J en precordiales, caracte-

rísticas que ayudarán a identificar y decidir el tratamiento de reperfusión precoz adecuado.

RESULTADOS

Caso 1: Varón 46 años, fumador de 1 p/día, sin tratamientos previos, con opresión característica, cortejo vegetativo. Electrocardiograma (ECG) con deflexión punto J y ondas T picudas y simétricas en precordiales. Diagnóstico Cateterismo: oclusión proximal completa ADA.

Caso 2: Varón 62 años, con Hipertensión Arterial y anticoagulado, malestar atípico, sin cortejo. ECG con deflexión punto J en precordiales derechas y ondas T picudas de base ancha. Tras electrocardiograma, el paciente desarrolla Fibrilación Ventricular que revierte tras 2 Desfibrilaciones. Diagnóstico Cateterismo: oclusión ADA proximal.

CONCLUSIONES

El Patrón de Winter es altamente predictivo de oclusión de la Arteria Descendente Anterior. Como en los casos "típicos", su expresión clínica puede ser diferente.

Los casos atípicos que, como el Patrón de Winter, pueden originar una patología y unas complicaciones tan importantes como la de los casos considerados "Típicos" deben considerarse a la hora de la formación de los médicos de emergencias, pues de su precoz diagnóstico, puede depender la evolución clínica e incluso la vida de estos pacientes, dado que su reconocimiento implica un tratamiento de reperfusión inmediato.

PÓSTERS

20

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE
José Luis Arjona
Huertas

AUTORES
José Luis Arjona
Huertas;
Rafael Siendones
Castillo; Joaquin Pelaez
Cherino; Eduardo
Roquero Pérez;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Costa del Sol

FORMACIÓN EN SOPORTE VITAL EN LA AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL

INTRODUCCIÓN

La Agencia Sanitaria Costa del Sol (ASCS) consta de tres centros que son el Hospital Costa del Sol de Marbella (HCS), el Hospital de alta resolución de Benalmádena (HAR B) y el Hospital de alta resolución de Estepona (HAR E). Son más de 2000 profesionales los que forman parte de esta organización.[...]

OBJETIVO

Exponer los distintos tipos de cursos y talleres de soporte vital que se celebran en la ASCS.

METODOLOGÍA

Existen distintos tipos de cursos

1.- Cursos de SVA. (24 horas) Dos partes: Una parte online que consta 18 horas

Una presencial de 6 horas que consta de cuatro talleres:

•SVB y DEA. OVACE.

•Vía aérea.

•Diagnóstico y tratamiento farmacológico y eléctrico de las arritmias.

•Soporte vital avanzado integrado (Megacode) 2.- Curso de Actualización de SVA (5 horas)

Una parte online que consta 3 horas Una presencial de 2 horas.

3.- Curso de SVB y DEA. (20 horas) Dos partes: Una parte online que consta 17 horas

Una presencial de 3 horas que consta de DOS talleres:

•SVB y DEA. OVACE. Adulto

•SVB y DEA. OVACE. Niño.

4.- Cursos de SVA del Plan Nacional de RCP (PNRCP). 42 horas (22 presenciales) 5.- Curso de SVB y DEA del PNRCP. (8 horas presenciales).

6.- Talleres de SVB y DEA para profesionales no sanitarios. (1 horas presencial)

7.- Talleres de SVB y DEA en colaboración con la Universidad de Málaga. Grado de Podología. (4 horas presenciales)

Todos estos cursos se complementan con la celebración de simulacros de parada cardíaca en distintas dependencias de la ASCS donde participan todo tipo de profesionales, lo que favorece la implicación de todos, en la atención de esta lacra.

RESULTADOS

Además de dos cursos (24 alumnos cada uno) de SVA del PNRCP (24 alumnos cada uno, otros dos de SVB y DEA del PNRCP y uno de instructor de SVA (24 alumnos).

Se realizaron varios talleres en los distintos centros de la ASCS.

En septiembre y octubre de 2021 se han ofertado cursos de soporte vital para alumnos externos a la ASCS.

CONCLUSIONES

La celebración de cursos y talleres de soporte vital en la ASCS, tiene una aceptación importante por los empleados, ya que la diversificación de los mismos, hace que los distintos profesionales lo vean atractivo y útil.

La ASCS está realizando un esfuerzo importante en la formación de sus profesionales en la atención a la parada cardíaca, además de formar docentes, que impartan los distintos cursos y talleres. Recientemente esa oferta se ha ampliado a la ciudadanía que esté interesada.

Los simulacros de parada cardíaca en la ASCS, favorecen la concienciación de sus profesionales y la mejora en la atención a los pacientes.

PÓSTERS

24

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE
José Luis Arjona Huertas

AUTORES
José Luis Arjona Huertas;
Rafael Siendones Castillo;
Joaquín Pelaez Cherino;
Eduardo Roquero Pérez;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Costa del Sol

DESFIBRILACIÓN SEMIAUTOMÁTICA EN NUESTRA EMPRESA SANITARIA

INTRODUCCIÓN

La empresa sanitaria donde trabajo consta de cuatro centros en distintas localidades de la provincia. Son más de 2000 profesionales los que forman parte de esta organización sanitaria pública.

El febrero / marzo del 2019 se creó la Comisión de atención a la parada cardiorespiratoria, siendo uno de sus cometidos la optimización de los distintos carros de parada cardíaca en los servicios de la Empresa Sanitaria, así como del control de los desfibriladores manuales y de la propuesta de instalación de desfibriladores semiautomáticos (DEA) en las áreas no asistenciales de los cuatro centros de la empresa. Vamos a describir el proceso de decisión y posterior instalación de los DEAs en los distintos centros dependientes.

METODOLOGÍA

A partir de marzo de 2019, tras la creación de la Comisión de atención a la parada cardiorespiratoria (PCR), se detectaron zonas que estaban desprovistas de cobertura de desfibrilación precoz en caso de PCR. Por ello un grupo de expertos de dicha Comisión después del estudio de la situación, llegó a la conclusión de cuáles eran los lugares donde sería necesaria proveer de desfibrilación precoz, mediante la instalación de desfibriladores semiautomáticos. Dichas zonas eran, fundamentalmente, lugares no asistenciales, donde no hay personal sanita-

rio, más formado en la atención a los pacientes con PCR. Todo ello derivó en los siguientes resultados de la instalación de DEAs.

RESULTADOS

Desde 2019 hasta la actualidad se han adquirido un total de 9 DEAs. Ocho de los cuales están instalados a fecha de hoy y el que falta en fase de instalación en los próximos días.

Para la celebración del 4º Congreso del CERCP, estarán instalados los nueve DEAs citados.

Los lugares elegidos fueron los siguientes:

1. En el Centro de Alta Resolución 1. Un DEA en admisión. Instalación el 14 abril 2021
2. En Hospital Alta Resolución A: 2 DEA,
 - Admisión general. Instalación en septiembre 2021.
 - Cafetería. Instalación en abril 2021
3. En Hospital principal: 5 DEA
 - Entrada de cafetería del Público. Instalado en noviembre 2019
 - Pasillo a lavandería y frente a Farmacia hospitalaria. Instalado en noviembre 2019.
 - Parking subterráneo. Se instala en abril 2021.
 - Pasillo de laboratorio. Pte. de instalar.
 - Colocación de DEA ubicado en Consultas externas (CE Neumología), en el Halls de entrada a CCEE. Se exterioriza a mediados de abril 2021.
4. En Hospital de Alta Resolución B.
 - Entrada principal al hospital. Instalado en julio 2021 [...]

CONCLUSIONES

Instalación de nueve DEA desde 2019 hasta 2021.

Formación inherente a esa instalación, al personal no sanitario. Formación en los distintos DEAs al personal sanitario y no sanitario. Colaboración de todos los profesionales implicados

Los simulacros de parada cardíaca en zonas no asistenciales, favorecen la concienciación de sus profesionales y la mejora en la atención a los pacientes.

La creación de la Comisión de Atención a la PCR, ha supuesto un “antes y después” en la Reanimación cardiopulmonar en nuestra empresa sanitaria pública.

Ampliación de la posibilidad de desfibrilación precoz en zonas no asistenciales de la empresa sanitaria.

PÓSTERS

25

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE
Rafael Siendones
Castillo

AUTORES
Rafael Siendones
Castillo;
Joaquín Pelaez Cherino;
Jose Luis Arjona
Huertas; Carmen Del
Pino De La Fuente;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Costa de Sol.
ASCA

RESISTENCIA AL CAMBIO EN SITUACIONES DE PARADA Y PERIPARADA. HACER VISIBLE LO INVISIBLE

INTRODUCCIÓN

El mejor tratamiento en la parada cardiorrespiratoria (PCR) es la prevención. Anticiparse y evitarla sería el mejor algoritmo de manejo clínico. Tras una PCR exitosa, debemos identificar y corregir las circunstancias desencadenantes. Una formación apropiada, optimizaría la secuencia de acontecimientos. El soporte vital avanzado (SVA) diferencia ritmos desfibrilables y no desfibrilables, situaciones que están muy estandarizadas. Quedando más imprecisas y sin formación reglada, las situaciones periparada de alto riesgo y los ritmos organizados sin pulso. Elemento del algoritmo principal por impulsar. Normalizar planes formativos dirigidos mediante la ecografía clínica multiventana, permite anticiparse y acelerar la resolución de los casos complejos.

OBJETIVOS

Mejorar la formación reglada en técnicas de imagen en situaciones de parada y periparada, reforzando la percepción de los profesionales y optimizando los resultados finales.

METODOLOGÍA

Durante 2019-2021, realizamos para 30 facultativos de urgencias, un programa formativo teórico-práctico acreditado, con simulaciones integradas al SVA tipo “megacode”, sobre casos con causa potencialmente reversible

tras el reconocimiento precoz. Cinco meses para pacientes estables y cuatro meses para patología tiempo-dependiente. Total de 306 horas con 58,08 créditos.

RESULTADOS

Una encuesta de satisfacción y adquisición de habilidades reveló un cambio decisivo en la percepción de la ecografía como herramienta exploratoria, para la búsqueda activa de las situaciones recuperables. El 100% percibía una satisfacción alta o muy alta, con más seguridad ante situaciones críticas o PCR no desfibrilables. En la simulación el 30% identificó una causa probable y el 60% como muy probable. El 10% queda indeciso para el motivo de la inestabilidad o parada. El 95% descartaba causas inmediatas como un taponamiento cardíaco, neumotórax a tensión, hipovolemia extrema, tromboembolismo pulmonar, síndrome aórtico y coronario agudo.

CONCLUSIONES

Necesitamos concienciarnos y motivar la investigación en los eslabones extremos de la cadena buscando soluciones inmediatas. Los programas formativos de ecografía integrados al SVA reduce la incertidumbre y reduce el tiempo ante una PCR o periparada. Sería apropiado estandarizar su uso inmediato en el algoritmo para ritmos no desfibrilables, sobre todo en ritmos organizados sin pulso, evitando retrasos en causas recuperables.

PÓSTERS

PRIMER FIRMANTE
Rocio Marino Genicio

AUTORES
Rocio Marino Genicio;
Mercedes Sen;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR PC

LOS PARÁMETROS ANALÍTICOS CONSTITUYEN UNA HERRAMIENTA ÚTIL EN EL DIAGNÓSTICO DE EMERGENCIAS DEL ICTUS

INTRODUCCIÓN

La evolución y pronóstico del ictus depende de un precoz diagnóstico y derivación. Su manejo en la emergencia extrahospitalaria se basa en parámetros exclusivamente clínicos. Pocos son los estudios que han abordado la posibilidad de identificar biomarcadores que complementen la exploración habitual.

OBJETIVOS

Identificar parámetros analíticos y/o hemodinámicos que puedan servir de elemento de decisión al profesional de la emergencia que se enfrenta a estos procesos sin las habituales pruebas de imagen.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo, pacientes mayores de 16 años atendidos de forma continua por un SEM de una gran Ciudad durante 2019-2020 con diagnóstico extrahospitalario de ictus. Seguimiento de evolución hospitalaria hasta los 7 días. Variables epidemiológicas: sexo, edad, puntuación en la escala de valoración neurológica NIHSS. Variables exposición: Parámetros metabólicos y hemodinámicos tomados en la escena: pH, EB, Lactato, Iones, Bicarbonato, Hemoglobina, Glucemia, Tensión arterial, Frecuencia Cardíaca. Variables resultado: Diagnóstico confirmado de ictus, Intervencionismo, tipo

de Ictus. Análisis descriptivo: medidas centrales y de dispersión. Análisis inferencial: asociación entre variables cuantitativas: t de Student, variables categóricas: Chi cuadrado, valorando valores predictivos positivos(VPP) y negativos(VPN). Análisis con SPSS V17.0.

RESULTADOS

411 pacientes. Diagnóstico confirmado de ictus: 342(83,21%), 116(28,2%) de origen hemorrágico y 226(55%) isquémico. 221(53,8%) hombres. La edad media fue de 67,8 años (DE-15,7). El valor medio de NIHSS al inicio de la asistencia es 10.43(DE-6,68); 11,36(DE-6,33) en ictus confirmados vs 6,1(DE-6,4) en falsos positivos, $p < 0,00001$. VPP-92,8%, VPN-30% para un valor NIHSS 7,5. Valores asociados al diagnóstico de Ictus fueron: pH: 7,38(DE-0,04) vs 7,34(DE-0,12), $p < 0,0001$, VPP de 86,9% para un valor de $pH > 7,37$. EB: 1,06(DE-2,9) vs -1,40(DE-5,2) $p < 0,0001$. VPP-88,3% para un valor de 0,15. CO3H: 25,9(DE-3,01) vs 24,3(DE-4,3) $p < 0,0001$. VPP-87,2% para un valor de 25,5. Frecuencia cardíaca: 79,6(DE-19,3) vs 91,7(DE-22,5) $p < 0,0001$. VPP-88,9% para un valor de 82,5, y edad: 69,1(DE-15,5) vs 61,4(DE-15,1) $p < 0,0001$. VPP-88,0% para una edad superior a 65,5 años.

CONCLUSIONES

A falta de refrendar estos datos con estudios aleatorizados, es posible afirmar que existen parámetros analíticos y clínicos no utilizados de forma habitual en la emergencia extrahospitalaria, que pueden constituirse como herramientas de apoyo a la categorización de estos pacientes como Ictus.

PRIMER FIRMANTE
Carlos Rodríguez Blanco

AUTORES
Carlos Rodríguez Blanco;
Antonia Martínez Vázquez;
Alberto Hernández Tejedor;
Eduardo Barrero Barrero;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

LA CANALIZACIÓN DE UNA VÍA INTRAÓSEA ESTÁ ASOCIADA A UN AUMENTO DE LA MORTALIDAD EN LA PARADA CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCRE) no solo constituye un grave problema de salud pública. dada su frecuencia, sino también un reto para los Servicios de Emergencias (SEM) dadas las dificultades añadidas que este proceso tiene fuera del ámbito hospitalario. Una de esas dificultades está relacionada con la dificultad de los accesos vasculares, lo cual influye sobremanera en el pronóstico de estos pacientes.

OBJETIVOS

Hemos querido valorar hasta qué punto está relacionada la canalización de un acceso considerado como de segunda prioridad, como la vía intraósea(VO), con la supervivencia de estos pacientes.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo. Se valoran las todas las paradas cardíacas atendidas por un SEM de una gran urbe durante el año 2018. Se valora la normalidad mediante Kolmogorov Smirnov. Variables epidemiológicas: edad, sexo, ritmo de parada. Variables exposición: Vía intraósea. Variables resultado: ROSC y Supervivencia sin deterioro neurológico(CPC I-II). Análisis descriptivo: Medidas centrales y de dispersión. Análisis inferencia: Asociación entre variables cate-

góricas con chi cuadrado, variables cuantitativas con T de Student. Además, se plantea un análisis correlacional multinivel entre las variables tipo de vía y mortalidad. Significación= 0,05. SPSS V17

RESULTADOS

288pacientes.23,6%mulheres.Edadmediamujeres: 67,9(DE-19,7), hombres:64,7(DE-17,1) media Vías canalizadas en los pacientes: VVP: ninguna(N:16 5,6%) una(N:52-18,1%) dos(N:219-76,3%);IO:ninguna(N:229-7,95%) una(N:47-16,3%) dos(N:12 4,2%); Vías centrales: ninguna(N:276-96,9%) una(N:9-3,1%). Supervivencia: Exitus: N:105(36,5%). Llegada a puerta de hospital con pulso: N:183(63,5%). Existía una asociación inversa, estadísticamente significativa entre el uso de la vía IO y la tasa de supervivencia de los pacientes con PCR atendidos por los servicios de urgencias extrahospitalarios. Se apreció que la canalización de la vía IO es más común en pacientes fallecidos (18,4%) que en pacientes que sobrevivían a la PCR(9,1%), $p = 0,008$

CONCLUSIONES

El estudio, que es retrospectivo y unicéntrico, aprecia esa asociación inversa entre la canalización de la vía intraósea y la supervivencia. Sin duda, la prioridad secundaria de esta vía, canalizada solamente cuando no ha sido posible una VVP, habla de la mayor gravedad y difícil manejo de los pacientes canalizados con esa vía. Ulteriores estudios deben aislar este subgrupo y valorar realmente su influencia en la supervivencia.

PRIMER FIRMANTE
Manuel Osuna Díaz

AUTORES
Manuel Osuna Díaz;
Antonio Moure Vallet;
Vicente Coronel Roldan;

CENTROS DE TRABAJO
Empresa Publica de
Emergencias Sanitarias
(EPES)

PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL TERRENO DE JUEGO Y COMO REVERTIRLA

INTRODUCCIÓN

Las últimas muertes conocidas de futbolistas de elite demuestran que los problemas cardiacos debutan en deportistas que a menudo llevan el corazón al límite durante la actividad deportiva. El corazón del deportista puede ser incluso el doble de grande al de una persona sedentaria, por lo que está sometido a más riesgos y las enfermedades son más difíciles de detectar.

OBJETIVOS

Analizar y comprobar la formación específica en reanimación cardiopulmonar básica (RCP) y uso del desfibrilador externo semiautomático (DESA) del personal existente en los terrenos de juego (camilleros, jugadores, utileros, entrenadores, personal de las instalaciones, etc.).

Formar al personal como primeros intervinientes para la actuación en caso de parada cardio respiratoria (PCR) de un jugador antes de la llegada de los servicios de emergencia. Conocer la importancia del factor tiempo.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de artículos y recomendaciones científicas sobre la actuación sanitaria emergente ante una parada cardiorrespiratoria en los terrenos de juego. Los descriptores utilizados fueron: maniobras y

técnicas de reanimación cardiopulmonar básica, educación y enseñanza de las técnicas a todo el personal involucrado en los clubes. Tras la combinación de las diferentes palabras clave con el operador booleano "Y", se seleccionaron 10 artículos de los 35 obtenidos siendo los criterios de inclusión la publicación de menos de 8 años y que el contenido se adaptaran a nuestro objetivo.

RESULTADOS

El estudio demuestra que una desfibrilación temprana es clave para recuperar el ritmo cardiaco de una víctima, para ello se debe contar con un desfibrilador externo semiautomático y una formación adecuada de todo el personal en técnicas de reanimación cardiopulmonar básica y uso del DESA.

CONCLUSIONES

El DESA es un aparato altamente fiable y de fácil manejo que puede salvar vidas si es utilizado inmediatamente sobre el paciente tras sufrir una parada cardiorrespiratoria, ya que los servicios de emergencia suelen tardar entre 7 y 10 min, es prioritario que el personal de las instalaciones deportivas lo apliquen en menos de cinco minutos, para que la víctima pueda salir del campo incluso por su propio pie y sin lesiones neurológicas.

PRIMER FIRMANTE
Manuel Osuna Díaz

AUTORES
Manuel Osuna Díaz;
Victoriano Manuel
Sánchez Córdon; Juan
Antonio Gutiérrez
Sánchez;

CENTROS DE TRABAJO
Empresa Publica de
Emergencias Sanitarias
(EPES)

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN RECIÉN NACIDOS

INTRODUCCIÓN

El 90% de los recién nacidos (RN) nacen sin contratiempos, pero existe un porcentaje (10% aproximadamente) que requiere maniobras reanimadoras tan básicas como la apertura y aislamiento de la vía aérea, estimulación táctil, etc. y otras más complejas como la ventilación con balón resucitador o compresiones torácicas

OBJETIVOS

Al presentar algunos neonatos problemas de asfixia que pueden producir la muerte, consideramos que el personal extrahospitalario debe estar entrenado en los cuidados y maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar neonatal.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de artículos científicos sobre los cuidados del recién nacido tras la expulsión en el medio prehospitalario. Los descriptores utilizados fueron: Cuidados y técnicas de reanimación prehospitalaria del recién nacido (RN), educación y enseñanza de las técnicas.

RESULTADOS

Como resultados del estudio se demuestra que la relación compresión/ ventilación utilizada durante la reanimación al nacimiento

debe ser 3/1, ya que la alteración del intercambio gaseoso es casi siempre la causa primaria de la parada cardíaca. Pero si fuera de origen cardíaco, debería ser de 15/2. Al aplicarse compresiones torácicas sería razonable incrementar la concentración de oxígeno al 100%. Por tanto, no nos cabe duda que el personal extrahospitalario, conociendo estas claves básicas podría aumentar el éxito en la reanimación neonatal.

CONCLUSIONES

Los RN necesitan muy poca o ninguna asistencia para comenzar a respirar, y regular y completar la transición del patrón de flujo sanguíneo fetal al neonatal. La presencia de factores de riesgo puede ayudar a identificar a aquellos que necesitarán reanimación, por consiguiente, consideramos que el personal extrahospitalario con la preparación adecuada, que evalúe con precisión e inicie el inmediato de apoyo, concluirá con una reanimación sea exitosa.

36

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Raúl Trujillo RosalesAUTORES
Raúl Trujillo RosalesCENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario
Puerta de Hierro
Majadahonda

MICROBOLOS DE DROGAS VASOPRESORAS EN EVENTOS DE HIPOTENSIÓN ARTERIAL DEL PACIENTE POSTPARADA CARDÍACA

INTRODUCCIÓN

La hipotensión arterial en el contexto del paciente postparo cardíaco es un signo de avanzado estado de hipoperfusión. Este trabajo plantea la utilidad de los bolos de drogas vasopresoras para el tratamiento de dicho evento.

OBJETIVOS

Explicar el uso alternativo de bolos de drogas adrenérgicas en el paciente postparo cardíaco.

METODOLOGÍA

Se realiza un trabajo de revisión bibliográfica entre julio y Septiembre del año 2021. Para dicha revisión se emplearon las bases de datos PubMed y Cochrane. Los criterios de inclusión son: antigüedad menor a cinco años (excepto ciertos artículos anteriores que han sido incluidos por su relevancia científica), estudios realizados en paciente adulto y en los idiomas castellano e inglés.

RESULTADOS

La hipotensión arterial del síndrome postparada cardíaca se relaciona con fallo circulatorio grave y un importante estado hipoperfusional. Asociado a un incremento de la mortalidad y peor pronóstico.

La administración de bolos de vasopresores puede resultar una alternativa a las terapias convencionales. La adrenalina y la fenilefrina son las drogas más utilizadas y que se han relacionado con incrementos de las cifras de tensión arterial en 13 mmHg. En primer lugar, la adrenalina por sus efectos alfa-beta adrenérgicos y a dosis de 5-20mcg en intervalos de 1 a 5 minutos, se utiliza en pacientes con hipotensión arterial junto con frecuencia cardíaca normal o en bradicardia. La fenilefrina, por sus efectos alfa adrenérgicos puros y a dosis de 50-100mcg cada 1 a 5 minutos, estaría destinada a pacientes hipotensos y taquicárdicos.

Su administración periférica es segura y la incidencia de eventos adversos como crisis hipertensiva, taquiarritmia o bradicardia refleja, es mínima. Para disminuir su yatrogenia es fundamental el empleo de dosis y diluciones estandarizadas, la utilización de jeringas preetiquetadas y una correcta comunicación entre el personal que prescribe y el que administra la medicación.

CONCLUSIONES

La administración de bolos directos y a bajas dosis de drogas adrenérgicas se presenta como una herramienta alternativa para situaciones puntuales con compromiso hemodinámico. Pudiendo evitar la aparición de arritmias y/o recidiva de la parada cardiorrespiratoria en el paciente postparada cardíaca.

PÓSTERS

37

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Eva Jiménez HijosaAUTORES
Eva Jiménez HijosaCENTROS DE TRABAJO
Samur P.C. Madrid

INCIDENCIA DE LA INCORRECTA MONITORIZACIÓN DE LAS DERIVACIONES PRECORDIALES DEL ELECTROCARDIOGRAMA. ¿COLOCAMOS EN EL SITIO CORRECTO LOS ELECTRODOS?

INTRODUCCIÓN

Siendo el Electrocardiograma una de las primeras técnicas que se emplean para detectar el Síndrome Coronario Agudo con elevación de ST (SCACEST) es de vital importancia realizar de forma correcta la técnica de monitorización. Para la realización de esta, refiriéndonos a las derivaciones precordiales, se localiza el 4º espacio intercostal (El) paraesternal derecho para ubicar V1 sirviendo este de "guía" para colocar el resto de electrodos. Una posición incorrecta de los mismos puede dar como resultado una falsa elevación de ST entre otras falsas alteraciones.

OBJETIVOS

Determinar si el personal sanitario conoce la ubicación correcta donde posicionar el electrodo V1

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo retrospectivo, mediante formularios anónimos y voluntarios a personal sanitario de España, del 10 al 14 de septiembre de 2021. Variables de estudio: Demográficas, categoría profesional, lugar de trabajo. Variable de resultado: Ubicación del electrodo V1.

RESULTADOS

La muestra del estudio estuvo formada por

total de 383 profesionales sanitarios, en su mayoría con edades comprendidas entre los 20 y 50 años, de los cuales el 25,6% (98 profesionales) tenían una edad comprendida entre los 20-30 años, el 29,5% (113 profesionales) entre 31-40 años, el 28,72% (110 profesionales) entre 41-50 años y un 13,3% (51 profesionales.) entre 51 y 60. Además del 2,9% (11 profesionales.) mayores de 60 años. Siendo el 52,74% Varones. Un 57,44% corresponde a técnicos emergencias sanitarias, 27,15% a enfermería, 9,4% técnicos cuidado auxiliar enfermería y un 4,96% a médicos. Trabajan en extrahospitalaria un 71,8%, en hospital un 21,15% y en primaria un 7%. El 13,58% ubico V1 en el 4ºE.I. (52 profesionales) siendo la franja de mayor edad la que representa mayor porcentaje de esta ubicación, disminuyendo de forma correlativa a las franjas de edad. El 86,4% lo ubico en otros espacios intercostales, un 43,6% (167 profesionales.) en 3ºE.I, el 21,9% (84 profesiones.) en 2ºE.I, el 11,2% (43 profesionales.) en 1ºE.I y un 9,7% (37 profesionales.) por encima del 1ºE.I.

CONCLUSIONES

En el ámbito de nuestro estudio una gran mayoría de los participantes no localizo el 4º E.I. Un elevado porcentaje desconoce en qué espacio intercostal debe ubicarse V1.

PÓSTERS

38

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE
Maria del Carmen Quero
Sánchez

AUTORES
Maria del Carmen
Quero Sánchez; Orlinda
Yohandra Gómez Nieves;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital La línea de la
concepción

TROMBECTOMIA ASOCIADA A TROMBOLISIS INTRAVENOSA VS FIBRINÓLISIS AISLADA

INTRODUCCIÓN

La patología vascular cerebral aguda supone el 10% de la mortalidad a nivel mundial.

Es la segunda causa de muerte, en el sexo femenino tras la cardiopatía isquémica y en el sexo masculino la tercera causa de muerte, tras la cardiopatía isquémica y el cáncer de pulmón. Constituye un grave problema de salud por su alto impacto económico y el incremento significativo que origina en la morbilidad neurológica y la discapacidad en la población adulta. Las últimas revisiones sistemáticas reflejan tras un primer evento isquémico, un riesgo de recurrencia en los primeros 5 años es del 26 % y del 39 % a los 10 años. Desestabiliza la capacidad de funcionalidad biopsicosocial a nivel individual y en el entorno familiar; elevando el uso de recursos públicos sanitarios, la necesidad de adaptación continua acorde a las secuelas de cada paciente, la eliminación de barreras en su entorno e incluso la asistencia en centros especializados.

Una vez establecido el déficit neurológico secundario representa pocas garantías de reinclusión laboral o de recuperación total. De ahí, la importancia de realizar una atención coordinada con carácter emergente en las primeras horas de la instauración de la clínica. Con el fin de optimizar la asistencia, se ha establecido el "Protocolo de Actuación y Ac-

tivación del Código Ictus", con características específicas acorde al nivel de asistencia donde se inicia el diagnóstico; generando una secuencia de actuaciones a nivel multidisciplinar desde la cadena extra-hospitalaria que tiene continuidad a hospitalaria; permitiendo la realización de intervenciones diagnóstico-terapéuticas inmediatas con el fin de la resolución etiológica en el menor tiempo posible, para garantizar la ausencia de afectación residual y disminuir la mortalidad.

OBJETIVO

Revisión y Actualización de la Patología Vascular Cerebral Aguda

METODOLOGÍA

Descripción de un Caso Clínico

RESULTADOS

Varón, 56 años de edad, fumador de 38 paquetes/año desde los 18 años. Antecedentes patológicos: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus tipo 1 en tratamiento con insulina con mal control de glucemias, incumplimiento dietético y terapéutico habituales y asociando complicaciones secundarias a nivel de retina, renal y pie diabético derecho de evolución tórpida, pese a curas y tratamiento específico intensivo en centro de salud. [...]

CONCLUSIONES

El reconocimiento precoz de los síntomas de accidente vascular cerebral y la activación emergente del protocolo Ictus, usando herramientas de diagnóstico clínico validadas como la escala FAST extra-hospitalaria y la escala ROSIER hospitalaria; permiten el manejo específico oportuno de este evento con carácter tiempo/dependiente y alta capacidad de morbimortalidad. [...]

PÓSTERS

39

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE
Maria del Carmen Quero
Sánchez

AUTORES
Maria del Carmen Quero
Sánchez; Orlinda Yohandra
Gómez Nieves;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital La línea de la
concepción

CADENA DE ASISTENCIA DEL CÓDIGO TRAUMA

INTRODUCCIÓN

El trauma grave es el problema de salud que genera mayor morbilidad y discapacidad. Siendo la 9ª causa de mortalidad, con 14.000 muertes cada 24 horas y el 2,2 % a nivel global. Dentro sus causas: el accidente de tráfico representa 1,3 millones de los éxitos anuales y genera de 20 a 50 millones de discapacidades en los supervivientes.

Los datos estadísticos españoles reflejan que sobre el 3,44 % de los fallecimientos/año son por causas traumatológicas. En orden de prevalencia: suicidio y lesiones autoinflingidas, caídas accidentales y accidentes de tráfico. Su impacto económico es elevado por la necesidad de movilización de múltiples recursos de emergencias para el manejo de las víctimas, que precisarán: asistencia in situ, traslado, hospitalización, tratamiento especializado de alto coste y rehabilitación de data indefinida, según las características de cada caso.

De ahí, la importancia de protocolizar las actuaciones en el Trauma Grave, creando un Código de Activación de Trauma y una cadena de actuaciones coordinadas, desde el lugar del suceso hasta su traslado al medio hospitalario más especializado; que permita asistencia precoz y efectiva, que garantice mayor supervivencia y menor discapacidad residual.

OBJETIVO

Revisión y Actualización de la Patología Traumatológica Grave.

METODOLOGÍA

Descripción de un Caso Clínico

RESULTADOS

Varón de 78 años, sin alergias, intervenciones quirúrgicas o hábitos tóxicos. Antecedentes patológicos de Hipertensión Arterial, Dislipemia, Enfermedad Vascular Cerebral Isquémica tipo Lacunar en 2019, episodios recurrentes tipo AIT y grave deterioro cognitivo vascular cerebral progresivo secundario. Buen cumplimiento de su tratamiento antihipertensivo, hipolipemiente y antiagregante. [...]

CONCLUSIONES

El trauma grave es una patología tiempo-dependiente que requiere un sistema de atención integrado y multidisciplinar. Se persigue la estandarización y universalidad en la asistencia de los pacientes traumatizados y una adecuada coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, con el objetivo de garantizar mayor supervivencia, menor letalidad y menor morbilidad asociadas a estos eventos. [...]

PÓSTERS

40

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE
Manuel Aguilarte Plaza

AUTORES
Manuel Aguilarte Plaza;
Jose Manuel Molina
Solis; Jorge Barea Mañas;

CENTROS DE TRABAJO
TESMAIB/ SAMU 061
Balears

AUMENTANDO Y MEJORANDO LA SEGURIDAD SANITARIA EN EVENTOS - PLANIFICANDO SECTORIZANDO CADA MOMENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD SANITARIA EN EVENTOS

INTRODUCCIÓN

La patología vascular cerebral aguda supone : la empresa Técnicos en Emergencias Sanitarias de Mallorca S.L. (TESMA) nace en el año 2012 del interés e implicación de un grupo de Técnicos en Emergencias Sanitarias (TES) por innovar y llevar a cabo una actividad en la que la planificación de dispositivos de riesgo previsible (DRP) es la base para llevar a cabo una cobertura óptima y diligente de cualquier tipo de evento prestando la asistencia sanitaria adecuada.

OBJETIVO

analizar el tipo de eventos a los que se ha dado cobertura, planificaciones que se han llevado a cabo, aforo de los DRP y prestación de asistencias sanitarias y traslados de pacientes.

METODOLOGÍA

análisis descriptivo longitudinal retrospectivo de las memorias anuales de actividad desarrollada por la empresa. Análisis de datos desde el año 2012 a 2021.

RESULTADOS

Cobertura por tipo de evento 23% eventos deportivos; 2.3% de conciertos, incluyendo 18 macro conciertos 68,7% fiestas-verbenas 6% concentraciones y ferias.

En eventos deportivos se ha prestado cobertura sanitaria a 1800 afectados, dando cobertura en un total de 1350 horas de forma presencial de equipos multidisciplinares formados por médicos, enfermeros y TES.

En conciertos se ha dado cobertura sanitaria a más de 155500 asistentes, siendo la incidencia acumulada de 195 asistencias, incluyendo una parada cardiorrespiratoria.

En el año 2021 seguimos dando cobertura sanitaria a eventos adaptados al COVID limitando el aforo y con mayores medidas de seguridad.

CONCLUSIONES

El principal objetivo es proteger a los asistentes y prestar la asistencia sanitaria adecuada, adaptándola a las necesidades de cada evento, conociendo el lugar-escenario donde se lleva a cabo, horarios, flujos de asistentes , análisis de zonas inaccesibles , contando con un serie de datos que nos permiten diseñar una planificación de Emergencia y Evacuación Sanitaria concienzuda, teniendo en cuenta cualquier eventualidad posible y cardioprotegiendo los DRP en los que participamos, especialmente, los grandes eventos deportivos con alto desgaste cardiológico .

PÓSTERS

42

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE
Maria De Lluc Martinez
Avellaneda

AUTORES
Maria De Lluc Martinez
Avellaneda; Francisco
José Cereceda Sánchez;
Juan José García Lindez;
Andreu Mascaró Galmés;
Eloy Villalba Ballesteros;
Felipe Salguero
Martínez;

CENTROS DE TRABAJO
SAMU 061 ILLES
BALEARS

¿CÓMO ES LA FORMACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LAS MÁSCARAS LARÍNGEAS EN LA RCP REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA?

INTRODUCCIÓN

Las máscaras laríngeas (ML) son dispositivos supraglóticos (DSG) de inserción a ciegas, para el manejo avanzado de la vía aérea (VA), disponen una curva de aprendizaje corta para su uso en la RCP.

OBJETIVO

Conocer el tipo de formación utilizada así como el tiempo destinado a la misma, para adiestrar a primeros intervinientes y/o personal sanitario, en la utilización de dispositivos supraglóticos tipo máscara laríngea, durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica estructurada durante el mes de agosto de 2021 en PubMed, EBS-COhost y Cochrane Library. La estrategia de búsqueda empleada: ("Education"[Mesh] OR "Learning"[Mesh]) AND "Laryngeal Masks"[Mesh] AND "Cardiopulmonary Resuscitation"[Mesh]; con una antigüedad de 10 años, evaluando el tipo de estudio, modelo/s de ML empleada, cualificación profesional, duración y modalidad de la formación.

RESULTADOS

Se recopilaron 28 documentos seleccionan-

dose dieciséis, trece eran ensayos clínicos aleatorizados y el resto no aleatorizados; la media muestral fue de 65,8 pacientes. El personal formado era 31,3% médicos, el 12,5% medicina y enfermería, el 6,3% más de 2 categorías profesionales, el 18,8% intervinientes legos, 31,3% a Técnicos de emergencias-paramédicos o socorristas. Los análisis de las destrezas en todos se efectuaron por medio de la simulación, el tiempo destinado a la formación era muy variable, desde la lectura de un algoritmo o una práctica autónoma, hasta 3 semanas. La metodología empleada en el 75% de los estudios fueron varias estrategias metodológicas, en el 12,5% únicamente prácticas de simulación y el 12,5% una lectura de la teoría o uso de diagramas. Los DSG utilizados entre todos los estudios fueron de 14 modelos diferentes, el modelo de ML más empleado fue la I-Gel. Los principales criterios de resultado evaluados eran: el éxito de inserción y el tiempo necesario para instaurar los DSG.

CONCLUSIONES

Existe una variabilidad muy amplia entre las estrategias formativas utilizadas y la duración de estas en la literatura, la formación teórica esta casi siempre presente y es complementada con prácticas. No podemos sugerir una recomendación a partir de los resultados observados, sobre la duración específica de la formación enfocada a usuarios potenciales de DSG tipo ML durante las maniobras de RCP.

PÓSTERS

43

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Diana Martín ReyesAUTORES
D Martín Reyes, AF Casas
Temprano, M Vazquéz Muga
R Lopez Piñas, A Borrella
Romero, J Jimenez BlancoCENTROS DE TRABAJO
SAMUR- Ronda de las
Provincias, 7 Madrid.

ICTUS ISQUEMICO SECUNDARIO A DISECCION DE LA ARTERIA CAROTIDA INTERNA (DTACI) EN UN JUGADOR DE RUGBY: A PROPOSITO DE UN CASO EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

INTRODUCCIÓN

A pesar de la baja incidencia de las lesiones postraumáticas de la arteria carótida por traumatismo cerrado (0,08-0,4%) su importancia radica en la elevada morbimortalidad (alrededor de un 30%) y en las lesiones neurológicas permanentes que ocurren en el 58% de los supervivientes. El infarto cerebral es una complicación de un 80% de las DTACI, constituyendo el 20% de ICTUS isquémicos en adultos jóvenes como se describe en el caso de un jugador de rugby atendido por nuestro servicio de emergencias en el mes de diciembre de 2019.

Objetivos: Evaluar el manejo del paciente del caso clínico en medio extrahospitalario. Definir el perfil del paciente atendido y antecedentes. Determinar posibles diagnósticos diferenciales. Reflexionar ante manejo inicial y tratamiento tras confirmación diagnóstica de DTACI.

METODOLOGÍA

Caso clínico

RESULTADOS

Antecedentes de interés: Deportista. Niega consumo de tóxicos ni alcohol. NO RAMC, no enfermedades previas, ni tratamiento habitual. Varón, 30 años, saliendo del entrenamiento de Rugby sufre pérdida de co-

nocimiento con movimientos tónico-clónicos, asimetría facial y abolición de movimientos en hemicuerpo izquierdo, cefalea occipital y náuseas. Al contacto telefónico con su hermano manifiesta antecedentes de TCE hace 48 horas en un partido. EF: GCS 14, bradipsíquico, tendencia al sueño, hemiplejía izquierda y asimetría facial, hemianopsia parcial, disartria, NIHHS=14. Pupilas isocóricas, normoreactivas. Normoglucémico, normotenso y normoxigenado. Bien perfundido. Auscultación rítmica, sin soplos, MVC. ECG: bradicardia sinusal a 48 lpm. Se administra tratamiento analgésico, protección gástrica y antieméticos, colocación del paciente en posición antitendeburg a 45°.

Escala Madrid Direct>2, según Código Ictus de la Comunidad de Madrid se traslada con preaviso a un centro de Intervencionismo. Durante el traslado al hospital presenta mejoría de la focalidad neurológica, pasando a un NIHHS=8. Tras TAC craneal con contraste se objetiva una disección de la arteria carótida interna y trombo en ACM derecha con obstrucción de la M1. Juicio clínico: Ictus.

CONCLUSIONES

- La DTACI pueden cursar con ICTUS isquémicos en adultos jóvenes.
- A pesar de la baja incidencia de las lesiones postraumáticas de la arteria carótida por traumatismo cerrado, se debe sospechar Ictus posterior en pacientes con bajo nivel de conciencia o sintomatología asociada.

PÓSTERS

44

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Daniel González
SantanoAUTORES
Daniel González
Santano; Elena Silvestre
Medina; Raquel Quindos
Rubial; Lucía Ortiz
Olmedo;CENTROS DE TRABAJO
SAMU

PAPEL DE LA ENFERMERÍA REGULADORA EN LA PREALERTA HOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

La información recibida en el hospital sobre la clínica, necesidades y tiempo de llegada son fundamentales para una exitosa gestión del paciente crítico.

La transferencia del paciente y la gestión de recursos mejoran mediante un preaviso hospitalario eficaz al centro de destino para la preparación de medios humanos y materiales.

El triage de enfermería, ubicado en las urgencias del hospital, supone el receptor adecuado de esta información.

El preaviso lo transmiten enfermeros/as a petición del equipo asistencial o médico regulador en aquellos servicios de emergencia que cuentan con enfermeros reguladores.

OBJETIVO

Evidenciar la importancia de la función enfermera en la gestión del preaviso hospitalario desde el centro coordinador de emergencias extrahospitalarias.

Dar a conocer los beneficios del preaviso hospitalario.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos sobre el preaviso o prealerta hospitalaria resaltando el papel de la enfermería; evaluando sus características o aspectos más

beneficiosos.

Revisión y estudio de diferentes procedimientos de actuación de distintos servicios de emergencia de España.

RESULTADOS

El paso previo a la transferencia del paciente crítico es la prealerta hospitalaria. Con ello se consigue que el personal y los medios estén preparados para la atención urgente del paciente antes de su llegada al hospital. El personal de enfermería del centro coordinador, previa petición del equipo asistencial o del médico coordinador, facilitará los datos más relevantes respecto a sus necesidades de cuidados, historia clínica e identificación entre otros.

El enfermero/a del centro coordinador se comunica con el triage del servicio de urgencias por ser el contacto más rápido, útil, directo y permanente. Al ser un proceso crítico y relacionado con un aumento de posibilidad de errores sobre la seguridad del paciente, el traspaso de información ideal se realiza entre personal de enfermería al tratarse del primer contacto con el paciente.

CONCLUSIONES

Las probabilidades de éxito en la atención del paciente crítico mejoran si se cursa la prealerta hospitalaria de una manera eficaz.

La transferencia de información correcta minimiza errores en la atención del paciente.

La prealerta hospitalaria, entre otros motivos, evidencia la necesidad de la presencia de personal de enfermería en los centros coordinadores.

PÓSTERS

45

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Daniel González SantanoAUTORES
Daniel González Santano;
Elena Silvestre Medina;
Raquel Quindos Rubial;
Lucía Ortiz Olmedo;CENTROS DE TRABAJO
SAMU

ATENCIÓN ENFERMERA EN EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

Un hombre de 72 años acude al hospital, trasladado por su familiares, con una clínica compatible con un accidente cerebrovascular (ACV). En el centro se objetiva: desviación facial, cefalea, paresia de hemicuerpo derecho y disartria. El activa código ictus.

OBJETIVO

Realizar una exposición detallada de los signos, síntomas, diagnóstico y tratamiento de un paciente que sufre un ACV desde la perspectiva de la atención enfermera.

METODOLOGÍA

Palabras clave: ictus, ACV, ictus cerebral, tratamiento ictus, accidente isquémico, enfermería, código ictus.

RESULTADOS

Se ha realizado una entrevista con el paciente y sus familiares, revisado la historia clínica y efectuado un examen físico. Con estos datos se analizaron las necesidades básicas según el modelo de Virginia Henderson, y se planteó un plan de cuidados enfermero durante el ingreso del paciente y posterior al tratamiento con fibrinólisis.

CONCLUSIONES

Tras la activación del código, se diagnostica un ictus isquémico en arteria cerebral media derecha y se realiza una fibrinólisis sin otras complicaciones. Después de un periodo en la observación de la unidad de ictus se traslada a la planta de neurología; recibiendo el alta hospitalaria a los 4 días sin secuelas y con la movilidad recuperada.

PÓSTERS

76

46

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Sara Laguna BonillaAUTORES
Sara Laguna Bonilla;
Javier De Blas; Alberto
López Redondo;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-P.C.

BURNOUT E IMPACTO PSICOLÓGICO DEL TRABAJO CON PACIENTES COVID-19 EN VOLUNTARIOSAS DE SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL (P.C.)

INTRODUCCIÓN

La Covid-19 ha supuesto un cambio en nuestra manera de trabajar y en nuestra manera de relacionarnos con nuestros seres queridos, compañeros y, por supuesto, pacientes. Esto, unido a la falta de información y recursos que padecemos durante el primer estado de alarma puede haber conllevado una respuesta inadecuada al estrés, dando como resultado sintomatología del síndrome de 'burnout'.

OBJETIVO

El objetivo principal es determinar en qué grado los voluntarios/as de SAMUR-P.C. presentan el síndrome de 'burnout' con relación a la pandemia de la Covid-19 o alguno de sus síntomas asociados.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante formularios voluntarios a personal de protección civil. Variables de estudio: Demográficas, categoría profesional, lugar de trabajo y el cuestionario autoinformado Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo (CESQT); este cuestionario cuenta con 4 variables además de un nivel, indolencia, culpa, desgaste psíquico e ilusión por el trabajo. En una segunda parte del estudio se midió la percepción au-

toinformada en relación con su labor durante el primer estado de alarma de la covid-19.

RESULTADOS

La muestra inicial estuvo formada por un total de 441 voluntarios, con una media de edad de 37 años (DT = 11,80). De ellos 256 (58%) son hombres y 185 (42%) son mujeres. El nivel de 'burnout' general medido a través del CESQT corresponde al 7,5% de la muestra estudiada (n=441). Siendo especialmente relevantes las variables 'indolencia' y 'culpa' con un 13,1% y 18,4% de afectación. Además, los resultados arrojan que la pertenencia al Equipo de especialidad NRBQ, uno de los más activos durante la pandemia de la Covid-19, conlleva un 20% más de probabilidad de presentar sintomatología de burnout.

CONCLUSIONES

En el ámbito de nuestro estudio un porcentaje amplio de participantes sufren o pueden sufrir sintomatología de burnout relacionada con las condiciones de trabajo acaecidas después de la pandemia de la Covid-19.

PÓSTERS

77

47

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Sara Alonso GutiérrezAUTORES
Sara Alonso GutiérrezCENTROS DE TRABAJO
Gerencia Atencion
Primaria Valladolid Este

MANEJO ENFERMERO DEL CODIGO ICTUS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

INTRODUCCIÓN

El Ictus es una urgencia neurológica, su pronóstico depende en gran medida de la rapidez de inicio de medidas terapéuticas. La defunción por accidente cerebrovascular es la tercera causa de muerte en nuestro país (por detrás de tumores y enfermedades cardiovasculares).

En el servicio de urgencias se tratará de confirmar la existencia de déficit neurológico sugestivo de activación de protocolo de código ictus con la mayor brevedad posible. Se priorizará una atención precoz unificando criterios y estableciendo unas normas de calidad de la atención. Una vez se activa el código, todas las actuaciones deben realizarse de manera precisa, coordinada y con la mayor rapidez posible para reducir al máximo el tiempo de inicio de tratamiento.

Distinguimos, según la naturaleza de la lesión: Ictus isquémico cerebral e Ictus hemorrágico. El 80% de los ictus son de etiología isquémica. Cuando se sufre un ictus la administración intravenosa de fibrinolíticos en las primeras 4,5h-6h permite potenciar y acelerar el proceso de trombolisis aumentando las posibilidades de no sufrir secuelas posteriores y disminuyendo la morbimortalidad asociada.

OBJETIVO

Establecer una línea de actuación enfermera

para el manejo del código ictus en el servicio de urgencias hospitalarias.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos de Pubmed, Cochrane, Cuidatge desde el año 2010 y hasta la actualidad, en los idiomas ingles y español, seleccionando 6 artículos que se acogían a los criterios de búsqueda. Las palabras clave fueron: Ictus, Accidente cerebrovascular, Código Ictus, Cuidados de enfermería.

RESULTADOS

Se define como Código Ictus la actuación coordinada, comenzando con el servicio de 112 y llegada precoz del servicio de emergencias seguido de una rápida atención en el servicio de urgencias hospitalarias. El objetivo de esta atención precoz es ofrecer al paciente candidato aquellas terapias indicadas que permitan el rescate del tejido cerebral potencialmente salvable tras la isquemia cerebral.

El papel de la enfermería en el servicio de urgencias es esencial para un buen manejo del paciente que sufre un Ictus. Desde la llegada del paciente al servicio, la enfermería debe anticiparse y tener en cuenta todas las posibles actuaciones diagnosticas y terapéuticas que se le podrían aplicar al paciente durante la estancia de éste en el servicio.[...]

CONCLUSIONES

La protocolización enfermera del Código Ictus en el servicio de urgencias ayuda a una rápida actuación y una facilidad para la valoración de los pacientes que sufren un Ictus. Se disminuye el tiempo entre el inicio de síntomas y el acceso al diagnóstico y tratamiento, además de reducirse de esta forma la mortalidad y las secuelas derivadas del accidente cerebro-vascular agudo.

La enfermería juega un papel fundamental desde el triaje y posteriormente en todos procesos claves relacionados con la evaluación, procedimientos diagnósticos, técnicas, tratamiento y el rápido control del Ictus agudo en el servicio de urgencias. La vigilancia de un caso de CODIGO ICTUS debe ser intensiva por parte de la enfermería durante la estancia en el servicio; monitorización constante, acompañamiento a pruebas diagnosticas, control de las perfusiones medicamentosas y vigilancia de mínimos cambios en el estado del paciente.

PÓSTERS

48

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
María Cristina Barneto ValeroAUTORES
María Cristina Barneto Valero; Manuela López Castellanos; Antonio Fabián Nieto; Rodrigo Ruiz Castellanos; Ángel Martínez Rodrigo; Santiago Apilluelo Gutierrez;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

UTILIDAD DE LAS ESCALAS DE TRAUMA MPAG Y GAP COMO PREDICTORAS DE MORTALIDAD EN EL TRAUMA GRAVE

INTRODUCCIÓN

Existen diferentes escalas predictoras de alteraciones anatómicas, fisiológicas y probabilidad de supervivencia del paciente politraumatizado

OBJETIVO

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

METODOLOGÍA

Estudio observacional de cohortes retrospectivo, que incluyó a pacientes politraumatizados, atendidos por un SEP, entre enero 2013 y diciembre de 2019, recogiendo variables epidemiológicas, parámetros escala MPAG y GAP categorizadas, según riesgo de mortalidad, por puntuación como bajo, intermedio y alto. La variable resultado fue la mortalidad a las 6 horas, 24 horas y 7 días

RESULTADOS

Del total de pacientes politraumatizados (N=1749), el 82,20% sufrió trauma contuso, siendo el mecanismo lesional de mayor inci-

dencia los atropellos 23,3% y precipitación 20,6%. La edad media fue 42,44 (DE 23,40) años y 74,6% fueron varones.

La puntuación de la escala MGAP se muestra como predictor de baja mortalidad a las 6 horas [p < 0,001 OR 8,61 IC (5,22-14,18)], 24 horas [p < 0,001 OR 11,76 IC (7,78-17,76)] y 7 días [p < 0,001 OR 14,09 IC (9,38-21,24)]; alta mortalidad a las 6 horas [p < 0,001 OR 0,10 IC (0,05-0,19)], 24 horas [p < 0,001 OR 0,077 IC (0,04-0,13)] y 7 días [p < 0,001 OR 0,048 IC (0,02-0,09)]

La puntuación de la escala GAP, se muestra como predictor de baja mortalidad a las 6 horas [p < 0,001 OR 10,72 IC (6,58-17,46)], 24 horas [p < 0,001 OR 12,25 IC (8,25-18,17)] y 7 días [p < 0,001 OR 13,78 IC (9,32-20,39)]; alta mortalidad a las 6 horas [p < 0,001 OR 0,14 IC (0,08-0,26)], 24 horas [p < 0,001 OR 0,10 IC (0,06-0,17)] y 7 días [p < 0,001 OR 0,078 IC (0,04-0,13)]

CONCLUSIONES

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

PÓSTERS

49

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Adrian Ruiz MoroAUTORES
Adrian Ruiz Moro;
Daniel Cabeza
Fernandez; Daniel
Ramirez Gonzalez;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

LA INFLUENCIA DE LA PANDEMIA EN LA ASISTENCIA POR LAS UNIDADES DE SVA DE ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN

La influencia de las unidades de SVA de enfermería (SVAE) es cada vez mayor en el contexto nacional. Su contribución en la pandemia también ha sido notable. Pero, como en todas las áreas de la emergencia, su perfil de asistencia, también se modificó.

OBJETIVO

Describir el perfil del paciente atendido por las SVAE durante el periodo de confinamiento, comparándolo con periodos anteriores, de cara a conocer la variabilidad patológica y asistencial producida por el COVID 19 en estas unidades.

METODOLOGÍA

Estudio Observacional retrospectivo mediante revisión de informes de las SVAE de un Servicio de Emergencias (SEM) de una gran Ciudad durante el periodo de confinamiento (2020-Marzo-junio) y su periodo homólogo del año 2019.

Variables epidemiológicas: Edad, Sexo. Variables de exposición: Años 2019 y 2020. Variables dependientes: Turno de trabajo, tiempo de respuesta, Tensión arterial, fármacos, acceso vascular, regulación médica, resolución del aviso, cuidados de enfermería. Análisis descriptivo: Medidas centrales y de dispersión. Análisis inferencial: Variables categóricas con Chi cuadrado, variables cuantitativas con t de Student. SPSS V17.

cas con Chi cuadrado, variables cuantitativas con t de Student. SPSS V17.

RESULTADOS

1137 asistencias evaluadas: 643(2019) y 494(2020), 23,1% menos. Mayoría de varones en ambos años(58% vs 57%). Edad: 48,69±22,92(2020) vs 46,65±22,72(2019). Similar % de avisos en turnos de mañana y tarde, con incremento del turno de noche en 2020 (16,6 a 28,9%) p<0,0001. Descenso significativo en porcentaje de traslados: 50,23%(2019) vs 33,4%(2020) p<0,0001. Tipo de avisos: Incremento de avisos sociales y psiquiátricos en pandemia: 3%(2019 vs 6,9%(2020) p<0,0001. Sin diferencias significativas en la necesidad de apoyo médico: 14,9%(2019) vs 14,1(2020) p=0.66. Importantes diferencias en la resolución del incidente, con descenso de las altas en el confinamiento: 50,23%(2019) vs 33,6%(2020) p<0,0001.

CONCLUSIONES

Las SVA de enfermería volvieron a demostrar su capacidad de resolución y su autonomía, también en el curso de la pandemia. Las diferencias halladas en resolución del incidente y traslados hospitalarios atienden a la lógica situación del confinamiento, como también puede entenderse ese incremento de avisos en los social y psiquiátrico. El recurso de SVA de enfermería se volvió a mostrar como ese recurso operativo con capacidad de integración en cualquier SEM.

PÓSTERS

51

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Paula Carretero MateoAUTORES
Paula Carretero MateoCENTROS DE TRABAJO
Centro de Salud
Circunvalación

EL ESTRÉS PSICOLÓGICO COMO FACTOR DE RIESGO PARA SUFRIR UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ICTUS)

INTRODUCCIÓN

Actualmente la enfermedad cerebrovascular es la segunda causa de muerte a nivel mundial; con más de 6 millones de fallecimientos en 2019 (11% del total de defunciones), cifra que aumentará considerablemente en los siguientes años. El ictus tiene una etiopatogenia compleja en la que influyen un gran número de factores de riesgo. Existe un creciente interés por el estudio de los cambios fisiopatológicos que conlleva el estrés y su posible relación con la enfermedad cerebrovascular. El objetivo principal de la revisión va a estar centrado en determinar si existe asociación entre la exposición de estrés psicológico y el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular (ACV, ictus).

METODOLOGÍA

Se realizó un revisión bibliográfica con búsqueda de artículos científicos, revisiones y ensayos clínicos, en inglés y castellano y excluyendo artículos repetidos en las bases de datos: PubMed, CINAHL, CUIDEN y COCHRANE desde 2016, empleando los descriptores "Stroke, Stress, Psychological" con la ayuda del MeCS y según el DeCS "Accidente Cerebrovascular, Estrés Psicológico".

RESULTADOS

Se han utilizado 5 artículos que cumplían los

criterios de selección. En todos ellos hay correlación entre el estrés percibido y el riesgo de padecer un ACV. En el estudio INTERSTROKE al considerar el ictus de forma global (OR 2,20), como al diferenciar entre ictus isquémico (OR 1,98) o hemorrágico (OR 2,84). La asociación entre estrés e ictus fue especialmente evidente en la población asiática. Jood et al. en su estudio sobre la asociación entre las condiciones psicosociales del ambiente laboral y el riesgo de ictus, demostró que el estrés y los conflictos laborales son factores de riesgo para el desarrollo de ictus. En un estudio en La Habana, vieron que en una muestra se identifica que el estrés parece ser un factor de riesgo emergente que puede tener relación directa con la aparición de ictus.

CONCLUSIONES

Los ACV, están asociados significativamente al nivel de estrés percibido por la población. El desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa laboral también se relaciona claramente con el ataque isquémico transitorio.

PÓSTERS

52

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE
Rocío Sánchez
Rodríguez

AUTORES
Rocío Sánchez
Rodríguez; Gustavo
González Chamoso;
Esther Granados Ramos;

CENTROS DE TRABAJO
Emergencias
Extrahospitalarias
QuirónSalud

SISTEMA MECÁNICO DE COMPRESIÓN LUCAS. USO, VENTAJAS E INCONVENIENTES

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El sistema mecánico de compresión torácica LUCAS, es un dispositivo de apoyo en la RCP (Reanimación Cardiopulmonar) cuya principal función es administrar compresiones torácicas de gran calidad. Los objetivos principales de este trabajo son definir las ventajas y los inconvenientes del empleo de este dispositivo en la PCR.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bibliotecas virtuales CuidenPlus, Enferteca y Enfermería21. Palabras clave: RCP, LUCAS, SVA.

RESULTADOS

Una de las principales características que hace más atractivo el uso de LUCAS es la posibilidad de liberar a un reanimador y que éste pueda dedicarse a realizar otras tareas en el contexto del SVA que no podría realizar en caso de precisar realizar RCP manual. Al proporcionar compresiones de frecuencia y profundidad constantes, se evita que la calidad de la RCP se vea disminuida. Hemodinámicamente también es un dispositivo ventajoso, ya que durante la compresión genera presión positiva, y presión negativa en la descompresión, lo que favorece el retorno venoso y mejora del gasto cardíaco en comparación

con las compresiones manuales. Otra de las ventajas de este dispositivo es que no es necesario interrumpir las compresiones durante la desfibrilación.

Por otro lado, LUCAS tiene ciertas limitaciones. Su colocación requiere entrenamiento y destreza por parte del personal que lo emplea, por lo que para evitar pausas prolongadas en la RCP es preciso que el personal esté altamente cualificado, además de precisar supervisión continua, ya que es posible que pueda sufrir modificaciones en la posición si la colocación del dispositivo no ha sido correcta.

CONCLUSIONES

La medicina de urgencias y emergencias está en continua evolución, y cada vez disponemos en el mercado de más dispositivos que facilitan nuestra práctica clínica. Es fundamental entender que dichos dispositivos son de apoyo, por lo que el criterio clínico debe prevalecer en todo momento. En el contexto de una PCR, además de realizar compresiones de alta calidad, es fundamental buscar las causas reversibles de la PCR, por lo que el uso de dispositivos de apoyo no exime de buscar, encontrar y tratar la causa desencadenante, ya que será determinante en el pronóstico de nuestro paciente.

53

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE
Rocío Sánchez
Rodríguez

AUTORES
Rocío Sánchez
Rodríguez; Gustavo
González Chamoso;
Esther Granados Ramos;

CENTROS DE TRABAJO
Emergencias
Extrahospitalarias
QuirónSalud

ANÁLISIS DE LOS DIFERENTES AGENTES HEMOSTÁTICOS PARA EL CONTROL DE HEMORRAGIA MASIVA EN LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La hemorragia masiva no controlada supone la primera causa de muerte en menores de 35 años. Es una patología tiempo-dependiente, por lo que una atención y tratamiento inmediatos mediante técnicas de control de hemorragias será determinante para el pronóstico de la víctima.

El objetivo principal del presente trabajo es conocer y comparar los agentes hemostáticos más eficaces usados en el ámbito extrahospitalario.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Google Académico, empleando artículos y estudios de los últimos 5 años.

RESULTADOS

El uso de los agentes hemostáticos está recomendado tanto en la American Herart Association como en el European Resuscitation Council. Existe en el mercado una amplia variedad de productos diferenciados por su forma de presentación y por su mecanismo de acción (MA). A continuación, describimos brevemente los diferentes agentes según su MA:

- Concentradores de factores de coagulación: QuickClot®. Contiene Zeolita (material volcánico), cuya función principal es la retención

de agua y favorecer la hemoconcentración al atraer células sanguíneas de mayor tamaño sin capturarlas en el apósito.

- Procuagulantes: Selladores de fibrina Seca, CombatGauze® y Trombina-fibrinógeno de salmón. Su MA consiste en la activación de la cascada de coagulación.

- Agentes mucoadhesivos: HemCon®, Celox® (contienen Chitosán, fibra procedente del caparazón de crustáceos), Wound Stat® (contiene esmectita, un mineral arcilloso) y Mini Sponge Dressing. Estos agentes, al entrar en contacto con la sangre transforman su estructura convirtiéndose en un tapón que se adapta a la forma de la herida.

CONCLUSIONES

A pesar de que los agentes por sí mismos son un mecanismo muy eficaz en el control de hemorragias masivas, es fundamental que el personal que los emplea esté entrenado y cualificado para tal fin, ya que una colocación precoz y correcta será determinante en la evolución de nuestro paciente, disminuyendo la morbimortalidad y con ello las secuelas que puedan ocasionarse secundarias al shock hemorrágico.

54

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Gustavo González
ChamosoAUTORES
Gustavo González
Chamoso;
Rocío Sánchez
Rodríguez; Esther
Granados Ramos;CENTROS DE TRABAJO
Emergencias
Extrahospitalarias
QuirónSalud

FISIOPATOLOGÍA DEL TRANSPORTE SANITARIO TERRESTRE (TNT). EFECTOS DE LA ACELERACIÓN-DESACELERACIÓN SOBRE EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO HEMODINÁMICAMENTE INESTABLE

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Uno de los momentos clave en la atención prehospitalaria al paciente politraumatizado (PT), tras la estabilización del mismo en el lugar del accidente, es el transporte hasta el centro hospitalario. El TNT es la forma de transporte más habitual, y existen diversos factores que pueden alterar hemodinámicamente al paciente durante el traslado. Entre dichos factores, se encuentran la Aceleración-Desaceleración. El principal objetivo de este trabajo es exponer los factores que afectan hemodinámicamente al paciente inestable centrándonos en los movimientos de aceleración- desaceleración,

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bibliotecas CuidenPlus, Enferteca y Enfermería21. Palabras clave: Fisiopatología transporte sanitario, politrauma, aceleración, desaceleración.

RESULTADOS

El cuerpo está fisiológicamente adaptado a la gravedad y al movimiento terrestre constante. En ocasiones, cuando se producen cambios bruscos sobre estos, son detectados por los sensores propioceptivos y barorreceptores del organismo, desencadenando

una respuesta refleja compensatoria. Con el paciente colocado con la cabeza en el sentido de la marcha, podemos encontrar las siguientes alteraciones:

- La aceleración positiva brusca, ocasionaría que la sangre se desplace de forma repentina y se acumule en la parte inferior del organismo, pudiendo ocasionar hipotensión, taquicardia y modificaciones en el electrocardiograma. Los pacientes en shock hipovolémico son especialmente vulnerables estos cambios bruscos en la velocidad.
- La desaceleración brusca ocasionaría la acumulación de sangre en hemicuerpo superior con incremento de la tensión arterial, presión venosa central, de la Presión Intracraneal (PIC) y bradicardia pudiendo desencadenar en parada cardiorrespiratoria. Los PT más vulnerables a estos cambios son los afectados por Traumatismo Craneoencefálico con incremento de la PIC y los pacientes con roturas viscerales, ya que un frenazo brusco puede empeorar el desgarro de vísceras y tejidos elásticos.

CONCLUSIONES

El PT es especialmente vulnerable a los cambios bruscos de velocidad durante el transporte. Es por ello por lo que una conducción prudente y segura es una parte tan fundamental en la atención en el paciente politraumatizado como puede serlo la estabilización previa, ya que solo así podremos garantizar un traslado seguro sin repercutir hemodinámicamente el estado del paciente.

PÓSTERS

57

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Fernando Miguel
SaldañaAUTORES
Fernando Miguel
Saldaña;
Alba Cano Navas;
Carlos Rodríguez
Blanco; Sara Isabel
Montero Hernández;
Francisco Javier López
Albalá; Fátima Arribas
Hernández;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-Protección Civil

ESTUDIO SOBRE LAS CARTAS DE AGRADECIMIENTO RECIBIDAS EN UNA DÉCADA RELACIONADAS CON LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

INTRODUCCIÓN

En ocasiones, los pacientes atendidos por los servicios de emergencia extrahospitalarios (SEM) o sus familiares envían muestras de agradecimiento a través de cartas. Consideramos que el estudio de las mismas puede ser una valiosa fuente de información que permita valorar la calidad de la asistencia prestada además de fuente de motivación para los profesionales. El SEM estudiado recibió durante los últimos 10 años 783 cartas de agradecimiento. De éstas, 77 (9,83%), estaban relacionadas con pacientes que habían sufrido una parada cardiorrespiratoria (PCR).

OBJETIVO

Identificar, a través de las cartas de agradecimiento recibidas, qué aspectos de la asistencia son considerados como "puntos fuertes" por los pacientes y/o familiares y cuáles son, para ellos, las principales virtudes de la atención sanitaria proporcionada en una reanimación cardiopulmonar (RCP).

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo transversal retrospectivo basado en las cartas de agradecimiento recibidas a través de los cauces oficiales, relacionadas con asistencias a pacientes en PCR (tanto PCR recuperadas como

no recuperadas) enviadas por pacientes o familiares de los mismos, atendidos por un SEM en un periodo de 10 años (2011-2020). N= 77.

Datos tratados con el programa Excel 2010, realizándose un análisis de respuestas de selección múltiple mediante el programa estadístico SPSS 17.0.

RESULTADOS

En muchas de las cartas se manifiesta más de un motivo (150 en total), por lo que las cifras que se adjuntan, están relacionadas al total de los motivos reflejados en todas ellas. Los 5 motivos principales de agradecimiento fueron: profesionalidad, 28 veces (36,36%), rapidez, 23 (29,87%), humanidad, 15 (19,48%), trato, 12 (15,58%) y tenacidad, 10 (12,98%). Con menor número de valoraciones: con 4, cariño, apoyo e interés (5,1% cada una de ellas), 3, amabilidad (3,8%), 2, calidez, diligencia, aliento, delicadeza y eficacia (2,5% cada una de ellas) y disposición, serenidad, implicación, dulzura, eficiencia y empatía, 1 (1,2% cada una de ellas). El resto, 21 veces (27,2%), corresponden a agradecimientos genéricos, sin especificar los motivos.

CONCLUSIONES

Los resultados evidencian que los pacientes no solo muestran su gratitud por las habilidades técnicas de los profesionales, sino también, y en gran medida, por la actitud y comportamiento mostrado, incluso cuando el fatal desenlace es la muerte del ser querido.

PÓSTERS

59

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Jesús Cano GabrielAUTORES
Jesús Cano Gabriel;
Alba Cano Navas;
Fernando Miguel
Saldaña; Domingo
Salas Gómez; Victorino
Pérez Velasco; Fátima
Arribas Hernández;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-Protección Civil

DURANTE EL CONFINAMIENTO SE DETECTARON MENOS CASOS DE PERSONAS MAYORES EN RIESGO SOCIAL O CON SOSPECHA DE MALTRATO

INTRODUCCIÓN

Durante el confinamiento total por la crisis de la Covid-19 se divulgaron varias campañas institucionales para la prevención de maltrato a personas vulnerables. Pensamos que el número de notificaciones de sospecha de maltrato a personas mayores durante esa época disminuyó, no correspondiéndose con la cifra real de maltratos.

OBJETIVO

Determinar el número de notificaciones de sospecha de maltrato (código 5.9) a personas mayores durante el confinamiento por la pandemia de la COVID-19 por parte de un servicio de emergencias médicas (SEM) y compararlo con los dos años anteriores.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional retrospectivo mediante la revisión de todos los casos notificados como persona mayor en riesgo social o con sospecha de maltrato durante el confinamiento total (15.03.20-21.06.20) y compararlo con el mismo periodo de tiempo con los dos años anteriores (2018 y 2019). Variables independientes: periodos de 2018, 2019 y 2020. Variables resultado: tipo de notificación (riesgo social/maltrato físico), sexo, hospitalización (sí/no), edad, lugar (domicilio/vía pública), nacionalidad, demanda

inicial. Análisis descriptivo mediante medidas centrales y de dispersión. Análisis inferencial: Chi cuadrado para la asociación de variables categóricas. SPSS 20.0.

RESULTADOS

Durante el periodo del confinamiento se notificaron 15 casos de 5.9; 28 en 2019 y 26 en 2018. Del total (69), 52 (75,4%), la demanda inicial era diferente a la de 5.9 (caída casual o patología cardiovascular). Se trasladaron a Centro hospitalario un 42%. En el año del confinamiento un 20%, en otros años 48,1% ($p=0,051$). La edad media fue de 80,23 años (DE 6,924). Por sexos, 29 (42%) varones (V) y 39 (56,5) mujeres (M). Encontramos diferencias significativas ente sexo y años: 2018, 8 M y 17 V, 2109, 19 M y 9 V, 2020, 12 M y 3 V ($p=0,14$). En 40 casos (58%) se encontraba en el domicilio; 29 (42%) en vía pública. El 98,6% era de nacionalidad española.

CONCLUSIONES

Observamos una disminución notable del número de casos de personas mayores en riesgo social o con sospecha de maltrato detectados durante el confinamiento total. Sería importante, de cara a posibles futuras pandemias desarrollar mecanismos de detección en estas situaciones.

60

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Jorge Luis Troya MiguezAUTORES
Jorge Luis Troya Miguez;
David Barceló Román;
Laura Núñez Tejedor;
Benjamín Troya Miguez;CENTROS DE TRABAJO
GSAIB

PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PARA LAS UNIDADES DE SOPORTE VITAL BÁSICO EN EL CÓDIGO ICTUS

INTRODUCCIÓN

Hemos de considerar que, en las Illes Balears, se realizó entre los años 2017 y 2019, 1.124 servicios clasificados como CÓDIGO ICTUS, de los cuales el 74%, fue realizado por los Técnicos en Emergencias Sanitarias (TES) de las Unidades de Soporte Vital Básico (USVB), por lo tanto, hemos de reseñar la importancia que tienen dichas unidades en el proceso de asistencia extrahospitalaria.

OBJETIVO

La aplicación de un procedimiento estandarizado en las USVB de las Illes Balears, que permita una rápida identificación, mediante el abordaje del ABCDE y toma de constantes, así como la observación de los posibles signos de alarma, si los hubiera, y la correcta valoración mediante la escala de Cincinnati. Esto le permite al TES, disponer de una herramienta, con la que se pueda iniciar una serie de procesos que dé como resultado, el beneficio asistencial del paciente tiempodependiente, que haya sufrido un ICTUS.

METODOLOGÍA

Se ha tomado como bibliografía los procedimientos operativos del SAMU-061 de las Illes Balears, el "Manual de Procedimientos del CCUM, protocolo código ICTUS v.4.3" y el "Procedimiento asistencial al Paciente con IC-

TUS en USVB v.1.0", así como los datos de la Gerencia del SAMU-061 en cuanto al número de servicios codificados como CÓDIGO ICTUS.

RESULTADOS

La importancia en la celeridad de la comunicación con la Central de Coordinación de Urgencias Médicas (CCUM), para informar del estado del paciente, y proceder a la activación del correspondiente CÓDIGO ICTUS por parte de la CCUM, para realizar el traslado coordinado del paciente, a los hospitales que dispongan de los equipos o unidades de ICTUS, para realizar el tratamiento definitivo, dentro de las cuatro horas y media, reduciendo así, las secuelas y/o mortalidad.

CONCLUSIONES

Se trata, que las unidades de SVB de las Illes Balears, actúen ante un paciente que sufre un ICTUS, de forma protocolizada y coordinada con la CCUM y con las unidades de ICTUS de los centros hospitalarios, como parte fundamental del inicio de la cadena asistencial que cuenta con la peculiaridad de la insularidad.

62

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Iker Apraiz SánchezAUTORES
Iker Apraiz Sánchez; Leire
Agirre Garrido;CENTROS DE TRABAJO
Osakidetza

MOVILIDAD CERVICAL EN LA TÉCNICA “LOG ROLL PULL” EN LA PRONACIÓN-SUPINACIÓN DEL PACIENTE ADULTO CON TRAUMA GRAVE

INTRODUCCIÓN

El paciente con trauma grave es considerado una pandemia global. El procedimiento indicado para la movilización en la supinación-pronación es: “Log Roll Pull” (LRP). Sin embargo, existe cierta controversia respecto al movimiento que, éste, puede generar en las vértebras al tornar al paciente 180°.

OBJETIVO

Determinar y analizar la movilidad vertebral angular producida durante la realización de la maniobra LRP en la supinación-pronación del paciente adulto con trauma grave. Determinar técnicas que produzcan menor movimiento que la LRP.

METODOLOGÍA

Revisión sistemática y metaanálisis en base a disposición PRISMA y registrada en plataforma PROSPERO. Búsqueda bibliográfica sistemática en 3 bases de datos (Pubmed, Web of Science y SCOPUS), incluyendo ensayos clínicos que estudiaran el movimiento angular vertebral producido por planos (Sagital, Frontal, Transversal) por la maniobra LRP. La calidad de los estudios fue analizada mediante el cuestionario CASPe. La heterogeneidad de los resultados fue analizada mediante Q, R² e I². Los resultados fueron combinados mediante el modelo de efectos aleatorios.

RESULTADOS

Fueron incluidos 4 ensayos clínicos fechados entre el 2007 y el 2012. En total, se contó con la participación de 15 cadáveres. Los estudios cuantificaron el movimiento angular de las vértebras al realizar la técnica LRP y lo compararon con la tabla “Jackson” o “Log Roll Push”. Todos utilizaron el mismo instrumento de medición. La prueba R²=0.632 (p=0.21) e I²: 0%. El movimiento vertebral angular medio producido fue: para el plano sagital 17.16 (DE: 4.89, Q: 2.19), para el plano frontal 15.40 (DE: 5.39, Q: 0.17) y para el plano transversal 20.79 (DE: 2.86, Q: 2.20). Los 4 estudios obtuvieron un movimiento mayor estadísticamente significativo con la técnica LRP que con su comparativa (p > 0.05).

CONCLUSIONES

El uso de la técnica LRP en la pronación-supinación de pacientes con trauma grave genera una amplia movilidad angular vertebral en todos los estudios. Todos los estudios recomendaban la técnica alternativa analizada (tabla “Jackson” o “Log Roll Push”). Aun así, se hace necesario desarrollar nuevas técnicas de movilización manuales simples y efectivas que garanticen una correcta movilización cervical.

PÓSTERS

67

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Luis Angel Díaz
LechonAUTORES
Luis Angel Díaz
Lechon;
Maria Victoria Díaz
Grajal;CENTROS DE TRABAJO
Emergencias Sacyl
UME Cervera de
Pisuerga

TRANSMISION DE ELECTROCARDIOGRAMAS

INTRODUCCIÓN

Evaluación de nuevas tecnologías en UMEs, incluyendo al profesional sanitario, como factor pronóstico para su implantación. Variables : Certificados MDR (EU2017/745, normas armonizadas EN623024 y EN82304. Protocolos HL7, IHE, DICOM. Interés del profesional. Gestión por procesos.

OBJETIVO

Se trata de un estudio descriptivo observacional, en una base de emergencias de soporte vital, con isócronas superiores a dos horas, que evalúa el uso de Analizador EPOC alero, Tablet Eco Fast, Electrocardiografía, así como el tratamiento de imágenes y datos para su envío en preaviso y consulta “in itinere”.

METODOLOGÍA

Aplicación práctica en pacientes seleccionados. Campo muestral N:20, suficiente para inferir carencias y dificultades. Las conclusiones , se basan en la formación continuada de los autores a través de instituciones como ATA (Asociación Americana de Telemedicina), SEIS (Sociedad Española de Informática de La Salud) ,Telemedicina Hospital Central de la Defensa, UNED (Master en Internet), ISCIII (proyectos Telemedicina), Polycom, Microsoft Teams.

RESULTADOS

Se consiguieron muestras analíticas, ecografías y electrocardiogramas con patología subsidiaria de intervención en función de la muestra obtenida de la que no existiría evidencia de no haberse realizado la prueba. Dichos resultados suelen requerir interpretación y consenso con servicios hospitalarios especializados, de referencia , para la admisión del paciente.

CONCLUSIONES

Las herramientas son útiles. No interfieren en la emergencia . Se carece de Wireless y protocolos de confidencialidad. Los proveedores deben cumplir las normas de transmisión de datos. Los conocimientos del profesional además de la interpretación diagnóstica de resultados, deben incluir el manejo de estándares para el envío de datos. Es imprescindible , para la implantación de las nuevas herramientas facilitar la transmisión de datos y la interconsulta in itinere para una calidad en la gestión por procesos. Es decir actualmente no existe Flujos de salida del proceso base, El flujo estaría constituido por la entrega de un producto (Ecografía, E.C.G, analítica) y el protocolo de actuación ante el mismo. En la formación continuada del profesional, no se valora la iniciativa particular en la formación en nuevas tecnologías, quedando excluida de la carrera profesional.

PÓSTERS

69

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Joseba Rabanales
SotosAUTORES
Joseba Rabanales
Sotos; Angel López
González; Carmen
María Guerrero
Agenjo; Isabel María
Guisado Requena;
Alicia Ramirez
Tercero; Lorena Rozas
Bueno;CENTROS DE TRABAJO
Universidad de
Castilla-La ManchaSIMULADOR PARA LA ENSEÑANZA DE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR DIRIGIDO A POBLACIÓN INFANTIL
SALVANDO A LLANETES®

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud, en su declaración "Kids save lives", indica que enseñar Reanimación Cardiopulmonar (RCP) desde niños, aumentará la supervivencia al paro cardíaco extrahospitalario. [...]

OBJETIVO

Ante la importancia de difundir la enseñanza de RCP entre la población, el objetivo de este trabajo fue diseñar un simulador para la enseñanza de RCP en niños de educación infantil.

METODOLOGÍA

Se constituyó un grupo de trabajo integrado por maestros, psicólogos y enfermeros que tras varias "tormentas de ideas", decidió plasmar los contenidos clave, basados en las recomendaciones de 2015 de la European Resuscitation Council (ERC), en una superficie con la figura de un niño/a dibujada, sobre la que se pondría un corazón de plástico sobre el que hacer las compresiones torácicas. El corazón tendría unas dimensiones aproximadas de 60x60x50 mm, una dureza de 7 en la escala Shore D y debía contar con un sistema de feedback auditivo, en un rango de frecuencias audibles y exento de baterías eléctricas que se activaría al realizar compresiones sobre el corazón que equivalgan

a comprimir 50-60 mm sobre el tórax de un adulto. [...]

RESULTADOS

Salvando a Llanetes® es una alfombra de juego de 60 x 70 cm en la que aparece dibujada una muñequita en colores llamativos. Llanetes es el nombre de la muñeca, y es el diminutivo de un nombre de mujer muy común en nuestra ciudad, en referencia al nombre la patrona de Albacete. En el tórax de la muñeca aparece punteada la silueta de un corazón sobre la que habrá que colocar el corazón de plástico. Este emite un feedback auditivo cada vez que se alcanza la profundidad de compresión correcta. En los laterales de la alfombra aparecen impresas instrucciones de qué hacer en caso de presenciar una parada cardíaca, con protagonismo para la Desfibrilación Externa Automatizada y la llamada al 1-1-2. Todo animado con dibujos alusivos y de fácil comprensión. Salvando a Llanetes® está validándose en cuanto a "calidad de las compresiones" efectuadas por los niños/as, y a la percepción de "ser útil" por los educadores de colegios de educación infantil de España y Perú, en horario escolar y con una participación aproximada de 4.000 niños (4 - 6 años) en 89 unidades escolares de ambos países.

CONCLUSIONES

Salvando a Llanetes® se propone como material y método didáctico adecuado para enseñar RCP a población infantil. Permite, integrado en el currículo escolar, enseñar RCP desde edades tempranas, estimulando la receptividad al aprendizaje y fortaleciendo el sentido de responsabilidad desde niños.

PÓSTERS

72

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Adriana Vañó Garrido-
ArroquiaAUTORES
Adriana Vañó Garrido-
Arroquia; Elena Alcanda
Renquel; Jose Javier
Gomez Marco; Alicia
Fidalgo López;CENTROS DE TRABAJO
Hospital Doce de Octubre

LA ANAMNESIS COMO CLAVE EN EL DIAGNOSTICO

INTRODUCCIÓN

Varón de 58 años. No antecedentes familiares de interés. Hipertensión arterial sin tratamiento farmacológico. No otros factores de riesgo cardiovascular ni otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Triado a consulta de respiratorio (COVID19) por dolor torácico tipo opresivo que irradia a cuello y a brazo izquierdo de 48 horas de evolución que produce disnea de moderados esfuerzos. El dolor aumenta con el ejercicio, si bien en reposo también está presente. Asocia náuseas en ocasiones sin vómitos, ni mareo ni sudoración. No fiebre. No tos ni expectoración. No otros síntomas sugerentes de infección por COVID19. La exploración física muestra taquipnea de 27 rpm, afebril, constantes normales. No dolor a la palpación de articulaciones esternocostales. Auscultación cardiopulmonar normal. Se realizó test rápido para COVID19, negativo.

METODOLOGÍA Y RESULTADOS

El paciente presenta dolor típico para cardiopatía isquémica. Por un lado, se realiza electrocardiograma (ECG), donde se observa una repolarización precoz sin elevación ni descenso del ST. No hay estudios previos para comparar. Por otro lado, analítica con perfil cardíaco. En este caso, la primera troponina

fue de 5 ng/l. Pese a esto, ante dolor tan sugestivo, se serió, segunda troponina de 67 ng/l. En ambas analíticas la CK y la creatinina eran normales. Ante sospecha de infarto agudo de miocardio, se realiza un cateterismo de Urgencias donde se muestra una obstrucción en la descendente anterior. Se colocó stent farmacoactivo con buena evolución posterior. El paciente en la actualidad se encuentra estable. Ajuste de medicación antihipertensiva, estatinas, y betabloqueantes.

CONCLUSIONES

La anamnesis en un paciente es más importante que las pruebas complementarias. Este paciente sin una buena anamnesis no hubiera sido correctamente diagnosticado, ya que en un inicio las enzimas de daño miocárdico no se elevaron y el ECG era muy anodino. Por otro lado, un diagnóstico precoz en patología isquémica se ha relacionado directamente con mejores resultados a posteriori por lo que es crucial una asistencia rápida, como primera aproximación diagnóstica realizar un ECG lo antes posible.

PÓSTERS

PRIMER FIRMANTE
Adriana Vañó Garrido-
Arroquia

AUTORES
Adriana Vañó Garrido-
Arroquia; Elena Alcanda
Renquel; Jose Javier
Gomez Marco; Alicia
Fidalgo López; Marta
Candela Fernandez ;
Aranzazu Mata Martinez;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Doce de
Octubre

DOCTORA, NO ES DEL PIS, SE LO PROMETO

INTRODUCCIÓN

Varón 74 años. Hipertenso y dislipémico. Portador de sonda permanente desde Mayo 2020 por hiperplasia benigna de próstata y retenciones de orina de repetición secundarias a infecciones de orina (ITU). Derivado desde Atención Primaria por urocultivo positivo de hace 15 días realizado de forma ambulatoria con paciente asintomático. A la anamnesis, el paciente desde el punto de vista urológico se encuentra sin síntomas. Refiere únicamente parafasias desde esta mañana que han evolucionado a disartria leve que el paciente critica e intenta corregir sin éxito. No otros síntomas acompañantes. El médico del Centro de Salud lo deriva sospechando alteración conductual secundario a ITU.

Objetivamente, paciente con hemiparesia facial derecha y evidente disartria con dificultad para vocalizar, no parafasias en la actualidad ni afasia. Resto de la exploración anodina.

METODOLOGÍA Y RESULTADOS

A pesar de tener un urocultivo positivo, no existe correlación temporo-espacial con la clínica. Además, si la alteración de conducta fuera por la infección, no hubiera evolucionado de parafasia a disartria si no que permanece más estable. Hay que pensar en focalidad

neurológica, ya que una infección de orina no justifica una clínica tan específica como es un alteración en el lenguaje. Por ello, se realiza TC craneal urgente que resulta normal. A pesar de ello, sospechando causa neurológica, se propone valoración por Neurología de guardia quienes, mediante exploración física, sospechan ictus isquémico e ingresan al paciente a su cargo para completar estudio.

CONCLUSIONES

Ante cualquier focalidad es obligado realizar escáner y derivar al paciente para que sea valorado por Neurología. El TC craneal en ictus isquémico puede ser normal dentro de las primeras 24 horas y que sea anodino no debe hacernos descartar causa neurológica. El diagnostico en Urgencias es mediante anamnesis y exploración física. Ha de ingresar para estudio vascular y tratamiento si procede.

PRIMER FIRMANTE
Antonio Moure Vallet

AUTORES
Antonio Moure Vallet;
Victoriano Manuel
Sánchez Cordón; Mireia
Borrego Rico;

CENTROS DE TRABAJO
Epes 061 Sp Sevilla

LESIONES TRAUMÁTICAS EN LA APLICACIÓN DEL MASAJE CARDÍACO

INTRODUCCIÓN

Las evidencias y guías internacionales existentes, nos constatan la posibilidad de producir lesiones en pacientes a los que se le practica una RCP. Normalmente estas lesiones las asociamos a lesiones costales, pero los estudios nos evidencian otros tipos menos conocidos, pero no por ellos menos frecuentes.

OBJETIVO

Concienciar a los colectivos sanitarios de que no sólo existen lesiones a nivel costal, sino que hay otras muchas lesiones que podemos desconocer y provocar si no se realiza un masaje cardiaco adecuado.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de las posibles lesiones en la práctica de RCP. Los buscadores han sido Medline, Google académico y Dialnet.

RESULTADOS

De un estudio prospectivo en el que se realizaron 705 autopsias en las que al paciente se le había practicado una reanimación cardiopulmonar básica o avanzada antes de su fallecimiento, se encontraron que existían unas complicaciones directamente relacionadas con la técnica de reanimación practicada: ÷ Complicaciones torácicas en el 42,7 %

÷ Fracturas costales en el 31,6%
÷ Fractura esternal el 21,1%
÷ Hemorragia mediastino anterior el 18,3 %
÷ Complicación de las vías respiratorias superiores 20,4%
÷ Complicaciones viscerales abdominales 30,8 %
÷ Complicaciones pulmonares se produjeron en el 13%
Las complicaciones que amenazan la vida, como el corazón y las grandes lesiones del vaso, ocurrieron en menos del 5%. Queríamos destacar la "laceración hepática" como una complicación poco frecuente y rara, pero que en ocasiones se produce.

CONCLUSIONES

Como conclusión podemos destacar que es importante utilizar la técnica de masaje cardiaco correctamente para intentar restablecer las funciones vitales del paciente, pero, evitar en la medida de lo posible las posibles complicaciones traumáticas del paciente en caso de supervivencia al paro cardiaco. Por ello es importante dar prioridad al establecimiento de programas formativos tanto a profesionales como a la población en general para identificar la parada cardiaca y perfeccionar la técnica de reanimación.

76

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE
Antonio Moure Vallet

AUTORES
Antonio Moure Vallet;
Juan Antonio Gutiérrez
Sánchez; Vicente Coronel
Roldán;

CENTROS DE TRABAJO
EPES 061 SP SEVILLA

PRIMEROS INTERVINIENTES EN LA RCP

INTRODUCCIÓN

Consideramos primera persona interviniente a quien por su situación laboral o personal tiene una mayor probabilidad de ser la persona que identifica la situación, alerta a los servicios de urgencias e inicia las maniobras de RCP y SVB (reanimación cardiopulmonar y soporte vital básico) en el lugar del suceso, hasta la llegada de los servicios sanitarios de urgencias y emergencia.

OBJETIVO

Entre los colectivos que suelen ser “primeros intervinientes” destacan, Servicios de Emergencia, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (Policía Local, Policía Nacional, Guardia Civil, Bomberos), y socorristas. Es por ello que deben estar entrenados en las técnicas de reanimación cardiopulmonar.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de artículos científicos sobre los primeros intervinientes en pacientes con PCR (parada cardio respiratoria), se utilizaron descriptores.

RESULTADOS

Los cursos para primeros intervinientes son organizados por entidades docentes, públicas o privadas que deben cumplir con los requisitos estipulados. Tienen como objetivo

aumentar la capacitación profesional del personal, con el fin, de unificar criterios en los procedimientos de intervención, dando de esta manera un servicio de mayor calidad al ciudadano.

CONCLUSIONES

Es muy importante unificar criterios a la hora de instruir a cualquier ciudadano en el conocimiento de las técnicas y maniobras de resucitación o reanimación cardiopulmonar básicas, siguiendo las recomendaciones de las guías del Consejo Europeo de Resucitación, Plan Nacional de RCP y la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMI-CYUC), entre otras, ya que las posibilidades de sobrevivir a una PCR dependen de la rápida actuación de la primera persona interviniente.

PÓSTERS

77

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE
Alejandro Fernandez-
Moreno

AUTORES
Alejandro Fernandez-
Moreno;
Matilde Leticia Sanchez-
Arevalo Vilaplana; Tatiana
Sanchez-García; Lorena
Santodomingo Lobón;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario
Infanta Cristina

MANEJO DE LA TEMPERATURA TRAS PCR_QUE ES Y COMO LO HAGO

INTRODUCCIÓN

los resultados de la parada cardiorrespiratoria (PCR) siguen siendo deficientes a pesar de los avances en su tratamiento. La supervivencia de la PCR intrahospitalaria y extrahospitalaria se sitúan entre un 15-34% y un 8-10% respectivamente. El uso de la Hipotermia Terapéutica (HT) o el Manejo de la Temperatura Dirigida (MTD) están siendo estudiados para mejorar esta supervivencia. Pese a ser objeto de debate constante durante años, en el entorno hospitalario aún existe un gran desconocimiento acerca de estas técnicas, tanto sobre su eficacia como en su aplicación práctica.

OBJETIVO

con este trabajo se pretende conocer la situación actual de la HT y el MTD como tratamiento en la PCR recuperada; así como identificar la necesidad de actualizar los cuidados enfermeros según las nuevas recomendaciones de las sociedades científicas.

METODOLOGÍA

se plantearon dos estrategias de búsqueda diferentes centradas en los métodos actuales para el MTD tras PCR recuperada y en la importancia de la Enfermería en el desarrollo y puesta en marcha de estas técnicas. Tras ello se realizaron búsquedas bibliográficas

en las principales bases de datos (PubMed, Cinahl, Embase, Cuiden Plus, Cochrane y Scielo) mediante el uso de las palabras clave: cuidados de enfermería, hipotermia terapéutica, manejo de la temperatura dirigida, parada cardiorrespiratoria.

RESULTADOS

se obtuvieron 71 artículos sobre los que se realizó un proceso de cribado mediante criterios de exclusión previamente establecidos. Se seleccionaron evidencias publicadas entre el año 2010 y el 2021; publicadas en español e inglés; y se priorizaron aquellos trabajos realizados en el ámbito de la enfermería. Posteriormente se realizó una lectura exhaustiva y debate por parte de los componentes del grupo.

CONCLUSIONES

a la vista de las recomendaciones de las sociedades científicas, es evidente que el debate sobre el uso de la MTD tras la PCR recuperada sigue abierto. Desde el punto de vista enfermero, este trabajo ha demostrado que sigue siendo necesario un mayor conocimiento sobre estas terapias. Implementar protocolos basados en la evidencia actual es clave si se quiere alcanzar un rol propio de Enfermería en el MTD tras PCR recuperada en las Unidades de Cuidados Intensivos.

PÓSTERS

81

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE
Daniel Ausín Fernández

AUTORES
Daniel Ausín Fernández;
Tamara Gutierrez
Barcina; Santiago Arcos
García; Marta del Olmo
Solás; Mónica Blanco
Alonso;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Can Misses

UN PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE RCP EN LOS INSTITUTOS DE BURGOS EN COLABORACIÓN CON EL AYUNTAMIENTO DE BURGOS Y CRUZ ROJA ESPAÑOLA

INTRODUCCIÓN

Estudios desarrollados en Europa y Estados Unidos demuestran que la formación práctica de la Reanimación Cardiopulmonar (RCP) a alumnos de centros de educación secundaria obligatoria (ESO) y formación profesional (FP) es una intervención eficaz de salud pública en lo que a supervivencia de una parada cardiorrespiratoria se refiere

OBJETIVO

Desarrollar un programa formativo sobre "RCP solo con las manos" para centros de ESO y FP de una ciudad del norte de España.

METODOLOGÍA

Una ONG especializada en formación en RCP, y en convenio con el ayuntamiento de la ciudad, formó un grupo de trabajo (2 técnicos y 3 voluntarios con conocimientos en pedagogía y RCP) para el desarrollo de sesiones formativas basadas en "RCP solo con las manos" que incluyeran conceptos teóricos y una parte práctica. Estas se desarrollaron en los centros de ESO y FP de la ciudad bajo el proyecto "La ciudad también enseña" del ayuntamiento durante los años 2018, 2019 y 2020.

RESULTADOS

Creamos una sesión de dos horas de duración donde se trataba: la definición de primeros

auxilios, qué es una parada cardiorrespiratoria, y cómo realizar una RCP solo con las manos. Para la parte práctica seguimos la metodología de "los 4 pasos" desarrollada por el European Resuscitation Council, adaptada para la técnica RCP solo con compresiones, y en la cual estábamos formados los instructores. La solicitud de las sesiones se organizaba a través de la concejalía de servicios sociales del ayuntamiento. Participaron un total de 10 centros de ESO y FP, con un total de 725 alumnos durante los 3 años de desarrollo del proyecto.

CONCLUSIONES

La enseñanza de la RCP a adolescentes por parte de personal entrenado es fácil, factible y genera interés en ellos si se utiliza una metodología novedosa como se ha observado en la bibliografía. El uso de metodologías específicas para el aprendizaje de la RCP (y adaptadas a las necesidades de las mismas) permite que este sea fácilmente aprehensible por el alumnado. Los servicios públicos su la interacción con ONG's y sociedades científicas generan sinergias para atajar los problemas de salud que presenta nuestra sociedad.

PÓSTERS

83

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE
Victoriano Sánchez
Cordón

AUTORES
Victoriano Sánchez
Cordón;
Manuel Osuna Díaz;
Juan Antonio Gutiérrez
Sánchez;

CENTROS DE TRABAJO
Empresa Publica de
Emergencias Sanitarias
(EPES)

PARADA CARDIORESPIRATORIA POR TRAUMATISMO EN EL FUTBOL BASE

INTRODUCCIÓN

Una de las causas de paradas cardiorrespiratorias (PCR) más importantes en el futbol base es la producida por traumatismo durante la disputa de un balón, transcurridos unos segundos y sin consecuencias aparentes puede desencadenar dicho traumatismo en una parada cardiorrespiratoria

OBJETIVO

Dados los acontecimientos, la prevención en las PCR por este tipo de circunstancias son difíciles de prevenir, pero si podemos educar a todo el personal involucrado en las categorías del futbol base en conocer y saber tanto identificar una situación crítica como es una PCR como, el estar formado en dar los primeros auxilios.

METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda exhaustiva de la prevención y la realización de maniobras en parada cardiorrespiratoria en niños con rango de edad entre 7 y 12 años durante la realización de una actividad física de contacto.

RESULTADOS

El estudio nos da unas cifras de que el 75% de los niños en ese rango de edad practican deporte de contacto como en este caso es el futbol base, por ello se crea la necesidad de

formar al personal que los dirige deportivamente, a familiares y a los propios jugadores en las maniobras de soporte vital básico y desfibrilación con DESA, maniobras y desfibrilador se constata como imprescindibles para mejorar las tasas de supervivencia tras un fracaso cardiaco.

CONCLUSIONES

Hay que informar e intentar mentalizar a la sociedad sea en el ámbito que sea la importancia del primer interviniente en estos casos. Nos hemos focalizado en el futbol base, debido a la cantidad niños/as que participan y espectadores que acarrear este deporte. Queremos hacer hincapié en la necesidad de saber identificar y actuar en una situación límite (PCR) ya que el tiempo juega en nuestra contra y los primeros minutos son claves para la recuperación del paciente

PÓSTERS

84

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Victoriano Sánchez
CordónAUTORES
Victoriano Sánchez
Cordón;
Mirella Borrego Rico;
Antonio Moure Vallet;CENTROS DE TRABAJO
Empresa Publica de
Emergencias Sanitarias
(EPES)

CODIGO ICTUS: LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO

INTRODUCCIÓN

Según los datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), cada año 110.000-120.000 personas sufren un ictus en nuestro país, de las cuales un 50% quedan con secuelas discapacitantes o fallecen. Actualmente más de 330.000 españoles presentan alguna limitación en su capacidad funcional por haber sufrido un ictus.

OBJETIVO

Disminuir el tiempo entre el inicio del ictus y el acceso a un diagnóstico y tratamiento especializado. Incrementar el número de pacientes con infarto cerebral tratados con trombólisis. Incrementar el número de pacientes que acceden a cuidados en una unidad de ictus agudos.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de artículos científicos sobre los cuidados del paciente con ictus, donde se ha trabajado de forma multidisciplinar, representadas por las diferentes áreas de conocimiento intervinientes en la atención a las personas con ictus.

RESULTADOS

No existe teleasistencia con la unidad ictus de referencia. Se limita a consulta telefónica

con el neurólogo de guardia acerca de la derivación. Retraso en traslado de pacientes a Hospitales de Referencia. Saturación de consulta de Rehabilitación, retrasos, falta de espacio físico. Dificultad de captación de pacientes que son dados de alta y que necesitan seguimiento. Falta de registros detallados de secuelas tras ACV.

CONCLUSIONES

Elaboración de protocolo de actuación código ictus (constantes, analítica, tac, contacto con neurología y neurocirujano de hospital de referencia) Formación específica del personal de urgencias y emergencias (detección, cuidados, manejo bomba perfusión, fibrinólisis). Mejorar transporte y coordinación provincial.

PÓSTERS

85

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Estefanía Padilla ÁlvarezAUTORES
Estefanía Padilla Álvarez;
Sergio Jimenez Piña; Laura
Muñoz Castillo; Alexandra
Van der Hurk Jimenez;CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario Son
Espases

PRESENCIA DE FAMILIARES DURANTE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

INTRODUCCIÓN

Diversas organizaciones internacionales como la American Heart Association (AHA) y la European Resuscitation Council (ERC) manifiestan el derecho de la familia a estar presente durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP). Sin embargo, investigaciones desarrolladas en diversos países reflejan que los profesionales generalmente no se plantean la posibilidad de una RCP presenciada y presentan cierto escepticismo a su puesta en práctica.

OBJETIVO

Explorar la percepción de los profesionales, familiares y pacientes respecto la presencia de familiares durante la RCP en pacientes adultos.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, CINAHL y Scielo. También se revisaron las guías clínicas como la European Resuscitation Council 2021 y la American Heart Association 2020.

RESULTADOS

La mayoría de los enfermeros valoran la presencia del familiar como beneficiosa ya que favorece de la obtención rápida de información del paciente y un derecho de la familia.

Se considera que observar cómo se realizan los esfuerzos necesarios por mantener con vida a un ser querido podría ser facilitar el proceso del duelo. Por otra parte existe miedo de los profesionales a que la familia considere que la muerte del paciente es consecuencia de una mala actuación.

En cuanto a los familiares en RCP presenciada, se reducen los síntomas de estrés post-traumático ya que refieren mejor comprensión por la situación. Estar presente puede suponer fomentar la sensación de ser parte del equipo, colaborando y acompañando a su familiar.

El lugar en el que sucede la parada es un componente contextual que condiciona la posibilidad de desarrollar una PCR presenciada, siendo la calle y el domicilio ambientes facilitadores y considerándose una cultura de poder el ámbito hospitalario que dificulta por sistema la presencia de familiares.

CONCLUSIONES

Atendiendo a los principios bioéticos de autonomía y beneficencia, los equipos de reanimación deberían ofrecer a los familiares de pacientes que sufren una parada cardíaca, la oportunidad de estar presentes durante la reanimación en los casos que se pueda ofrecer de manera segura debiendo garantizar la seguridad y el acceso a la información necesaria respecto a los procedimientos que se realicen.

PÓSTERS

86

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Estefanía Padilla
ÁlvarezAUTORES
Estefanía Padilla
Álvarez;
Sergio Jimenez Piña;
Laura Muñoz Castillo;
Alexandra Van der Hurk
Jimenez;CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario
Son Espases

VENTAJAS DEL USO DEL DISPOSITIVO AUTOMÁTICO DE COMPRESIÓN TORÁCICA

INTRODUCCIÓN

La parada cardíaca extrahospitalaria constituye una emergencia médica y un problema de primera magnitud en la salud pública.

La American Heart Association (AHA) ha puesto gran énfasis en mejorar la calidad de las compresiones torácicas durante la reanimación cardiopulmonar (RCP).

El dispositivo (Sistema de asistencia cardiopulmonar de la Universidad de Lund) LUCAS se ha propuesto para proporcionar compresiones de alta calidad, por lo que se pueden evitar las interrupciones observadas con la RCP manual.

OBJETIVO

Definir las indicaciones necesarias para el uso del dispositivo LUCAS y detallar las ventajas de su uso.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos PubMed, Biblioscut y google académico. También se revisaron guías clínicas como la European Resuscitation council (ERC) 2021 y la (AHA) 2020.

RESULTADOS

LUCAS es un sistema de compresión de tórax que proporciona tanto la compresión activa como la descompresión de la pared torácica.

El dispositivo consiste en una ventosa de goma de silicona que se aplica al pecho del paciente y un cilindro montado en dos piernas conectadas a un paladar rígido.

Al utilizar LUCAS, la calidad de la RCP se estandariza y minimizan las interrupciones en las compresiones permitiendo una RCP eficaz. Con LUCAS las personas que atienden al paciente tienen las manos libres, por lo que se pueden centrar en otras actividades para salvar la vida del paciente.

Por otra parte el dispositivo se usa también en el medio extrahospitalario durante el traslado de potenciales donantes en asistolia.

Se observó una menor tasa de rechazo de órganos por mala perfusión cuando se utiliza LUCAS, lo que corrobora la hipótesis de que los pacientes están mejor perfundidos que los que son trasladados con RCP manual.

CONCLUSIONES

Tanto la AHA como las directrices del ERC reconocen que LUCAS es una herramienta útil en circunstancias en las que hay dificultades para administrar una RCP manual eficaz o segura.

Los estudios han demostrado una presión de perfusión coronaria y un flujo sanguíneo arterial cerebral significativamente mejores cuando se usa LUCAS que cuando se realiza RCP manual.

LUCAS demuestra ser un dispositivo eficaz para la asistencia del PCR.

PÓSTERS

89

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Esther Granados RamosAUTORES
Esther Granados Ramos;
Rocio Sanchez
Rodriguez; Gustavo
Gonzalez Chamoso;CENTROS DE TRABAJO
Gerencia de Atención
Primaria Mallorca

IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN LA POBLACIÓN INFANTIL

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorespiratoria (PCR) supone una de las principales causas de muerte en España. Aproximadamente se producen unas 50.000 paradas cardíacas anuales. La actuación en los 3-4 primeros minutos tras una PCR puede aumentar las posibilidades de supervivencia en más de un 50%.

El objetivo principal de este trabajo es mostrar la importancia de la formación en reanimación cardiopulmonar (RCP) a edades tempranas y cómo este aspecto puede influir en la morbilidad y probabilidad de supervivencia del paciente que ha sufrido una parada cardiorespiratoria.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bibliotecas virtuales Science Direct, Dialnet. Palabras clave: RCP, PCR, formación, educación infantil.

RESULTADOS

Una de las principales cuestiones a tener en cuenta es la necesidad de adaptar la duración de las actividades formativas a cada rango de edad, de modo que en niños de 3 años no superarán los 10-15 minutos, pudiendo alcanzar los 30-40 min en niños de 6 años aproximadamente.

Se han demostrado resultados positivos en los talleres dirigidos a los infantes llevados a cabo en los colegios, donde los niños mediante cuentos, fichas didácticas y ejercicios de destreza motora, aprenden cómo detectar una una PCR, dar aviso al 112/061, colocar al paciente en posición lateral de seguridad correctamente, realizar la maniobra de Hemlich, realizar las compresiones torácicas, etc.

Se ha observado que alrededor de un 85% de los niños son capaces de entender y poner en práctica de forma correcta dichas técnicas tras la formación.

CONCLUSIONES

Se ha comprobado que para una buena educación en RCP, los objetivos y metodología de estas actividades deben adaptarse a las capacidades del niño, dejando las más complejas para cuando estos alcancen el grado de madurez adecuado. También se ha visto que los docentes suelen ser reacios a impartir esta formación por la falta de conocimientos que tienen sobre el tema, por lo que prefieren que esta sea realizada por un profesional sanitario. No obstante, para una buena enseñanza ambos profesionales deben trabajar en ello de forma conjunta.

PÓSTERS

PRIMER FIRMANTE
Esther Granados Ramos

AUTORES
Esther Granados Ramos;
Rocio Sanchez
Rodriguez; Gustavo
Gonzalez Chamoso;

CENTROS DE TRABAJO
Gerencia de Atención
Primaria Mallorca

EL ICTUS ISQUÉMICO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON CARDIOPATÍA

INTRODUCCIÓN

El Ictus isquémico es una de las principales causas de discapacidad y morbilidad en la población general. Pese a que en la edad pediátrica es una patología poco habitual, hay un determinado grupo de pacientes propensos a sufrir un ictus a edad temprana, como son los que padecen cardiopatías congénitas.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bibliotecas virtuales Scielo, CuidenPlus y Dialnet.
Palabras clave: ictus en pediatría, ictus isquémico, cardiopatía congénita.

RESULTADOS

Se ha comprobado que además de las cardiopatías congénitas, otra de las causas del ictus isquémico pediátrico pueden ser otras patologías cardíacas como tumores, arritmias, infecciones etc. Además de dichos factores de riesgo, los ictus en estos pacientes también pueden estar relacionados con una intervención quirúrgica, ya sea un cateterismo, una cirugía cardíaca, o el uso de técnicas de asistencia ventricular.
Según diversos estudios, el diagnóstico de esta enfermedad puede retrasarse en más de

24 horas en el 60% de los casos ya que la clínica con la que cursa el ictus en edad pediátrica puede ser muy inespecífica, a diferencia que el paciente adulto, y puede confundirse con otras patologías típicas de la infancia. La clínica más frecuente suele ser el déficit motor y las convulsiones. Una minoría de pacientes pueden manifestar fenómenos tromboembólicos asociados, mayormente trombosis venosa profunda. Algunos estudios muestran que entre un 50 y un 80% de los ictus isquémicos en la infancia presentan secuelas neurológicas, y alrededor de un 5 y un 10% epilepsia. Las secuelas ocurren en diferentes áreas: visual, motora, lenguaje, conductual, cognitiva y sensitiva

CONCLUSIONES

Existen múltiples patologías que pueden presentarse en la edad pediátrica, y que debido a su parecida presentación clínica, pueden llegar a confundirse o a infradiagnosticarse. Es por ello que consideramos fundamental insistir en la importancia de realizar un diagnóstico precoz, y monitorizar de manera más exhaustiva a los pacientes con los factores de riesgo mencionados anteriormente, ya que de ello dependerá la calidad de vida de nuestro paciente y sus cuidadores.

PRIMER FIRMANTE
Silvia Gutiérrez
Sandoval

AUTORES
Silvia Gutiérrez
Sandoval;
Noelia Crespo Arroyo;
Nuria Noriega Asensio;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario
Marqués de Valdecilla

¿LOS DISPOSITIVOS DE SOPORTE CIRCULATORIO AUMENTAN LA SUPERVIVENCIA?

INTRODUCCIÓN

Varón de 61 años que ingresa en Cardiología Críticos por parada cardiorrespiratoria (PCR) extrahospitalaria. Como antecedentes personales hipertensión arterial en tratamiento. Mientras realizaba una ruta con un amigo comienza a encontrarse mal. Su amigo alerta a los servicios de emergencia pero 4 minutos antes de su llegada el paciente pierde el conocimiento, durante este tiempo no se realizan maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP). Cuando llega el equipo médico encuentran al paciente en asistolia por lo que se inician maniobras de RCP avanzada. Tras 15 minutos se consigue recuperación de circulación espontánea (RCE).

OBJETIVO

1.Actuar de forma específica para resolver necesidades de salud.
2.Poner en práctica de forma segura, las órdenes y protocolos médicos.

METODOLOGÍA

1.Programa de asistencia ventricular izquierda Impella
2.Programa de sistema de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO)
3.Historia clínica y programas informáticos

RESULTADOS

El paciente llega en situación de shock cardiogénico y es trasladado a hemodinámica, allí se decide implantar Impella. Durante el procedimiento, el paciente sufre nueva PCR comenzando RCP, avisan a cirugía cardiovascular y se implanta ECMO venoarterial. Al iniciar el soporte con Impella se logra RCE. Finalmente se implantó stent en tronco común izquierdo y descendente anterior con buen resultado.
A pesar del soporte con ECMO e Impella, la evolución posterior estuvo marcada por situación de shock distributivo dependiente de vasopresores a altas dosis y por las complicaciones secundarias a un daño multiorgánico establecido y encefalopatía anóxica.
La recuperación cardíaca fue favorable, por lo que se decidió retirar el soporte hemodinámico (ECMO e Impella) después de 5 días. La evolución tras la retirada fue mala, persistiendo situación de shock distributivo y falleciendo dos días más tarde.

CONCLUSIONES

Podemos decir que a pesar de disponer de numerosos dispositivos y avances médicos los primeros minutos de la PCR son cruciales a la hora de determinar los resultados. Sigue siendo escasa la formación en soporte vital básico dirigida a ciudadanos. Tenemos claro quienes son los primeros intervinientes y la función vital que desarrollan dentro de la cadena de supervivencia, pero se sigue invirtiendo más en rehabilitación que en prevención.

PRIMER FIRMANTE
Susana Navalpotro
Pascual

AUTORES
Susana Navalpotro
Pascual;
Noemí García Santa
Basilia; Juan José
Fernández Domínguez;
Henar Onrubia Baticón;
Raúl Soto Cámara; Rosa
María Cárdena García;

CENTROS DE TRABAJO
SUMMA 112

AUTOEFICACIA DE LOS PROFESIONALES DE EXTRAHOSPITALARIA EN LA PANDEMIA CON LA VACUNACIÓN

INTRODUCCIÓN

Durante la pandemia del COVID-19 hubo factores que pudieron afectar positiva o negativamente a los profesionales sanitarios en los servicios de emergencias médicas (SEM). La autoeficacia es un indicador del sentimiento de capacidad de la persona para desarrollar una determinada tarea, y la llegada de la vacuna, pudo ayudar a mejorar su seguridad y rendimiento en los profesionales.

OBJETIVO

- Explorar la percepción de autoeficacia de los profesionales de los SEM en España durante la pandemia de la COVID 19.
- Analizar si existe relación entre la puntuación de autoeficacia y la vacunación de los profesionales.

METODOLOGÍA

Estudio de prevalencia de autoeficacia, con metodología de encuesta, realizado entre el 1 de febrero y 1 de mayo de 2021 en las 19 CCAA. Muestra formada por médicos, enfermeros y técnicos de transporte sanitario (TES), trabajadores de los SEM españoles, por muestreo en bola de nieve utilizando la plataforma e-encuesta. Tamaño muestral estimado de 1066 sujetos (precisión del 3 % y pérdidas del 15 %), obteniendo una muestra de 1669. Variables: autoeficacia, vacunación

(primera dosis/dos dosis) y variables socio-demográficas. Instrumentos de medida: EAG (Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer, considerando la adaptación para población española de Sanjuán, Pérez y Bermúdez). Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables y un análisis comparativo, dada su normalidad, por la prueba T de Student. Aprobado por el CElm Área de Salud Valladolid. Análisis estadístico por Excel.

RESULTADOS

De los 1669 sujetos, 358 no habían sido vacunados, y de los 1311 inmunizados, 436 habían recibido la primera dosis y 820 la vacunación completa. Se aprecian diferencias numéricas entre los vacunados (Promedio 71,1; SD:15,3) y no vacunados (Promedio 69,4; SD:17,4), aunque no son diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, se observa una tendencia a una mayor puntuación en los que habían sido vacunados (p 0,1). Respecto al número de dosis administradas, no se aprecian diferencias entre tener una o las dos.

CONCLUSIONES

La percepción de autoeficacia de los profesionales durante la pandemia ha sido alta. Los profesionales de los SEM han tenido niveles similares de percepción de autoeficiencia si estaban vacunados o no.

PRIMER FIRMANTE
Alexandra van den Hurk
Jiménez

AUTORES
Alexandra van den Hurk
Jiménez; Estefanía Padilla
Álvarez; Laura Muñoz
Castillo; Sergio Jiménez
Piña;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario Son
Espases

BENEFICIOS DE LA SIMULACIÓN PARA EL ÉXITO DE LA REANIMACIÓN EN PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS

INTRODUCCIÓN

Se considera simulación clínica como una técnica docente y no una tecnología, utilizándola de manera correcta, sin exagerar ni minimizar la realidad. Se trata de una técnica interactiva con la intención de sustituir o ampliar, experiencias reales con experiencias guiadas e interactuar en ellas.

OBJETIVO

El éxito de una reanimación cardiopulmonar vinculado con la formación en técnicas de reanimación en entornos de simulación clínica.

METODOLOGÍA

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en Epistemonikos, Scielo, Pubmed, EbscoHost y Cochrane tras definir los descriptores y utilizando booleanos tales como "and", "not" y "or". También utilizamos la búsqueda en bola de nieve.
Criterios de inclusión: artículos de menos de 10 años, utilización de la simulación clínica para la formación de equipos de supervivencia en pediatría y adultos.
Criterios de exclusión: formación de personal no sanitario y otros entornos de simulación tales como extrahospitalaria, ámbito militar y grandes catástrofes.

RESULTADOS

Según la bibliografía consultada la planificación, el liderazgo y la comunicación son considerados como los tres mecanismos de coordinación con efecto directo en el desempeño de una RCP.

Existen estudios que sostienen que los programas de códigos simulados aumentaron la supervivencia hasta un 50% en pacientes pediátricos, motivo que debe motivarnos a seguir aumentando la formación simulada extrapolada a otros entornos.

Se considera el entrenamiento como una herramienta muy eficaz para reforzar los conocimientos y que actúa directamente en la efectividad de la reanimación, además, existe bibliografía relatando que las técnicas de briefing con reproducción de video son consideradas el "estándar de oro" para el aprendizaje en un entorno simulado.

CONCLUSIONES

La simulación mejora los resultados sobre conocimientos, aumenta la confianza en el profesional y mejora el resultado sobre los pacientes. Además los profesionales están más satisfechos cuando realizan formación con prácticas en simuladores de situaciones reales que en otro tipo de talleres.

Por tanto, considerando el objetivo principal de nuestro trabajo, podemos asegurar que la formación en técnicas de reanimación cardiopulmonar en entorno simulado aumenta la supervivencia de los pacientes.

PRIMER FIRMANTE
Maria De Lluc Martinez
Avellaneda

AUTORES
Maria De Lluc Martinez
Avellaneda; Raquel
Celador Fernández;

CENTROS DE TRABAJO
SAMU 061 Illes Balears

¿ES NECESARIO INCORPORAR LA FIGURA DEL MEDIADOR INTERCULTURAL EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA?

PÓSTERS

INTRODUCCIÓN

La asistencia por interpretación carece de comprensión relacionada con los comportamientos y las creencias de los migrantes. En situación de crisis se pasa por alto la información etnográfica y es por ello, que la inmersión en un aprendizaje y la incorporación de un asesor en salud que proporcione seguridad cultural, competencias y capacidad para moverse libremente entre ambas culturas, mejoraría la integración de los migrantes en el sistema de salud.

OBJETIVO

Incorporar un modelo de mediación intercultural en los servicios de emergencias desde un enfoque interdisciplinar y con capacidad comunicacional.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica estructurada: PubMed, Embase, Clinical Keycochrane Library, Web Of Science y Cochrane Library; Estrategia de búsqueda: Cultural competency AND Emergency medical services system; 10 años de antigüedad, basándonos en la evaluación metodológica, nivel de atención prestada y departamento, cualificación profesional de los participantes y muestra, formación previa en interculturalidad y modalidad.

RESULTADOS

La prestación de cuidados se realizaba indistintamente en el departamento de emergencias de 3 niveles asistenciales (Atención Primaria, intra- y extrahospitalaria) y dos en la gestión desde la Central de Coordinación de Urgencias Médicas (CCUM). Paramédicos, médicos, fisioterapeutas, estudiantes de postgrado y doctorado en enfermería, y asesores de migración eran los participantes. En la mitad de los documentos recuperados no se había llevado a cabo formación previa y la otra mitad formaban a los participantes mediante programas de simulación, cursos o sesiones de capacitación cultural, prácticas, tutorías, apoyo electrónico y cursos de inglés como lengua intermediaria. Los principales criterios de resultados fueron que tanto la variación lingüística, las creencias culturales de los proveedores de salud como las limitaciones de tiempo y recursos repercuten en la eficiencia y precisión de respuesta de los servicios de emergencias, cuestionando el derecho de los migrantes a la atención médica.

CONCLUSIONES

La evidencia sugiere que el fin de minimizar la disonancia cultural e integrar la sensibilidad cultural a la práctica habitual se debe abogar por las intervenciones adaptadas culturalmente dado que la traducción de consideraciones clínicas a otros idiomas no permite la comprensión íntegra, acrecentando la vulnerabilidad de estas poblaciones.

PRIMER FIRMANTE
Jose Diego Tendero
Rebollo

AUTORES
Jose Diego Tendero
Rebollo; Romina Crespi
Casajuana; Ana Isabel
Alba Vargas; Antonio
Jimenez Martín; Pedro
Soguer Gómez; Ricardo
Triguero Pérez;

CENTROS DE TRABAJO
FALCK - SEM

EN BUSCA DE LA RETROALIMENTACION

PÓSTERS

INTRODUCCIÓN

La pérdida de la calidad de la compresión torácica durante las maniobras de reanimación en el paciente de parada cardíaca supone una importante pérdida en el porcentaje de oxigenación y supervivencia de la víctima. Los motivos que provocan la pérdida de calidad de la compresión torácica son muy diversos e inicialmente abordables en la etapa de formación.

OBJETIVO

Comparar la fiabilidad, características y aplicabilidad de los sistemas de retroalimentación mecánicos (analógicos) y electrónicos (digitales) evaluadores de la compresión torácica durante las maniobras de reanimación como punto de partida para realizar estudio estadístico de muestreo.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo analizando las publicaciones: Utilidad de un dispositivo luminoso simple para mejorar el aprendizaje del masaje cardíaco, Revista Española de Anestesiología y Reanimación (L. González-Calverte), Manual "Beaty" by Medical Feedback Technologies, Practiman by CPR TRAINING SOLUTIONS, ERVI Equipos de retroalimentación visual by ERVI, Encuestas anónimas formaciones SVB+DEA sobre las

clases prácticas, según formato SEMICYUC-PNRCP de 10 formaciones.

RESULTADOS

- 1.-La velocidad y facilidad de colocación del dispositivo es fundamental.
- 2.-Existen dispositivos portados por el/la reanimador/a pueden aplicarse en aprendizaje y uso real.
- 3.-El uso de acelerómetros en el dispositivo aumenta la fiabilidad de la retroalimentación.
- 4.-La mayoría de dispositivos estudiados de retroalimentación solo corrigen durante la enseñanza.
- 5.-La mayoría de dispositivos son usados y diseñados para la etapa de formación, los/las alumnos/as creen que en situación real les costará realizar compresiones de calidad.

CONCLUSIONES

Existen dispositivos, que si son utilizados dentro de la misma organización, puede aplicarse su uso tanto en la etapa de aprendizaje como en los casos, así el usuario se familiariza con una única herramienta de retroalimentación. El/la alumno/a durante el uso de dispositivos de retroalimentación integrado en los maniqués cree que no se asemeja a la realidad. Deben priorizarse aquellos dispositivos que no precisen montaje y/o colocación una vez confirmada la situación parada cardíaca.

98

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Nuria Noriega AsensioAUTORES
Nuria Noriega Asensio;
Silvia Gutiérrez Sandoval;
Noelia Crespo Arroyo;CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario
Marqués - SantanderCASO CLÍNICO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN
PACIENTE CON INFECCIÓN RESUELTA DE COVID-19

INTRODUCCIÓN

Varón de 50 años con factores de riesgo cardiovascular: dislipemia, obesidad, exfumador y exbebedor severo.

Ingreso en Diciembre de 2020 por neumonía bilateral por SARS-CoV-2 con insuficiencia respiratoria grave y síndrome de distrés respiratorio agudo precisando tratamiento en la unidad de cuidados intensivos (oxigenoterapia, corticoterapia, antibioterapia, plasma hiperinmune).

Dos meses después, el paciente es trasladado al servicio de urgencia hospitalaria en ambulancia medicalizada desde el centro de salud, lugar donde sufre episodio de síncope acompañado de disnea intensa, desaturación grave y cianosis que requiere intubación orotraqueal.

OBJETIVO

1. Describir las intervenciones realizadas y la evolución del caso clínico.
2. Aplicar protocolos y órdenes médicas de manera segura.

METODOLOGÍA

1. Historia clínica electrónica del paciente.
2. Programa de soporte mecánico circulatorio tipo oxigenador de membrana extracorpórea (ECMO).
3. Protocolo de cuidados del paciente crítico

cardiológico

RESULTADOS

El paciente se traslada a la Unidad de Cardiología Críticos para monitorización hemodinámica (electrocardiograma, presión arterial invasiva y canalización de catéter Swan-Ganz), valoración de imagen ecocardiográfica transesofágica (dilatación y disfunción severa de ventrículo derecho, aneurisma septo interventricular con foramen oval permeable agudizado por sobrecarga de presión), conexión a ventilación mecánica invasiva con FiO₂ al 100% y administración de terapia farmacológica.

Tras valoración por el servicio de Cirugía Cardiovascular, se implanta soporte cardiorrespiratorio ECMO Veno-Arterial (VA) con mala evolución en las primeras 24 horas (desaturación y sospecha de fenómeno de Arlequín) precisando terapia fibrinolítica urgente, con mejoría posterior. El dispositivo es retirado tras 5 días, con buena tolerancia.

Tras extubación y fisioterapia respiratoria y motora con recuperación funcional, el paciente es dado de alta a la planta de Cardiología tras 12 días de ingreso.

CONCLUSIONES

El programa de ECMO permite realizar esta técnica de forma segura minimizando posibles complicaciones.

En este caso, el dispositivo VA utilizado garantiza un soporte cardiaco y respiratorio completo, consiguiendo la estabilidad del paciente con tromboembolismo pulmonar. La existencia de un equipo multidisciplinar formado y entrenado en la aplicación de este tipo de terapias garantiza el control de cada parte del procedimiento durante su implantación y mantenimiento posterior, lo que permite aumentar la eficacia del tratamiento y mejorar la seguridad del paciente y de los profesionales.

PÓSTERS

99

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Noelia Crespo ArroyoAUTORES
Noelia Crespo Arroyo;
Nuria Noriega Asensio;
Silvia Gutiérrez Sandoval;CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario
Marqués de ValdecillaUSO DE ECPELLA (ECMO +IMPELLA®) EN MIOCARDITIS
POR COVID 19 A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

Ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos Covid el por cuadro de diarrea, vómitos, tos y fiebre. En días previos, refirió disnea en aumento progresivo. Sin antecedentes de interés salvo vacunación con Astrazeneca en marzo. Posteriormente contacto con hijos positivos.

Al tercer día empeora el estado clínico con hipotensión, saturaciones de 95% con O₂ en reservorio 100%. Sentado por intolerancia a decúbito, frío y mal perfundido. En electrocardiograma R amputada de V1-V4 con enzimas cardíacas elevadas y disfunción severa en ventrículo izquierdo, además de derrame pericárdico objetivado en ecocardiograma. Se diagnostica de shock cardiogénico por miocarditis vírica con arterias coronarias normales.

Ante esta situación se decide intubación endotraqueal e implante de Balón de Contrapulsación Intraaórtico, que posteriormente se cambia por dispositivo Impella® y se añade ECMO (Circulación extracorpórea con membrana de oxigenación).

OBJETIVO

1. Actuar conforme a la práctica enfermera para resolver las necesidades de salud del paciente.
2. Ejecutar las órdenes médicas de forma se-

gura, así como los protocolos del servicio.

METODOLOGÍA

1. Historia clínica electrónica del paciente.
2. Protocolos de asistencia circulatoria tipo ECMO e Impella®.
3. Protocolo de cuidados en paciente crítico de cardiología.
4. Protocolo de aislamiento Covid 19

RESULTADOS

Tras 10 días con ECMO-VA y 5 días con Impella®, además de perfusiones de drogas vasoactivas, marcapasos transitorio, transfusión de concentrados de hemáties, terapia empírica anticipada, tratamiento inmunosupresor con bolos de corticoides a altas dosis, ciclo de inmunoglobulinas y Tocilizumab, se objetiva una mejoría clínica notable hasta llegar a la fracción de eyección biventricular completamente recuperada y la desaparición de la insuficiencia mitral.

CONCLUSIONES

El avance de la tecnología aplicada a la práctica médica, ha traído tratamientos muy efectivos en situaciones de shock cardiogénico.

El conocimiento de las herramientas y protocolos por parte del personal facilita la coordinación del equipo multidisciplinar a la hora de responder a situaciones de gravedad, así como a prever una respuesta adecuada.

El resultado obtenido en este caso con la técnica EcPella, ha puesto de manifiesto que el conocimiento de los dispositivos por parte de todo el personal se hace indispensable para acercarnos al éxito de la terapia.

PÓSTERS

MOTIVOS DE CONSULTA EN PCRP

INTRODUCCIÓN

El motivo de consulta es fundamental para orientar um diagnóstico de sospecha y poder ofrecer consejos al alertante mientras se gestiona. Esto influye de manera importante en el pronóstico del paciente.

OBJETIVO

Conocer la relación entre motivos de llamada al CUU y diagnóstico del equipo de emergencias (JEM) que atiende la PCR extrahospitalaria pediátrica.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo, basado en Registro Andaluz de PCRe. Incluidos pacientes hasta 16 años entre enero/2008 y diciembre/2018. Como variables las características de los pacientes, motivo de consulta, tipificación de demanda y diagnóstico.

RESULTADOS

Se ha registrado una casuística de 12465 casos de PCRe atendidos por EM, de los cuales 275 (2,2%) eran menores de 16 años, con un 62,5% varones y 37,5% mujeres. El motivo de consulta más común es PCR(86 casos, 31,3%) que presenta como etiologías más frecuentes la respiratoria(21%), cardíaca(20%), ahogamiento(0,5%) o traumatológica(0,3%). No obstante la más común es des-

conocida(43%).

Englobados en la categoría de inconsciente (76 casos, 27,6%) tenemos como motivo de consulta inconsciente (86,8%), sincope (5,3%), mareo(1,3%), tirado en el suelo(2,6%) o coma(3,9%) de los que destaca causa desconocida como principal(35,5%), traumatológica(9,2%), respiratoria(0,8%) e incluso ahogamiento (0,5%).

La siguiente categoría en frecuencia es "otros"(50 casos, 18,2%) incluyendo llamadas de difícil gestión, habitualmente por falta de colaboración, donde la etiología predominante son las causas traumatológicas(34%) y ahogamiento (24%), y las desconocidas presentaban frecuencia menor(16%).

La casuística traumática(35 casos, 1,1%) tiene una alta concordancia entre el motivo de consulta y la etiología dado que las causas suelen ser claras, electrocución(5,7%), ahogamiento(14,3%), traumatismos (71,4%). Finalmente en patología respiratoria(27 casos, 9,8%) aunque los motivos están claramente relacionados con la etiología como disnea(88,9%), asma(3,7%), bebe morado(3,7%), no se identifica la situación de PCR en la llamada.

CONCLUSIONES

La PCRe pediátrica, aunque poco frecuente, presenta un impacto social importante. Uno de los pilares del buen manejo es la rápida identificación de esta situación para comenzar lo antes posible con un soporte mínimo que permita un final exitoso. Tras analizar la correlación entre los motivos de consulta y la etiología de la PCR se observa que existe una pobre correlación entre éstas.

SVB PRIMER INTERVINIENTE EN PCR PEDIÁTRICA EXTRAHOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

En la parada cardiorrespiratoria (PCR) la actuación en los 5 primeros minutos marcará el pronóstico, y esta actuación corresponde a la población general.

OBJETIVO

Conocer el perfil del primer interviniente y actuaciones que realiza en casos de PCR extrahospitalaria pediátrica.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo, basado en Registro Andaluz de PCRe. Incluidos pacientes hasta 16 años entre enero/2008 y diciembre/2018. Como variables características de los pacientes, lugar del suceso, presencia de testigos, soporte vital previo de primer interviniente (SVP) y resultado de la reanimación.

RESULTADOS

De los 12465 casos de PCRe, 275 (2,2%) eran menores de 16 años, con un 62,5% varones y un 37,5% mujeres. El lugar más frecuente donde se presentan las paradas fue el domicilio (101, 36,7%), seguido de la calle 16,7%, centro sanitario 14,5% y "otros" con un 14,2%. En la UVI móvil sólo suceden un 3% de las paradas. Del total de paradas en el 14,9% no hay ac-

tuación por primeros intervinieres. De las que si hay intervención (68%), 33 (17,6%) fueron por un testigo o familiar, realizando masaje y ventilación en 28 casos (84,8%) y sólo 5 (25,2%) con masaje exclusivo. En la mayoría de los casos hay intervención previa de personal sanitario 132 (70,5%), se realizó masaje con ventilación en un 76,5% de los casos y SVA en un 23,5%. Los equipos de emergencias realizan SVA en el 100% de las ocasiones en las que actuaron como primer interviniente, 28 casos (10,2%) del total de PCRe pediátricas. Finalmente de los 147 (78,6%) casos en los que se realiza masaje y ventilación por el primer interviniente 56 (38,1%) llegaron con pulso al hospital, 17 con reanimación durante el traslado y 69 (46,9%) pacientes declarados éxitos (5 fútiles).

CONCLUSIONES

Es notable el gran número de PCRp en la que el primer interviniente es un sanitario, lo que deja entrever que los testigos no sanitarios en pocas ocasiones inician un SVB temprano, aún con la alta incidencia de eventos domiciliarios. El alto porcentaje de pacientes que llegan con pulso al hospital tras un SVB adecuado refuerza la idea de formar a la población en estas maniobras.

PRIMER FIRMANTE
Javier De Blas Esteban

AUTORES
Javier De Blas Esteban;
Sara Laguna;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR

ABORDAJE PSICOLÓGICO COVID 19

INTRODUCCIÓN

La necesidad de responder a una situación pandémica, traumática por su novedad, impacto, intensidad, inseguridad y consecuencias, conlleva un abordaje psicológico nuevo de atención e intervención para afrontar con éxito el trauma generado.

OBJETIVO

Paliar e integrar la pandemia como nueva realidad, facilitando recursos positivos de afrontamiento.

METODOLOGÍA

Realizar un protocolo de intervención de intervinientes, una unidad psicológica COVID 19 en hospital de pandemia de una gran ciudad. Analizar el posible condicionamiento de las activaciones de emergencia de una gran ciudad por el confinamiento.

En una segunda parte se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante una escala voluntaria de 14 variables al personal interviniente de primera línea. Variables de estudio: Presencia de las emociones negativas en su vida cotidiana, pre y post pandemia, tras la primera ola.

Se registran los datos de atención hospitalaria.

Se realiza un análisis estadístico descriptivo de las activaciones de emergencia pre y post

pandemia, meses de marzo, abril y mayo de 2019 y 2020.

RESULTADOS

Escala de Autoevaluación emocional. Muestra: 101 intervinientes. Son relevantes las variables de estrés, pena/tristeza y ansiedad como Emoción Severa, cuyos incrementos son un 90 %, 93,7 % y 76,4 % respectivamente.

La unidad de atención e intervención psicológica hospitalaria realiza 444 intervenciones, 116 presenciales y 328 telefónicas.

Las activaciones de emergencias de marzo/mayo de 2020 respecto a las del mismo periodo de 2019 muestran un aumento de la atención a personas mayores en riesgo social, cadáver en domicilio y en vía pública de un 100%. 83,3% la certificación psiquiátrica. Disminuye la agresión sexual 17,24%, maltrato infantil 66,6%, y violencia de género en 66,7%, y la patología psicosomática 64,1%.

CONCLUSIONES

Las emociones negativas en la vida cotidiana de los intervinientes pre/post pandemia se han incrementado.

Las actuaciones del hospital con intervinientes, pacientes, familiares rescatan habilidades y aptitudes para afrontar la crisis de una forma positiva; disminuyen las consecuencias del trauma, la reactividad al mundo exterior, integrando las experiencias emocionales generadas por el suceso traumático pandémico.

Se constata la correlación del confinamiento del maltrato en las activaciones de emergencias.

PRIMER FIRMANTE
Andrea Díez

AUTORES
Andrea Díez; Belen Pliego;

CENTROS DE TRABAJO
Cs Barrio España

DISPOSITIVO AVANZADO LUCAS EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

INTRODUCCIÓN

La PCR son las siglas conocidas siglas de la Parada Cardiorrespiratoria, en la cual hay un cese espontáneo de la respiración y de la actividad cardíaca. La actuación precoz en una situación de emergencia como esta marca la diferencia. El abordaje por personal sanitario de manera precoz supone el aumento de la posibilidad de supervivencia y la disminución de las complicaciones neurológicas derivadas. A nivel extra hospitalario nos encontramos con la dificultad de mantener la reanimación cardiopulmonar (RCP) durante periodos de tiempo prolongados para la derivación hospitalaria. El dispositivo avanzado LUCAS en casos de RCP supone la compresión mecánica automática, sustituyendo las compresiones manuales.

OBJETIVO

- Revisar las publicaciones relativas al dispositivo LUCAS para ofrecer información a los profesionales actualizada

- Determinar aquellas situaciones en las que la utilización de este dispositivo avanzado de compresión LUCAS este indicado

- Determinar aquellos requisitos para la inclusión del dispositivo LUCAS en situaciones de RCP

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la cual se ha incluido 6 artículos relacionados con el dispositivo LUCAS. Los idiomas elegidos han sido el español y el inglés. Las bases de datos utilizadas han sido Pubmed y Medline. Criterios de inclusión: Periodo de los artículos: 2010-2021 y contener las palabras claves.

RESULTADOS

En 3 de los artículos estudiados destacan la calidad de las compresiones ejercidas por el dispositivo LUCAS en las PCR. La seguridad de estas también se remarca en uno de los artículos, comentando que al utilizar este dispositivo no se ejerce ningún daño en las vísceras abdominales. Uno de ellos recalca el aumento de la calidad de las compresiones junto con una desfibrilación.

Dos artículos se centran en la importancia de la alternativa LUCAS a las compresiones manuales en aquellas situaciones en las que sea beneficio para el paciente mantenerlas durante un tiempo prolongado.

Dos artículos remarcan la no mejoría de las expectativas de recuperación del paciente al utilizar el dispositivo LUCAS, ampliando que la necesidad de ampliar estudios en el futuro.

CONCLUSIONES

El dispositivo LUCAS precisa de conocer su funcionamiento por el personal sanitario previo a su utilización en situaciones de PCR ya que podría suponer el retraso de las compresiones manuales, siendo estas esenciales. Se precisa de ampliar estudios sobre la utilización de dispositivos automático LUCAS.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA EVOLUCIÓN EN LA CANALIZACIÓN DE VÍAS VENOSAS EN PARADA CARDÍACA EN VÍA PÚBLICA EN UNA CIUDAD EN 2002-2018

INTRODUCCIÓN

La PCR (Parada Cardio-Respiratoria) necesita una rápida canalización venosa. Nuevos dispositivos posibilitan opciones de acceso vascular en la PCR y procede conocer este cambio. Pretendemos conocer el tipo de vía canalizada en las PCR en vía pública en una ciudad en 2002 y 2018, y realizar un análisis comparativo.

OBJETIVO

Conocer la evolución de prevalencia de los accesos vasculares utilizados a través de una comparación en los pacientes que han sufrido una PCR en dos periodos: 2002 y 2018. Analizaremos el número de vías intraóseas y centrales. Nuestra hipótesis es que hay un cambio de tendencia.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo. Población: 515 pacientes en dos periodos anuales: 2002 y 2018. Variables epidemiológicas: edad y sexo. Variables independientes: año de recogida. Variables dependientes: tipo y número de vías canalizadas. Estudio descriptivo, valoramos variables cuantitativas descritas con medidas centrales y de dispersión. Inferencial: Normalidad de los datos mediante prueba de Kolmogorov Smirnov. Relación entre variables cuantitativas mediante ANO-

VA y variables categóricas mediante Chi-cuadrado, para las vías centrales que se ha usado la prueba exacta de Fisher. El nivel de significación es $p < 0,05$. SPSS versión 23.

RESULTADOS

515 pacientes: 227 en el 2002 (Edad media: $62,5 \pm 19$, 81,9% varones) y 288 en el 2018 ($65,4 \pm 17,8$ y 76,3% varones) No hay diferencias significativas epidemiológicas. Vías periféricas: 90,2% en 2002, versus 94,4% en 2018 ($p = 0,002$). Se canalizaron dos vías periféricas: 61,9% en 2002 y en el 76,3% en 2018. Es significativa la diferencia en el número de vías intraóseas: 6 (2,6%) en 2002 versus 47 (16,3%) en 2018 ($p < 0,001$). Diferencias en número y porcentaje de vías centrales canalizadas: 54 (23,5%) en 2002 versus 9 (3,1%) en 2018, $p < 0,001$

CONCLUSIONES

Las vías venosas periféricas es el tipo de acceso vascular más utilizado en pacientes en PCR extrahospitalaria. La vía intraósea ha pasado de apenas utilizarse en 2002 a canalizarse en casi una sexta parte de los pacientes. El uso de las vías centrales ha disminuido en este periodo, pasando a usarse de forma residual en el 2018 (3%). Los nuevos dispositivos intraóseos de uso fácil y gran efectividad han generado un cambio en la canalización de accesos venosos.

ATENCIÓN ENFERMERA EN EL SVAE COMO PRIMER RESPONDIENTE EN PARADA CARDIORESPIRATORIA (PCR), SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) E ICTUS

INTRODUCCIÓN

La formación específica de la enfermería en emergencias extrahospitalarias hace que los soporte vital avanzado enfermero (SVAE) sean un primer recurso eficaz en las patologías tiempo dependientes. Con este proyecto damos a conocer la actividad de la enfermería en el SVAE analizando cada detalle de su intervención (técnicas, valoración, etc.)

OBJETIVO

Conocer la actividad de la enfermería en la asistencia a la patología tiempo dependiente como primer respondiente.

METODOLOGÍA

Se analizaron 104 informes asistenciales de patologías tiempo dependientes (PCR, SCA, ICTUS) atendidos por USVAE. Se utiliza método descriptivo, retrospectivo y observacional. Se analizaron las actividades realizadas durante los años 2016 a 2020 en dichas patologías.

RESULTADOS

Se analizaron durante los años 2016-2020, 11361 informes asistenciales de patologías tiempo dependientes de los cuales 104 fueron atendidos inicialmente por un SVAE. Un 42% fueron ICTUS, un 30% PCR y un 28% SCA. En todos ellos inicialmente se canali-

zaron vía venosa periférica (vvp), se extrajo analítica venosa, tomaron constantes y se administró medicación. Más del 90% de las PCR que en primera instancia son atendidas por un SVAE recuperan la circulación espontánea. Hay un aumento de la atención del ICTUS por parte del SVAE de manera inicial..

CONCLUSIONES

Como hemos visto la actividad de enfermería en la USVAE consiste en la valoración inicial del paciente, recogida de constantes vitales, AP, tratamientos y alergias, así como iniciar medidas de soporte vital (vvp, analítica, INR, IOT...) hasta la llegada del recurso definitivo, además de contactar con médico de guardia para indicaciones en la administración de medicación. Y si las circunstancias lo permiten, el traslado del paciente al hospital útil. Ha quedado reflejado que los SVAE son un primer recurso muy útil en las patologías tiempo dependientes, como ejemplo habría que observar que más de un 90% de las PCR atendidas inicialmente por un SVA son recuperadas, en el SCA se identifica y se inicia el tratamiento del dolor si lo hubiera, adelantado mucho trabajo al SVA.[...]

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN UN PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN RURAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

PRIMER FIRMANTE
Gema Fernández Lozano

AUTORES
Gema Fernández Lozano; Ester Armela Sánchez-Crespo; María del Carmen Cutillas Benavente; Miguel Arenas García; Francisco de Borja García Pérez;

CENTROS DE TRABAJO
C.S. Meco

INTRODUCCIÓN

El dolor torácico supone entre el 5 y el 20% de las consultas de urgencias tanto extrahospitalarias como hospitalarias. El mayor reto a la hora de evaluar un dolor torácico se encuentra en saber distinguir una patología potencialmente mortal de otras causas que no comprometan la vida del paciente. Es necesario discriminar con rapidez ciertas causas, ya que el pronóstico del paciente varía considerablemente con el tratamiento precoz.

OBJETIVO

Elaborar un protocolo clínico para unificar los criterios en la atención de los profesionales intentando prestar servicios seguros, efectivos y eficientes, reducir eventos adversos y aplicar la medicina basada en la evidencia estandarizando actividades asistenciales.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica que se inició en diciembre 2020 para encontrar las recomendaciones más actualizadas sobre el tema que pudieran ser aplicadas a un Servicio de Atención Rural.

RESULTADOS

Creación de un protocolo de manejo de los pacientes con dolor

torácico en un Servicio de Atención Rural de la Comunidad de Madrid que consta de dos profesionales, un médico y un enfermero, dentro de un mentalidad de trabajo multidisciplinar y con los recursos disponibles en dicho Servicio.

CONCLUSIONES

Ante un paciente con dolor torácico agudo la principal labor de los profesionales que realizan su labor en un Servicio de Atención Rural es discriminar un dolor torácico urgente de otro menos urgente, para lo que cuentan con la historia clínica, el historial médico, el examen físico y la experiencia previa para establecer una hipótesis diagnóstica.

TECNOLOGÍAS PARA LA EXCELENCIA DURANTE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

PRIMER FIRMANTE
Mari Cruz Santiago San Marcos

AUTORES
Mari Cruz Santiago San Marcos; Esmeralda Gutiérrez Ruiz; Lucía Rodrigo Esteban; María Gracia López Navarro; Roberto Gómez Santos; Eva Caballero Extremera;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario Infanta Cristina

INTRODUCCIÓN

En España se produce una parada cardiorrespiratoria (PCR) cada veinte minutos. El avance de la tecnología en estos últimos años nos proporciona nuevos dispositivos de reanimación cardiopulmonar (RCP) para mejorar la supervivencia de los pacientes tras un paro cardíaco extrahospitalario (PCE).

OBJETIVO

- Revisar las evidencias sobre los dispositivos empleados para conseguir excelencia durante la RCP.
- Conocer las nuevas tecnologías aplicadas a la RCP.

METODOLOGÍA

realizamos una revisión bibliográfica de artículos recopilados en bases de datos de ciencias de la salud (Pubmed, Google Scholar y ScienceDirect), utilizando los descriptores: Cardiopulmonary Resuscitation, Out-of-Hospital Cardiac Arrest, Advanced Cardiac Life Support. Se eliminaron todas las publicaciones anteriores a los últimos cinco años y aquellos que no fueran de acceso libre completo.

RESULTADOS

seleccionamos cinco artículos por título y resumen, donde se abordan los siguientes dis-

positivos:

- Manejo de vía aérea preferiblemente con bolsa-mascarilla (BM) y dispositivo supraglótico.
- Uso de la capnografía para monitorizar la posición del tubo endotraqueal (TET), control de calidad de las compresiones torácicas y detección de recuperación de la circulación espontánea (RCE).
- Ventilación manual frente a ventilación mecánica.
- Desfibriladores con modo semiautomático y la desfibrilación secuencial doble (DSD) con cambio de vectores (actualmente en estudio).
- Compresión mecánica frente a compresión manual, más ventajosa y eficaz. No existen diferencias significativas entre Lucas® y Autopulse®.
- La RCP extracorpórea con membrana de oxigenación extracorpórea veno-arterial (ECMO-VA) como alternativa cuando la RCP convencional falla.
- La vía intravenosa (IV) de elección sobre la vía intraósea (IO).
- La espectroscopia del infrarrojo cercano (NIRS) como indicador de RCE.
- Recomendación del ecógrafo para el diagnóstico de las causas reversibles en la PCR.

CONCLUSIONES

En los metanálisis y estudios observacionales revisados no hay resultados concluyentes. Las PCE se producen en entornos cambiantes y por causas variadas, por lo que, en los estudios realizados en ese contexto, se producen sesgos.

En los últimos años se ha producido un cambio en la evidencia relacionada de la RCP extracorpórea, observando una tendencia favorable.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA USO DEL ÁCIDO TRANEXÁMICO EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO, ¿EVIDENCIA DEMOSTRADA?

PRIMER FIRMANTE
María del Carmen Cutillas Benavente

AUTORES
María del Carmen Cutillas Benavente; Ángel Luis Martín-Sonseca Rodríguez; Rodrigo Pacheco Puig ; Gema Fernández Lozano; Francisco de Borja García Pérez;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital del Henares

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) son un grave problema de salud pública, tanto por sus altas tasas de mortalidad como por las discapacidades que provocan en los pacientes que sobreviven. En relación con el control de la hemorragia, varios estudios y sociedades científicas recomiendan la administración de ácido tranexámico de manera precoz ante una hemorragia. En el año 2010, la enfermedad traumática grave sufre un punto de inflexión con la llegada del ácido tranexámico. El estudio CRASH-2 demostró que, en pacientes con traumatismo y hemorragia extracraneal importante, la administración temprana (8 horas) de ácido tranexámico reduce la mortalidad por hemorragia.

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión consiste en determinar según los estudios que existen hasta el momento, si la administración temprana de ácido tranexámico en pacientes con TCE podría prevenir o reducir la expansión de la hemorragia y así evitar la herniación cerebral y muerte, mejorando el pronóstico de los pacientes.

METODOLOGÍA

Para este estudio se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Medline/PubMed de

la literatura que aborda el tema del uso del ácido tranexámico en los pacientes con traumatismo craneoencefálico en los últimos 10 años, tanto en inglés como en español, con un resultado inicial de 836 artículos que, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, finalmente la selección de estudios sobre los que se ha realizado este trabajo quedó reducida a 22 artículos.

RESULTADOS

La seguridad del uso del fármaco en estos pacientes cuenta con un mayor consenso en la mayoría de los estudios, sin embargo, existe mayor diversidad de opiniones en las indicaciones de su uso en el momento actual, no encontrándose estudios con resultados estadísticamente significativos en cuanto a reducción de la mortalidad. La individualización de cada caso parece imponerse.

CONCLUSIONES

El uso del ácido tranexámico en el paciente con traumatismo craneoencefálico hoy en día sigue siendo un tema muy controvertido. Son necesarios más estudios que arrojen evidencias sólidas sobre su uso, siendo necesario un mayor conocimiento sobre la coagulopatía del TCE. A pesar de ello, las conclusiones del presente trabajo pueden ser esperanzadoras y motivadoras para continuar esta línea de investigación.

LA FORMACIÓN DE LA RCP EN TIEMPOS DE COVID-19

PRIMER FIRMANTE
Francisco José Gómez-Mascaraque Pérez

AUTORES
Francisco José Gómez-Mascaraque Pérez; Juan Antonio Barbolla García; Mónica Penín López;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

INTRODUCCIÓN

El 11 de marzo, la COVID-19 fue declarada pandemia cambiando radicalmente nuestra forma de relacionarnos, actuar y formarnos. El ERC publica las guías RCP-Covid19. La declaración del estado de alarma condicionó sustancialmente la enseñanza de la RCP "tradicional"- práctica y presencial- adaptándola conforme las normas promulgadas fase por fase. Diferenciamos entre i) formación a la ciudadanía-primeros respondientes y ii) sanitarios. Si bien la primera se vio obligada prácticamente a suspenderse, la segunda se mantuvo con muchas restricciones.

OBJETIVO

Conocer la formación impartida en RCP por un Servicio de Emergencias Extrahospitalario, y sus características, tanto a alertantes-primeros respondientes como a sanitarios durante el periodo comprendido entre marzo de 2019 hasta julio de 2021.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo.

RESULTADOS

La formación en materia de RCP a la ciudadanía: alertantes-primeros respondientes

fue inexistente durante todas las fases de la pandemia, siendo reiniciada, tímidamente, a partir del verano de 2021. Durante la primera fase de la pandemia -en la que se suspendieron todas las enseñanzas presenciales-, tampoco se formó al personal sanitario, y comenzamos una transformación tecnológica hacia la formación "online". Posteriormente, retomamos la formación presencial con restricciones de aforo e incluimos medidas de protección y seguridad, abriendo una nueva forma de trabajo presencial segura. Durante el período de referencia, se han impartido 32 acciones formativas en materia de RCP dirigidas a primeros intervinientes y sanitarios, con un total de 672 participantes de los cuales 403 han sido mujeres y 269 hombres con una media de edad de 27 años. La valoración global de los cursos (sobre 5) ha sido de 4,90 puntos para la acción formativa y de 4.95 para los docentes, incluyendo un 4,98 en el apartado de organización. Las acciones formativas han respetado las medidas de seguridad y protección, incluyendo para todos los alumnos y docentes: batas, guantes, gel hidroalcohólico, mascarillas FFP2, y pantallas de protección, además de desinfectar el material después de cada uso.

CONCLUSIONES

La adopción de todas las medidas de seguridad ha permitido impartir una formación imprescindible con una tasa de contagio de 0.

PRIMER FIRMANTE
Manuela López
Castellanos

AUTORES
Manuela López
Castellanos;
Maria Del Carmen De Las
Heras Jurado; Cristina
Barneto Valero; Felix
García Ortega; Angel
Martínez Rodrigo;
Ceferina Cuesta Lopez;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR PC MADRID

PCR RECUPERADA EN VARON DE 8 AÑOS ATENDIDO POR UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

INTRODUCCIÓN

El caso clínico que a continuación se expone, constituye uno de los 45 casos de las paradas cardíacas recuperada en el ámbito pediátrico, entre los años 2002 a 2020 por el Servicio de Emergencias (SEM) objeto del estudio. De ellas, el 48.8% fueron de causa traumática, un 35.5% fueron de causa cardíaca y un 15.5% por otras causas. El 82.25% de estas, evolucionaron sin secuelas neurológicas. Un 80% de esos casos recibieron compresiones cardíacas por testigos y en un 40% compresiones cardíacas y desfibrilación.

OBJETIVO

Mostrar a través de la exposición de un caso de éxito, la importancia de los eslabones iniciales de la cadena de la supervivencia, con el objetivo final de sensibilizar hacia la necesidad de la implantación de desfibriladores semiautomáticos (DEA) en los colegios, así como la de entrenar al personal de los Centros en las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP).

METODOLOGÍA

Varón de 8 años, sin antecedentes cardíacos conocidos. Avisan por desvanecimiento brusco jugando al fútbol. Profesores comienzan con maniobras de RCP precoz y realizan una

primera descarga de DEA a los 4 minutos. Tras una segunda descarga, se objetiva recuperación de pulso. La unidad SVA del SEM procede a: Analgesia, sedo-relajación e intubación OT. La analítica inicial del paciente: PH:6.93, PCO2:79.10, PO2:17.40, EB: -14.10, Lactato:6.98, ECG. Taquicardia sinusal, QT largo, Descenso de ST en I, AVF; V2-V6. Traslado estable.

RESULTADOS

Diagnostico hospitalario: Miocardiopatía Hipertrofica. Ingreso en UCIP sin incidencias. 72 h de termorregulación. Extubación al 4º día. Se implanta un DAI subcutáneo días más tarde. Tras ello, realiza vida normal, no ha tenido descargas del DAI. Desarrollo neuropsicológico adecuado. Revisado a los 6 meses y al año sin secuelas. RMN y EEG sin alteraciones. Mantiene el curso académico y no tiene alteraciones en el comportamiento ni en el sueño.

CONCLUSIONES

Es un caso en el que se cumplieron de forma estricta todas las acciones recomendaciones en la llamada "cadena de la supervivencia". Una cadena en la cual, los primeros eslabones adquieren un peso determinante en el pronóstico final.

PRIMER FIRMANTE
Antonio Borrella Romero

AUTORES
Antonio Borrella Romero;
Cristina Calle Domínguez;
Mizael Lázaro Cubas
Acevedo ; Diana Martín
Reyes; Raúl López Piñas;
Ismael Bravo Tejedor;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

USO DEL DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA) POR PERSONAL NO SANITARIO: NORMATIVA VIGENTE.

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCEH) supone un problema de salud pública. En España se producen unas 15.000 al año, sobreviviendo con buen estado neurológico alrededor de un 10%. Para mejorar este porcentaje, las maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) y desfibrilación deben ser realizadas de forma precoz. Según un estudio elaborado en España (2018) con 1.500 participantes, el 46% de los encuestados habían recibido formación sobre maniobras de resucitación, el 38,3% de los encuestados refirieron sentirse capacitados para actuar en caso de PCR y un 41,3% para utilizar un desfibrilador externo automático (DEA). El 53,6% señaló su preocupación por las consecuencias legales derivadas de no poseer conocimientos adecuados.

OBJETIVO

Revisar el estado actual de la legislación española sobre el uso del DEA en personal no sanitario.

METODOLOGÍA

Revisión de la normativa vigente en materia del uso del DEA por personal no sanitario.

RESULTADOS

El uso del DEA por personal no sanitario está

regulado a nivel nacional por el Real Decreto 365/2009, que delega en las Comunidades Autónomas (CCAA) la autorización de su uso. Todas las CCAA cuentan con su propia legislación. 13 de ellas (Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla la Mancha, Cataluña, C. Valenciana, Extremadura, Galicia, La rioja, Madrid, Navarra y País Vasco) autorizan de forma excepcional el uso del DEA a personal no sanitario sin formación, previa llamada al servicio de emergencias 112. Sin embargo, 4 CCAA (Andalucía, Aragón, Castilla y León Y Murcia) junto con las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, autoriza el uso del DEA a aquellas personas con formación específica, llegando incluso a contemplar la necesidad de renovación de dicha formación cada 1- 3 años.

CONCLUSIONES

La legislación sobre el uso del DEA por legos recae sobre las CCAA. Debido a la asociación entre una desfibrilación precoz y el aumento de la supervivencia en pacientes en situación de PCEH, cada vez más CCAA abogan por recoger en su legislación la habilitación de cualquier ciudadano a usar el DEA, previo contacto con el servicio de emergencias. Sin embargo aún existen CCAA que no recogen esta excepción, siendo necesario acreditar conocimientos en dicha materia.

PRIMER FIRMANTE
Javier Martínez Ariño

AUTORES
Javier Martínez Ariño;
Juan Carlos Cano Bejar;
Maria Jesica Martín
Llorente; Jose Herráez
Domínguez; Sergio Jesús
Gómez De Francisco;
Rafael López Pérez;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS EN PARADAS CARDIORESPIRATORIAS(PCR), SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS(SCA) E ICTUS

INTRODUCCIÓN

Hemos analizado un servicio de emergencias que incorpora la historia electrónica dentro de la cual enfermería maneja los NANDA, NIC, NOC. A través de estos, las enfermeras de dicho servicio dan un punto de calidad a la hora de ejercer los cuidados de urgencia y emergencia, mejorando la asistencia.

OBJETIVO

Cuantificar los diagnósticos, objetivos y las intervenciones más utilizadas en las PCR, SCA e ICTUS.

METODOLOGÍA

Descriptiva, cuantitativa, retrospectiva y observacional.

RESULTADOS

Se han analizado 88 informes asistenciales desde la incorporación de la historia electrónica.

Los diagnósticos más utilizados en el ictus son el riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz 33,33%, temor 10% y confusión aguda 6,6%. En el SCA dolor agudo 25,6%, ansiedad 25,3% y riesgo de la perfusión tisular cardíaca y riesgo de shock con un 12,8%. En la PCR riesgo del deterioro cardiovascular, disminución del gasto cardíaco y patrón respiratorio ineficaz igualados 11,9%, riesgo de la dismi-

nución de la perfusión cardíaca y riesgo de shock 9,5%.

Los objetivos del ictus son estado neurológico 24,32%, perfusión tisular cerebral 13,51% y signos vitales 10,81%. En el SCA control del dolor con un 19,5 %, nivel del dolor y perfusión tisular cardíaca con un 13,04% y en la PCR signos vitales 17,3% y estado circulatorio 13,5%.

Las intervenciones del ictus monitorización de los signos vitales 18%, cuidados de la emergencia 12% y administración de medicación 10%. En el SCA monitorización de los signos vitales 18%, cuidados de la enfermería 12%. En la PCR administración de la medicación 12,85% y monitorización de los signos vitales 11,53%.

CONCLUSIONES

Se aprecia la falta de manejo en los mismos haciendo un uso desmesurado y no del todo correcto; En el ictus destaca el riesgo de perfusión cerebral, cuyo control sería el estado neurológico mediante la monitorización; En el SCA destaca el dolor agudo, con el objetivo de controlarlo mediante manejo de este y monitorización y en la PCR es el riesgo de deterioro cardiovascular lo más destacado con el objetivo de obtener signos vitales mediante administración de medicación.

PRIMER FIRMANTE
Rosa María Jiménez Gallego

AUTORES
Rosa María Jiménez Gallego;
Emma Rosa Ballesteros Cholbi; Fernando Pérez Muñoz; Fernando Martínez Cámara; Carmen María Benito Romeral; María Jesús Matias Garcia;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

TRASLADO EN POSICIÓN DE PRONO EN PACIENTE COVID-POSITIVO SIN AISLAMIENTO DE VÍA AÉREA A PROPOSITO DE UN CASO EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

INTRODUCCIÓN

La posición en prono es una estrategia utilizada en pacientes intubados con SDRA grave desde hace décadas que ha demostrado mejoría en la oxigenación de dichos pacientes. Produce un cambio en la dinámica ventilatoria del paciente, aumentado la ventilación en las zonas dorsales sin afectar a la perfusión, mejorando así la relación Ventilación/perfusión del paciente y reduciendo las áreas de shunt. Se aconseja utilizarlo de forma temprana en el curso del SDRA siendo además una técnica segura y con bajo índice de complicaciones. En cambio existe poca bibliografía en cuanto a esta posición en paciente no intubado y sobre todo en el medio extrahospitalario como posición durante el transporte.

OBJETIVO

Evaluar la posición de prono en paciente Covid-positivo, con alta sospecha de Neumonía bilateral con dificultad respiratoria grave, sin aislamiento de vía aérea en medio extrahospitalario. Evaluar la mejoría de oxigenación y valorar la posibilidad de traslado en dicha posición.

METODOLOGÍA

Caso clínico.

RESULTADOS

Antecedentes de interés: Varón de 41 a, barba, IMC de 34 (Obesidad) , No fumador, PCR+ para SAR-Cov 2 hace 4 días, clínica de 7 días de evolución. Comienza con empeoramiento de la clínica respiratoria ese día y fiebre persistente. Condiciones de la vivienda que dificultan el traslado (4º piso sin ascensor, escalera de difícil maniobrabilidad). Impresiona de gravedad a la llegada, Satp de O2: 60 FR 40 rpm SpFi (Sat perif/FiO2): 75 = SDRA GRAVE

Se decide pasar al paciente a posición de prono tras valorar condiciones adecuadas del lugar e iniciar preparación para aislamiento de vía aérea. Clara mejoría tras dicha posición con Satp de O2 que asciende > 90 % con O2 en reservorio a 15lpm. Permite su traslado del domicilio a la Unidad en condiciones de estabilidad.

Juicio clínico: SDRA grave en paciente Covid con Neumonía bilateral

CONCLUSIONES

La posición de prono en pacientes no intubados es una intervención factible y prometedora para pacientes con SDRA por COVID-19. Tras revisión bibliográfica encontramos que se recomienda la posición de prono temprana y frecuente en pacientes que padecen SDRA asociado a COVID-19; sin embargo, se necesitan ensayos controlados aleatorios antes de sacar conclusiones definitivas.

IMPORTANCIA DE CONOCER LAS MANIOBRAS BÁSICAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) EN EL ÁMBITO DEPORTIVO

INTRODUCCIÓN

Entre el 74 % y el 94 % de las muertes no traumáticas en el deporte son por causas cardiovasculares, muchas de ellas prevenibles con una actuación rápida por parte del personal que presencia la parada cardiorespiratoria.

En la gran mayoría de los casos, el fallecido se trata de un deportista ocasional o amateur. El objetivo principal de este trabajo es demostrar la importancia de la educación en soporte vital básico de la población general.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bibliotecas CuidenPlus, Enferteca y Enfermería21. Palabras clave: RCP, PCR en deportistas, educación para la salud, enfermería.

RESULTADOS

Según un estudio poblacional en España, se investigaron 288 casos de muerte súbita en deportistas, con una incidencia de 0,38 casos/100000 habitantes, el 54 % varones de entre 35 y 54 años.

El 96 % de los casos fueron en deportistas recreativos y en un 99 % fue de origen cardiológico. Los deportes más frecuentes fueron ciclismo (28%), fútbol (18%) y running (17%). Únicamente en 23 casos de los 288 estudiados, la enfermedad fue diagnosticada en vida

(8%) y en un 95% se observó que la víctima tenía factores de riesgo vascular, en su mayoría obesidad.

Diversos estudios indican que la tasa de supervivencia aumenta en 2 o 3 veces si se inician las maniobras de RCP y la desfibrilación precoz.

En concreto, la utilización del Desfibrilador semiautomático antes de que lleguen los servicios de emergencias, estima que aumenta la supervivencia de la víctima en un 25,6 %. Del mismo modo, se ha observado que la supervivencia desciende entre un 7 y un 10 % cada minuto que no se realiza rcp ni se hace uso del desfibrilador.

CONCLUSIONES

La educación sanitaria poblacional en torno a la reanimación cardiopulmonar y la dotación por parte de las entidades de desfibriladores semiautomáticos en zonas deportivas reducirían de forma notable los fallecimientos por parada cardiorespiratoria y mejoraría la supervivencia final de estos. Por ello es necesario una buena formación y actualización periódicamente, no solo por parte del personal deportivo, sino de la población en general. Formación que debería impartirse desde la escuela a edades tempranas.

ACTUACIÓN ANTE EL PACIENTE CRÍTICO CON ENFERMEDAD INFECCIOSA COVID-19

INTRODUCCIÓN

Durante 2020/21 estamos sufriendo una pandemia por la COVID-19. Mayo 2020: tasa de sanitarios contagiados en España, la más alta del mundo, un 24,9%. Hospitales reportan 25-30% plantilla contagiada. Estudio en hospital terciario, Abril 2020, el 41,4% con síntomas.

Durante Agosto y Septiembre 2020, 10.000 sanitarios contagiados cada 14 días. Hasta Agosto 2021, se han informado 150.000.

OBJETIVO

Describir como la filosofía NRBQ de un Servicio de Emergencias Extrahospitalario (SEM) ha podido ser uno de los pilares fundamentales en lograr un bajo contagio de la COVID-19 entre su personal.

METODOLOGÍA

Descriptivo.

RESULTADOS

Nuestro SEM tenía material de protección en todas las ambulancias y especialistas NRBQ desde el año 2006. Manteníamos filosofía NRBQ en intervenciones diarias, cuando era preciso, basada en cuatro pilares, que se modificaron para adecuarse a la intervención COVID: DETECCIÓN: en Septiembre de 2020 con ana-

lizadores serológicos portátiles, se comenzó a realizar test en todos los pacientes críticos o con sospecha clínica.

PROTECCIÓN: en Febrero 2020, teníamos almacenados 7000 trajes tipo 4/5, 500 de otros tipos de penetración y 1000 FFP3. Además, se dotó de 40 capuchas con filtro P3, botas y batas.

ZONIFICACIÓN: alrededor del paciente en anillos. Un primer anillo, el más cercano, con personal que realiza las tareas propias de la asistencia con protección nivel 1B (traje tipo 4/5 a penetración, botas, gafas, FFP2, FFP3 o capucha para labores en vía aérea, pantalla y encintado). Un segundo anillo, externo, con bata y FFP2, para las tareas de apoyo.

DESCONTAMINACIÓN: una vez acabada la intervención, el personal acudía a la base central donde eran descontaminados y desvestidos por especialistas. La unidad era descontaminada también. Contabilizadas 11.000 descontaminaciones.

Toda la plantilla fue testada en varias ocasiones con PCR. Hasta Julio 2020, tasa de contagios: 3,9%. Mayo y Junio 2020, ningún contagio durante mas de dos meses.

CONCLUSIONES

La preparación ante cualquier incidente requiere formación, entrenamiento y material específico.

Es posible que, gracias a la preparación previa ante incidentes NRBQ, se haya conseguido una mínima incidencia de contagios.

La referencia en las intervenciones NRBQ son detección, zonificación, protección y descontaminación.

ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE ACCIDENTES DE BICICLETA OCURRIDOS EN VIAS URBANAS Y EN GRANDES PARQUES EN UNA GRAN CIUDAD EN EL AÑO 2019

INTRODUCCIÓN

El uso la bicicleta es cada vez más frecuente en las grandes ciudades y por tanto los accidentes en los que están implicadas.

OBJETIVO

Comparar entre accidentes producidos en Vía Urbana y en grandes Parques y Vías Ciclistas.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo carácter comparativo, revisando historias de todos los accidentes de bicicleta en Vía Pública, y analizando las siguientes variables: sexo, edad, mes, día semanal, hora, lesiones, casco y resolución. Análisis estadístico: comprobación de normalidad de datos, definiendo una estadística paramétrica o no paramétrica (prueba de Kolmogorov Smirnov). Posteriormente, comparación de medias en función de los factores de estudio. Variables comparadas con la prueba de Chi cuadrado. Nivel de significación de $p < 0,05$. Usado programa SPSS Version 17.0

RESULTADOS

983 accidentes, 22,9% en grandes Parques y Vías Ciclistas ("Parques") y 77,1% en Vía Urbana ("Calles"). En sexo, edad y mes no hay diferencia significativa entre ambos entornos ($p < 0.149$, 0.138 y 0.613).

Por día en "Calles" igual frecuencia mientras en "Parques" los domingos (28,4%) tienen mayor incidencia ($p < 0.000$). En "Parques" más accidentes de 12 a 13 horas (16,0%) y en "Calles" de 20 a 21 horas (9,9%) ($p < 0.000$). Lesión de mayor incidencia en ambos entornos: Contusiones y Heridas (Parques: 51,6% - Calles: 70,1%); seguidos en "Parques" Trauma Ortopédico (21,8%) y Trauma Torácico (11,1%); en "Calles" Trauma Ortopédico (11,6%) y Traumatismo Craneoencefálico (6,5%) ($P < 0.000$). Uso del Casco no indicado en 58% de los Informes. Casco usado en ciclistas accidentados en "Parques" más elevado (36,4%) frente a "Calles" (18,7%) ($P < 0.000$)

Por resolución en "Calles" son las Altas/Altas Voluntarias las más frecuentes (39,4%). En "Parques" son los traslados por SVA (35,6%) ($P < 0.000$)

CONCLUSIONES

Cuando el uso es más recreativo "Parques" hay más accidentes al mediodía y en fin de semana mientras que en "Calles" es al final de la tarde y por día casi igual frecuencia. Motivo principal de atención por Caídas y por Contusiones y Heridas, aumentando en "Parques" los Traumas Ortopédico y Torácico en relación con las "Calles", siendo los traslados por SVA en "Parques" los de mayor incidencia.

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LOS ACCIDENTES DE BICICLETA EN UNA GRAN CIUDAD EN EL AÑO 2019

INTRODUCCIÓN

El uso la bicicleta es cada vez más frecuente en las grandes ciudades y por tanto los accidentes en los que están implicados.

OBJETIVO

Conocer la prevalencia de los accidentes ciclistas en 2019, determinar tipo de pacientes, entorno donde ocurren, lesiones asociadas, clase de incidente, recursos que los atienden y su resolución.

METODOLOGÍA

Se realiza estudio cuantitativo descriptivo revisando todos los accidentes de bicicleta en Vía Pública y atendidos por un servicio de urgencias extrahospitalaria, analizando variables: sexo, edad, hora, día semana, uso del casco, unidad asistencial que asiste y resolución. Se usará para el análisis de las variables el programa SPSS versión 17.0

RESULTADOS

- Mayor número de accidentes los hombres (77,8%) frente a mujeres (22,2%).
- Mayor rango de edad de los accidentados entre 36 y 45 años (22,1%).
- Principalmente en Vías Urbanas (77,1%). En parques y carriles bici (22,9%).
- Entre las 12 y las 13 horas (8,4%) y las 20 y 21 horas (7,6%) mayor frecuencia.
- De Mayo a Octubre más incidencia (media de 11%) excepto Agosto (7,8%).
- De Lunes a Viernes son uniformes los incidentes, aumentando los fines de semana,

con un pico los sábados (18,1%)

- El uso del Casco no se indica en el 58% de los Informes Asistenciales. Cuando se cita, lo llevaban puesto un 22,8% frente al 19,2% del total de incidentes.
- La mayoría son caídas (76,9%), seguidos por accidentes con implicación de otro vehículo (colisión y atropello: 23,1%).
- Los USVB atienden la mayoría (65,54%) siendo también las que más traslados realizan (37,13%).
- La lesión principal son contusiones (65,8%). Seguidas con diferencia sobre el resto de las lesiones los Traumas Ortopédicos (13,94%). No se objetiva ningún fallecido.

CONCLUSIONES

Los accidentes de bicicletas afectan en mayor número a los hombres, se suelen concentrar en fin de semana y meses de temperatura agradable. La mayoría atendidos por contusiones y heridas, seguidas por Traumas Ortopédicos, siendo las Caídas el motivo principal del accidente. La mayoría atendidas por USVB, dándose un gran número de atenciones sin requerir traslado.

PRIMER FIRMANTE
Isabel María García
Camacho

AUTORES
Isabel María García
Camacho;
María Anabel Lisalde
Escobar;

CENTROS DE TRABAJO

RCP EN PRONO ¿UNA REVOLUCIÓN?

INTRODUCCIÓN

McNeil (1989) describió la RCP PRONO como “método Schafer modificado”.

> 100 compresiones x 1 min en zona dorsal o estándar RCP.

Contrapresión en la parte inferior del esternón.

CONDICIONES IDEALES:

- Pronados
 - Monitorización continua
 - Vía aérea asegurada
- UCI QUIRÓFANO

METODOLOGÍA Y MATERIAL

Revisión bibliográfica que incluimos:

- Pacientes pronados debido IQ
- Paciente en UCI pronado por SDRA

Limitaciones:

Solo se describen RCP exitosa
Existía imposibilidad de supinar.

RESULTADOS

1. Evita el contacto de boca a boca
2. Un reanimador es efectivo

- Diferencias significativas en valores fisioló-

gicos como las presiones arteriales y el volumen corriente
- Artículos con monitorización capnógrafa alcanzaron valores >15 mmHg

CONCLUSIONES

- Poca evidencia y artículos sesgados en condiciones IDEALES
- American Heart Association 2010 recomienda mantener la posición prona cuando hay imposibilidad de colocar en posición supina y existe una vía aérea asegurada

PRIMER FIRMANTE
Esther Arias Moya

AUTORES
Esther Arias Moya;
Andreu Mira Galmés;
Eloy Villalba Ballesteros;
Juan José García Líndez;
Mireia Casas Moreno;
Joana Sastre Solivellas;

CENTROS DE TRABAJO
SAMU 061

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS E INDICADORES DE CALIDAD DE LA PCR EXTRAHOSPITALARIA (EH) EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS (SEM). AÑO 2021

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios sobre la Parada Cardiorespiratoria extrahospitalaria (PCR-EH) realizados durante el primer periodo de la Pandemia COVID destacan el empeoramiento de los datos de la fase prehospitalaria de la parada cardiaca, basados fundamentalmente en el aumento de la respuesta por parte del Servicio de Emergencias Médicas (SEM) y en la disminución de la supervivencia al alta hospitalaria.

OBJETIVO

Los objetivos principales se centran en:

- Analizar el proceso de la PCR extrahospitalaria en un SEM a través del cumplimiento de indicadores de calidad publicados en la bibliografía.
- Observar la existencia de mejora en los resultados de la PCR-EH de un SEM tras 1 año de evolución de la Pandemia por COVID19.
- Diseñar estrategias a implementar para mejorar en el proceso asistencial integrado de atención a la PCR.

METODOLOGÍA

Para ello se ha realizado un estudio observacional descriptivo retrospectivo de las PCR asistidas por parte de un SEM en el periodo de enero a abril de 2021. Se incluyen aquellos pacientes con PCR-EH en los que la Uni-

dad de Soporte Vital Avanzado (USVA) han realizado maniobras de resucitación avanzadas.

La información relacionada con los tiempos del proceso se ha obtenido del programa informático del SEM, mientras que los datos correspondientes a los procedimientos clínicos se han obtenido de la revisión de los informes clínicos en soporte analógico (médico/enfermera).

Se excluyen aquellos pacientes en PCR-EH que al llegar el equipo de SVA no inicia o no continua con maniobras de resucitación avanzadas.

RESULTADOS

En el periodo analizado se incluyen a 76 pacientes. A nivel epidemiológico los pacientes asistidos con PCR-EH se caracterizan por tener un promedio de edad de 62,4 años. Siendo la franja de edad de 60-79 años (35,5%) la más frecuente. Por sexo, el hombre ha sufrido en mayor proporción PCR EH (69,74% respecto al 30,26% en mujeres). [...]

CONCLUSIONES

Con relación al año 2020 no hay cambios significativos respecto a distribución por sexo, edad, lugar de la PCR, si bien se objetiva una disminución del porcentaje de PCR presenciada (72% vs 54%), que podría estar relacionada con la no existencia de confinamiento domiciliario en 2021 y un aumento de la asistolia como ritmo inicial de PCR (71% vs 58%), que podría estar condicionado con el retraso en el inicio de maniobras de soporte vital por testigo, ya que hasta en un 46% son las Unidades asistenciales del SEM quienes realizan las primeras maniobras de resucitación, en relación a la familia (21,6%), con el retraso en la solicitud de ayuda al SEM, por aumento de tiempos de respuesta por parte de las USVB/ USVA o por la fisiopatología subyacente que pudiera originar la PCR.[...]

ELEMENTOS BÁSICOS DE DIAGNÓSTICO EN SCACEST

PRIMER FIRMANTE
María Del Carmen
Sendín Martín

AUTORES
María Del Carmen Sendín
Martín; Ana García-
Puente García; Nicolás
Alberto Navarro Rubio;
Olga Ispas; Horacio
Jesus Majul; Jose Ignacio
Prieto Romo;

CENTROS DE TRABAJO
MIR

INTRODUCCIÓN

El SCACEST es una patología grave, cuyo tratamiento inicial va dirigido a la apertura urgente de la arteria responsable por medios farmacológicos o mecánicos. Por tanto es importante diagnosticarlo a tiempo y actuar en consecuencia.

OBJETIVO

Recordar la importancia de realizar una buena anamnesis y ayudarnos de pruebas complementarias, así como activar el código infarto implantado en la región, tan pronto se diagnostique, para garantizar su tratamiento de forma precoz.

METODOLOGÍA

Presentamos el caso de un varón de 65 años con antecedentes personales de HTA, exfumador y cardiopatía isquémica (SCACEST con implantación de stents farmacoactivos en febrero de 2020). El paciente ha sido valorado en consulta de primaria por cólico en fosa renal derecha, secundario a litiasis. Realiza nueva consulta a los 4 días, por dolor en escápula. Al profundizar en la anamnesis, describe dolor opresivo centrotorácico irradiado a zona interescapular y brazo izquierdo, junto a complejo vegetativo, de 20 minutos de evolución. En su centro de salud (rural), se toman constantes y se realiza ECG, obser-

vando RS a 75 lpm, elevación del ST en II, III y aVF con disminución del ST en aVL, v2-v5. Ante SCACEST tipo IAM inferoposterior, se deja monitorizado al paciente con vía periférica, se activa código infarto, se administran cafinitrina sublingual y doble antiagregación oral. Al tiempo, llega el 112, quien se comunica con el servicio de hemodinámica más cercano y procede a su traslado.

RESULTADOS

Al paciente se le realiza coronariografía urgente, que muestra oclusión trombótica intrastent en coronaria derecha (CD) distal; realizándose intervencionismo coronario percutáneo primario (ICP) con implantación de stent farmacoactivo en CD distal, balón farmacoactivo en reestenosis intrastent de CD distal, trombectomía mecánica en intraventricular posterior (IVP) y técnica de Kissing balón final en IVP/PL de CD con resultado angiográfico óptimo. Queda ingresado para optimizar tratamiento y realizar otras pruebas.

CONCLUSIONES

Realizar una adecuada historia clínica y un ECG tan pronto como sea posible son maniobras fundamentales en el diagnóstico del SCACEST. De esta manera, el paciente se beneficia del tratamiento de apertura arterial lo más rápido posible, evitando posibles complicaciones del manejo tardío.

EFFECTIVIDAD DE LA HIPOTERMIA TERAPÉUTICA COMO PROTECTOR NEUROLÓGICO TRAS LA PARADA CARDIORESPIRATORIA

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorespiratoria (PCR) es un problema de primera dimensión en los países desarrollados. Se estima que en nuestro país se originan más de 24.500 paradas cardiorespiratorias extrahospitalarias al año. Los pacientes que sobreviven a una parada cardíaca sufren una lesión por isquemia, que pueden tener repercusiones neurológicas. Para evitar estas secuelas, se utiliza el Soporte Vital Avanzado (SVA), el cual no sólo incluye maniobras de reanimación sino que también se incluyen los cuidados para la recuperación. Entre estos cuidados se encuentra la Hipotermia Terapéutica (HT) para preservar y mejorar las funciones neurológicas. [...]

OBJETIVO

Conocer la efectividad de la hipotermia terapéutica como factor protector neurológico en pacientes que han sufrido una parada cardiorespiratoria.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos científicas a través de la plataforma "Biblioteca virtual" del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL). Se han utilizado principalmente las bases de datos PubMed, Scopus y Cuiden. Los criterios de inclusión utilizados para nuestra búsqueda son: Artículos publicados a partir del año 2002, publicados en inglés y español, a texto completo y de acceso gratuito. Se utilizaron

los descriptores, "Hipotermia Inducida" en el tesoro DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y "Induced Hypothermia" en MeSH (Medical Subject Headings).

Para la elaboración de la pregunta de investigación se ha utilizado la estrategia PICO:

•Población: personas que han sufrido parada cardiorespiratoria

•Intervención: aplicación de la HT.

•Comparación: personas tratados con normotermia

•Resultados: efectividad neuroprotectora de la HT

Se obtuvieron 50 artículos en la búsqueda. Se seleccionaron 20 artículos que cumplieran los criterios de inclusión y solamente se han estudiado 9 artículos que cumplen los objetivos de esta revisión.

RESULTADOS

En el año 2002 se publicó un ensayo clínico prospectivo y aleatorizado. Se realizó en Europa en el que participaron nueve centros de cinco países diferentes. Se incluyeron 275 pacientes que habían sufrido parada cardiorespiratoria y comparaban aquellos pacientes que habían sido sometidos a hipotermia leve (32-34°C) durante 24 horas frente a normotermia. El 55% de los pacientes tratados con hipotermia mostró una recuperación neurológica favorable frente al 39% al grupo de normotermia (RR 1,40; IC 95% 1,08-1,81). [...]

CONCLUSIONES

La lesión neurológica es el elemento a resolver más importante de cara a la supervivencia para mejorar la calidad de vida del paciente que ha sufrido PCR. Tras analizar los diferentes estudios, se evidencia que la hipotermia terapéutica es un tratamiento beneficioso a nivel neurológico y tiene efecto neuroprotector en pacientes que han sufrido una parada cardiorespiratoria.

Actualmente, las principales sociedades científicas: el IL-COR, el ERC la SEMICYUC o el American Heart Association Advisory Committee for Cardiopulmonary Resuscitation indican el uso de hipotermia moderada (32- 34°C) durante 12- 24h en pacientes adultos inconscientes después de una PCR por fibrilación ventricular (FV) (grado de recomendación I, nivel de evidencia B).

NECESIDAD, CREACIÓN Y TRAYECTORIA DEL PUESTO ENFERMERA REFUERZO COVID EN EL CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS (CCU)

INTRODUCCIÓN

En el CCU regulan un médico y una enfermera. Con anterioridad a la Pandemia de Covid 19, se atendían 7000-9000 demandas mensuales, 16000 llamadas entrantes. En marzo del 2020 comienzan las llamadas relacionadas con la pandemia, empiezan a desbordar la central y es necesario reforzarla. En marzo se crean de manera extraordinaria 5 puestos más de reguladores para atender el volumen de llamadas que alcanza las 36.503 (7.123 son clasificadas como “demandas por coronavirus”). A pesar de la creación de un número de teléfono “covid” ajeno al 061 encargado de estas llamadas, el trabajo del CCU no decae y se hace necesario la creación de un puesto “fijo” para poder atender estas demandas sin menoscabar la atención de las demandas urgentes.

OBJETIVO

- + creación de un puesto de enfermera reguladora para atender las “demandas por pandemia”
- + perfil del puesto: funciones, horario.

METODOLOGÍA

Creación: puesto de regulación covid enfermero de 9 a 21 h diario que atenderá:

- Llamadas informativas
- Llamadas por síntomas covid; aplicando el

protocolo vigente (aislamiento, PCR de control, cita con su médico de Atención Primaria)

- Llamadas por pacientes covid positivo solicitando información o por empeoramiento.
- Vacunación: este puesto también gestionará todas las llamadas relacionadas con este tema (información, dudas, efectos secundarios)

RESULTADOS

Desde abril del 2020 hasta septiembre del 2021 ha existido este puesto. Ha atendido llamadas, desde la cita de PCR y de su médico de Atención Primaria, como el aislamiento de personas con síntomas, la resolución de dudas surgidas por la pandemia, por la variabilidad de protocolos y también por las vacunas; así estas demandas no acaban en los servicios de urgencia, evitando saturarlos.

CONCLUSIONES

En marzo de 2020 las llamadas y demandas a nuestro CCU aumentaron por la pandemia. La creación y puesta en marcha de este puesto ha sido fundamental para poder gestionar este volumen de llamadas,

RCP SIN ÉXITO. EXITUS VS DONANTE EN ASISTOLIA EL PAPEL DEL CCU

INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) son una de las tres puertas de entrada al sistema sanitario, junto con la atención primaria y la puerta del hospital; también la más abrupta. La parada cardiorrespiratoria es la emergencia por antonomasia. El Centro Coordinador de Urgencias Sanitarias ejerce un papel determinante, adecuando el recurso más apropiado y minimizando tiempos de atención.

OBJETIVO

Enfatizar la importancia del centro coordinador de urgencias sanitarias, que aporta valor incluso en las circunstancias más desfavorables.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Se recibe aviso en el centro coordinador del 061 de un varón de 43 años que refiere sentirse mareado mientras conduce. Se asigna una SVB (soporte Vital Básico) además de un médico de atención primaria. En el devenir de la conversación con el usuario y, posteriormente, su acompañante, se decide activar SVA (Soporte Vital Avanzado) por deterioro progresivo. A la llegada de la SVA, 16 minutos después, la SVB aún no ha llegado a la escena y encuentran al paciente en asistolia. Tras maniobras de reanimación sin éxito, se

valora la posibilidad de donación en asistolia. El centro coordinador gestiona el proceso. Como resultado de todo ello, se consigue una donación múltiple.

CONCLUSIONES

La presteza en la atención de emergencia, así como la asignación del recurso más adecuado resultan fundamentales para obtener el resultado óptimo. Aunque no esté garantizado. Resultados subóptimos son más deseables que la ausencia de beneficio. Es en este caso en el que resulta relevante el papel de un buen centro coordinador de urgencias sanitarias.

CASO CLINICO HIPERPOTASEMIA, UNA "H" EN LA RCP

PRIMER FIRMANTE
Javier Macias Benito

AUTORES
Javier Macias Benito;
Maria Vidal Marcoval;
Alba Torroja Nievas;
Noemi Hernandez
Sanchez; Dolores Muñoz
Sanchez; Cristina Visus
Dormal;

CENTROS DE TRABAJO
HOSPITAL CLINIC
BARCELONA

INTRODUCCIÓN

La hiperpotasemia se define como la elevación del potasio plasmático por encima de 5,5 mEq/L. que puede determinar complicaciones clínicas fatales.

La estrategia terapéutica consiste en antagonizar los efectos a nivel de la membrana celular, facilitar el ingreso del potasio al espacio intracelular y remover el exceso corporal del ion. Se destaca la importancia del reconocimiento y diagnóstico precoz de las repercusiones clínicas de la hiperpotasemia en los pacientes con riesgo de presentarla. Es un problema prevalente en la práctica clínica y se asiste con frecuencia en los Servicios de Urgencias.

CASO CLÍNICO

Mujer de 75 años con IRC en hemodiálisis y pluripatológica que acude al Servicio de Urgencias por caída al suelo presentando contusión facial sin pérdida de conocimiento, ni dolor torácico. Presenta una exploración física con palidez, consciente y orientada, con una analítica con creatinina de 5.21 mg/dl, Na 131 mEq/l, K 6 mEq/l, Hb 49 g/l; un ECG en ritmo sinusal 60/min sin cambios. Se inicia tratamiento con soporte transfusional, corrección de la hiperpotasemia, la acido-

sis y anibioticoterapia empírica. Posteriormente, realiza desconexión con el medio, seguido de bradicardia y disociación electromecánica. Se realiza SVA, sin recuperación siendo exitus, debido a causa metabólica (hiperpotasemia y acidosis).

DISCUSIÓN

La hiperpotasemia es una de las causas reversibles en las que debemos pensar en caso de PCR. Las alteraciones del ECG están presentes solo en el 66% de los pacientes con hiperpotasemia grave ($K^+ \geq 6,5$ mmol/l).

Según AHA, se recomienda la monitorización de las arritmias para desequilibrio moderado y severo de potasio porque pueden aparecer en cualquier momento sin que se produzcan cambios previos en el ECG.

El ECG es útil para evaluar a los pacientes con hiperpotasemia, con algunas carencias como la habilidad del intérprete, no puede utilizarse para descartarla e incluso puede ser normal en presencia de una hiperpotasemia grave

CONCLUSIONES

La hiperpotasemia constituye la alteración electrolítica más importante por su potencial gravedad siendo una condición que aparece en las guías de RCP de AHA y ERC en el apartado de situaciones especiales junto con acidosis metabólica y anemia.

RCP SCAPE ROOM EN URGENCIAS

PRIMER FIRMANTE
Laura Pabon Lara

AUTORES
Laura Pabon Lara; Javier
Macias Benito ; Noemi
Hernandez Sanchez;

CENTROS DE TRABAJO
HOSPITAL CLINIC
BARCELONA

INTRODUCCIÓN

La incidencia de paro cardiorrespiratorio intrahospitalario anual en Europa se sitúa entre los 1.5 y 2.8 casos por 1000 ingresos hospitalarios. Existe la necesidad de desarrollar programas de formación en habilidades técnicas (cadena de supervivencia, calidad de compresiones) que incluyan formación en habilidades no técnicas (reconocimiento de situación crítica, trabajo en equipo, liderazgo, comunicación), para llevar a cabo una reanimación cardiopulmonar (RCP) de alta calidad con éxito. La gamificación educativa es la encargada de crear propuestas de aprendizaje atractivas e ingeniosas que potencien la resolución de retos planteados (Scape Room).

OBJETIVO

Mejorar la formación y conocimientos de los profesionales de Urgencias sobre soporte vital básico (SVB) y avanzado (SVA) motivándolos, dando a conocer otros métodos de enseñanza y aprendizaje.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un análisis de la necesidad formativa en RCP, SVB y SVA del Servicio de Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona. Va dirigido a las enfermeras y los médicos de Urgencias.

Se escoge la gamificación como herramienta didáctica en formato Scape Room, planteando cinco salas distintas, con unos objetivos de aprendizaje (contenido formativo) y diversos juegos planteados para alcanzarlos. Conocimientos en RCP, habilidades físicas, mentales, de liderazgo y de trabajo en equipo serán necesarios para resolver las pruebas planteadas. La actividad seguirá el protocolo de prevención contra el SARS-CoV2.

RESULTADOS

Se han detectado un total de 14 acciones formativas en forma de pruebas o retos dentro de las 5 salas de Scape. Se formarán a 25 profesionales (en 5 grupos) por 2 sesiones (50 profesionales). El grupo de docentes necesarios para la actividad es de 10 expertos de Urgencias (médicos y enfermeras). El llamamiento a los alumnos será llevado a cabo con un video divulgativo y un formulario de inscripción por grupo. El criterio de selección es por orden de inscripción. Se pasará una encuesta de evaluación pre y post-actividad. Se realizará el 8 de noviembre del 2021.

CONCLUSIONES

Un modelo de gamificación educativa mediante Escape Room permite involucrarse de manera activa y puede ser considerada una nueva herramienta de aprendizaje en los profesionales de Urgencias adquiriendo los conocimientos planteados.

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LOS CURSOS SVIP EN CATALUÑA, ¿SON UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL PEDIÁTRICA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

INTRODUCCIÓN

El curso European Pediatric Immediate Life Support (EPILS) del European Resuscitation Council (ERC) se empezó a impartir en Cataluña en 2008, bajo la denominación local de Soporte Vital Intermedio Pediátrico (SVIP). No fue hasta 2014 que se reconoció como equivalente al EPILS y en 2017 fue acreditado por ERC. Hasta 2020 fue un curso híbrido, con una parte de trabajo a distancia a través de la plataforma Moodle (25 horas) y una parte presencial de 10 horas de duración. Los Centros de Atención Primaria (CAP) son centros de salud de proximidad con equipos pediátricos que atienden emergencias, brindan prevención y salud pública gratuita a menores de 16 años. En 2020 en Cataluña existían 357 CAP.

OBJETIVO

Conocer si esta formación por su estructura y contenidos se adapta a las necesidades formativas de los profesionales de los CAP en la atención a los niños críticamente enfermos y en parada cardíaca, a partir de las encuestas de satisfacción de los participantes. Valorar la calidad de las intervenciones iniciadas en los CAP e identificar propuestas de mejora para las formaciones futuras a partir de las opiniones de los agentes y responsables implicados en la formación de profesionales y asistencia urgente de la zona.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo que analiza las encuestas de satisfacción de los candidatos a proveedores (CP) de los cursos SVIP realizados en los CAP durante el periodo 2008-2020, y los resultados de las entrevistas realizadas a los responsables territoriales de CAP a referentes de los servicios de Urgencias de pediatría (SUP) de zona y de Servicios de Emergencias (SEM).

RESULTADOS

En Cataluña se han realizado 193 cursos SVIP, con un total de 942 CP. 66 cursos (34%) se impartieron en CAP: 16 cursos de 24 asistentes, 4 de 18, 35 de 12 y 11 de 6. El rango de edad fue de 24-66 años, principalmente mujeres (71%). La mayoría eran pediatras (46%), enfermeras (34%) y médicos de familia (20%). El 4% no superó las pruebas evaluativas.

Las encuestas a los candidatos (rango 0-5) mostraron un nivel de satisfacción alto en los ítems evaluados: contenidos teóricos (4.4), habilidades (4.7), metodología de la enseñanza (4.8) y aplicabilidad (4.5). Las sugerencias de mejora reportadas por los participantes fueron: reducir la teoría y aumentar las horas de prácticas en la fase presencial, así como reducir o adecuar los horarios a los turnos de trabajo. [...]

CONCLUSIONES

El curso SVIP permite la formación en el manejo inicial del niño gravemente enfermo y en PC de una forma eficaz y adecuada en los CAP. Si bien esta formación responde a las demandas de los profesionales sanitarios y se ajusta a su perfil y entorno laboral, creemos necesario realizar algunas adaptaciones de horarios y proporcionalidad de contenidos y diseñar un sistema de formación continua y mantenimiento de competencias que se imparta directamente en el centro asistencial.

UN TROMBO DE IDA Y VUELTA

INTRODUCCIÓN

CASO DE ICTUS isquémico CON SHUNT DERECHA-IZQUIERDA SECUNDARIO A FOP

CASO

Varón de 47 años, que tiene como antecedentes personales únicamente una trombo-sis venosa profunda (TVP) en extremidad inferior izquierda en 2014 y ser fumador, que acude a urgencias por clínica de inicio brusco de afasia mixta severa de predominio motor (mutista, se intoxica con órdenes complejas). Hemianopsia homónima izquierda por amenaza. Hemiplejía derecha con hemianestesia ipsilateral asociada. Se activa código ictus y se traslada al paciente a centro de referencia donde se objetiva en tomografía (TAC) craneal oclusión distal de rama de arteria cerebral media izquierda. Se realiza trombectomía mecánica, permaneciendo el paciente estable pero con escasa mejoría clínica, por lo que se procede a realizar resonancia magnética de control que confirma infarto establecido con transformación hemorrágica. Presentó como complicación proceso febril secundario a neumonía por infección Covid-19. Se realiza estudio etiológico y se objetiva en ecocardiograma transtorácico shunt derecha-izquierda secundario a foramen oval permeable (FOP). Presenta estudio serológico, inmunológico, Holter y estudio de hipercoagulabilidad ne-

gativos. Tras largo proceso de rehabilitación el paciente continua con afasia de predominio motor con lenguaje poco fluente pero inteligible nominando con alguna parafasia semántica, con buen comprensión del mismo. Repetición alterada. Presenta hemiparesia braquial derecha proximal 3/5 y distal 0/5, con espasticidad de los dedos en flexión no dolorosa. A nivel crural derecho fuerza 4/5 de predominio distal con marcha autónoma en segador derecho. Sensibilidad conservada. Finalmente, el paciente es diagnosticado de ictus isquémico en territorio de arterias cerebral media y anterior izquierdas (TACI) con transformación hemorrágica en probable relación con shunt derecha-izquierda secundario a FOP. Como conclusión, cabe destacar en este caso clínico, la relación etiológica entre el shunt derecha-izquierda secundario a FOP, con el ictus isquémico sufrido por el paciente.

¿HA SUPUESTO LA PANDEMIA DE COVID-19 UN CAMBIO EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES SUPERVIVIENTES DE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA Y SUS CUIDADOS POSTRESUCITACIÓN?

INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se vieron desbordadas cuando surgieron los primeros brotes del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 en nuestro país y nuestra forma de trabajar se vio afectada por la necesidad de utilización de Equipos de Protección Individual (EPI) que pudieran garantizar la seguridad del personal sanitario. Se establecieron nuevos protocolos con cambios continuos conforme se iban conociendo más datos acerca de la nueva enfermedad y estos hechos tuvieron repercusión en el trato y atención de otras patologías.

OBJETIVO

Determinar si existen diferencias significativas entre las características poblacionales, los procedimientos realizados y los resultados asistenciales obtenidos en pacientes supervivientes de una parada cardiorrespiratoria (PCR) previo al inicio y durante la pandemia de COVID-19.

METODOLOGÍA

Estudiamos un total de 40 pacientes supervivientes de una PCR ingresados en la UCI de un hospital de tercer nivel (25 de ellos con fecha de ingreso en UCI entre 2018 y 2019, y 15 pacientes ingresados en 2020, durante la pandemia de COVID-19).

Comparamos características poblacionales (sexo y edad), datos clínicos al ingreso (puntuación Glasgow Coma Score inicial y primer ritmo monitorizado), etiología de la parada cardiorrespiratoria, procedimientos realizados (si la parada había sido presenciada o no, tiempo sin y bajo flujo, días de ventilación mecánica) y resultados obtenidos (cifras de lactato al ingreso en UCI, niveles séricos de enolasa neuroespecífica, marcadores de daño miocárdico en sangre, pronóstico neurológico y supervivencia).

RESULTADOS

La mayoría de los pacientes ingresados por una PCR recuperada en nuestra UCI fueron varones, tanto durante como previamente a la pandemia (84 y 80% respectivamente). La media de edad se situó entre los 58,1±13,5 años en el período prepandemia y en los 59,5±11,01 años durante la pandemia.

No se encontraron diferencias significativas en el GSC inicial ni en el primer ritmo monitorizado, siendo la asistolia y la fibrilación ventricular los más frecuentemente encontrados. La etiología más frecuente durante ambos períodos de tiempo fue la cardíaca, siendo los síndromes coronarios agudos el diagnóstico más frecuente. [...]

CONCLUSIONES

En nuestra serie, no encontramos diferencias significativas entre ambos períodos de tiempo estudiados, pudiendo determinar que en nuestro medio no se produjeron cambios relevantes en cuanto a las características poblacionales de los pacientes ingresados, los procedimientos y el pronóstico de los pacientes supervivientes de una PCR durante la pandemia de COVID-19 con respecto a períodos anteriores.

¿ES LA ESCALA MIRACLE2 ADECUADA PARA ESTABLECER EL PRONÓSTICO NEUROLÓGICO DE LOS PACIENTES QUE SUFREN UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA REANIMADA?

INTRODUCCIÓN

El pronóstico neurológico va a ser, en la mayoría de los casos de paradas cardiorrespiratorias (PCR) reanimadas, el que marque la evolución y desenlace de los supervivientes. La dificultad que supone estimar de forma precoz el grado de secuelas neurológicas que presentará un paciente que haya sufrido una PCR resucitada, resalta la necesidad de establecer escalas pronósticas que permitan orientar de forma eficaz el riesgo de lesión grave y facilite la toma de decisiones. En este contexto encontramos la escala MIRACLE2 entre otras.

OBJETIVO

Determinar si es posible extrapolar el uso de la escala de pronóstico neurológico MIRACLE2 a pacientes con una PCR de origen cardíaco que ingresan en UCI.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional retrospectivo longitudinal, en el que se analizó una muestra de 44 pacientes consecutivos, diagnosticados de PCR de origen cardíaco entre los años 2014 y 2019 en el servicio de Medicina Intensiva de un hospital de tercer nivel con 40 camas de críticos. Se dividió a los pacientes según su puntuación en la escala MIRACLE2 en tres grupos de riesgo neurológico

y se estudió su correlación con su pronóstico.

RESULTADOS

La mayoría de pacientes ingresados por una PCR cardíaca reanimada fueron varones alrededor de los 60 años y predominantemente obesos. El primer ritmo monitorizado objetivado con mayor frecuencia fue la asistolia. La mayoría de PCR fueron extrahospitalarias, ocurrieron en un lugar público y fueron reanimadas por observadores frecuentemente.

Del total de 44 pacientes, 19 se clasificaron según la escala MIRACLE2 dentro del grupo de alto riesgo, siendo el grupo que en nuestra población presentó mayor porcentaje de PESS ausentes, valores más elevados de Enolasa sérica neuroespecífica y mortalidad (14 en el hospital y otro paciente tras el alta).

CONCLUSIONES

Se ha observado una adecuada reproductibilidad en nuestro medio de la predicción neurológica de la escala MIRACLE2 en los pacientes de PCR de origen cardíaco.

USO DE LA NORADRENALINA EN PCR CON RITMO DE AESP. A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de varón de 12 años que presenta parada cardiorrespiratoria (PCR). Antecedentes familiares: hermano en seguimiento en cardiología por miocardiopatía dilatada (disfunción ventrículo izquierdo). Parada cardiorrespiratoria recuperada, fibrilación ventricular (FV) mayo 2013, portador de DAI desde junio 2013. Antecedentes personales: no refiere. Estudiado en 2013 en el contexto de estudio familiar por tener un hermano afecto de miocardiopatía arritmogénica. En dicho estudio se detectaron extrasístoles ventriculares en electrocardiograma basal, con prueba de esfuerzo normal y sin provocación de arritmias. Holter normal. En octubre de 2016 presenta pérdida de conciencia brusca y ante la ausencia de pulso testigos inician maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP). A nuestra llegada como equipo del 061, el paciente se encuentra en PCR en FV, se inician maniobras de Soporte vital avanzado (SVA), pasando el paciente de un ritmo de FV a actividad eléctrica sin pulso (AESP). [...]

OBJETIVO

Estudiar funcionalidad de la noradrenalina en situación de AESP

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica a cerca del uso de los vasoactivos como la noradrenalina y su repercusión en el éxito de recuperación de PCR.

RESULTADOS

Los estudios de casos analizados en pacientes jóvenes con cifras de PaCo2 normales-elevadas durante las maniobras de resucitación en ritmos de AESP muestran diferencias significativas de recuperación de pulso respecto revisión de casos controles históricos. Algunos autores consideran que miocardio genera una contracción insuficiente para abrir la válvula aortica asociando un estado de shock cardiogenico severo e hipotensión mantenida que disminuye la perfusión coronaria por lo que el uso de drogas vasoactivas como la Noradrenalina puede favorecer a romper este bucle y conseguir la recuperación de pulso.

CONCLUSIONES

En pacientes jóvenes que sufren PCR con ritmo de AESP pueden beneficiarse del uso de perfusión o micro bolos de Noradrenalina durante más maniobras de resucitación asociado a la Adrenalina.

AUTOEXTRICACIÓN COMO ALTERNATIVA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON SOSPECHA DE LESIÓN ESPINAL

INTRODUCCIÓN

En la mayoría de países, los accidentes de tráfico son una de las principales causas de morbimortalidad. Históricamente se ha estimado que entre un 3-25% de las lesiones de medula espinal (LME) son producidas tras un accidente de tráfico, debido principalmente, a una manipulación incorrecta del paciente. Fue debido a esta preocupación que los equipos de asistencia prehospitalaria comenzaron a realizar una inmovilización espinal completa. En base a esta premisa, todos los pacientes eran inmovilizados, aun estando asintomáticos, por el temor a exacerban potenciales lesiones medulares. En el año 2013, surge el concepto de autoextricación, donde es el paciente, guiado o no por el personal sanitario, es el encargado de salir del vehículo por sus propios medios. Los resultados fueron sorprendentes pues los protocolos basados en la autoextricación pueden reducir hasta 4 veces el movimiento de la columna cervical en comparación con las técnicas de rescate convencionales. Actualmente existen solo un puñado de estudios biomecánicos que comparan diferentes procedimientos de extricación. Bajo nuestra perspectiva la escasez de estudio de rigor ha impedido, a día de hoy, generar una recomendación sólida.

OBJETIVO

Determinar si el uso de la autoextricación puede mejorar los resultados del proceso de extricación en los pacientes con sospecha de lesión espinal.

METODOLOGÍA

El trabajo consiste en una revisión bibliográfica sobre la autoextricación de los pacientes tras un accidente de tráfico. Esto fue realizado a través de un análisis crítico de la evidencia actual.

RESULTADOS

La revisión está formada por un total de 14 referencias bibliográficas. Entre ellas se encuentran estudios de simulación, estudios de cohortes, revisiones bibliográficas y guías de práctica clínica.

CONCLUSIONES

En caso de sospecha de lesión de la columna cervical, la autoextricación guiada parece ser la mejor opción. Las técnicas de extricación convencionales pueden registrar hasta cuatro veces más movimiento de la columna cervical durante la extracción. Existe un cumulo de evidencia de que la autoextricación en pacientes alertas con inmovilización mínima o nula de la columna cervical es segura.

EL TIEMPO SI IMPORTA

INTRODUCCIÓN

Varón de 42 años que acude por que lo encuentra su hermano en el piso arreactivo, a la llegada a servicios de urgencias consciente, somnoliento, afásico, no se pude determinar la hora de inicio de síntomas. Antecedentes familiares sin interés. Independiente, cuida a su madre. Niega hábitos tóxicos. Antecedentes personales: trastorno bipolar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

TA:126/87mmhg Temp:35.9° FC:70lpm Sat. 02:98%. Neurológicamente: Consciente, inatento, afasia global, anisocoria pupilar con midriasis de pupila derecha arreactiva, parálisis facial central derecha, anestesia y hemiparesia derecha, NIHSS 25. Analítica: normal. TAC cerebral basal: Borramiento y perdida de diferenciación de corteza insular izquierda. TAC de perfusión: Alargamiento del TTM y del TMax, con disminución del flujo y aumento del volumen en el teórico territorio de la ACM izquierda. Mistmach del 100%. Angio-TC: Defecto de repleción en carótida supraclinoidea que se extiende hasta a ACM y arteria comunicante posterior ipsilateral

JUICIO CLÍNICO

Ictus hiperagudo de ACM izquierda Mistmach 100% ASPECTS 9/10

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Crisis epilépticas, Migraña, Tumores cerebra-

les, infecciones del SNC.

TRATAMIENTO

Trombectomía mecánica de ictus hemisférico izquierdo.

COMENTARIO FINAL

Lo accidentes cerebrovasculares se dividen en isquémicos y hemorrágicos. Cada una se dividen en subtipos que tienen causas, cuadros clínicos, resultados y estrategias de tratamiento algo diferentes. El diagnostico puede hacerse con TC, angiografía por TC. (Método ASPECT se usa para evaluar los cambios isquémico), RM y la TC de perfusión que puede generar mapas que muestran la perfusión del cerebro. El área de penumbra corresponde a tejido recuperable, denominado Mismatch. Esto determina el planteamiento del tratamiento trombolítico más allá del límite tradicional de las 3 horas de evolución, o en aquellos casos sin un inicio conocido (paciente que vive sólo). Las opciones para la terapia de reperfusión que Lhan demostrado ser efectivas incluyen la trombólisis intravenosa y la trombectomía mecánica. El objetivo inmediato de la terapia de reperfusión es restaurar el flujo sanguíneo, el objetivo a largo plazo es reducir la discapacidad y la mortalidad. El factor más importante para el éxito de la terapia de reperfusión del accidente cerebrovascular isquémico agudo es el tratamiento temprano.

¡HAY QUE TENER CUIDADO!

INTRODUCCIÓN

Varón de 51 años es traído porque mientras iba en moto colisiona con un coche, presentando amnesia del episodio con visión borrosa y dolor en rodilla izquierda. Sin antecedentes patológicos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TA:135/75mmhg Temp:36.5° FC:88lpm Sat. 02:99%. Neurológicamente: Consciente, Glasgow 15/15, no focalidad neurológica, lenguaje fluido y coherente, leve diplopía binocular a la visión lejana que es autolimitada y desaparece con la visión monocular. Heridas abrasivas en hemitórax derecho. Dolor, hematoma y limitación funcional en extremidad inferior izquierda. Resto de exploración anodina. TC: pequeño sangrado petequiral intraparenquimatoso frontal derecho y pequeño hematoma subdural hemisférico derecho de aproximadamente 5 mm, ambos agudos. TC de control a las 24 horas: sin cambios significativos respecto al TC previo.

JUICIO CLÍNICO

Pequeño sangrado petequiral intraparenquimatoso y hematoma subdural hemisférico derecho postraumático, fractura de meseta tibial izquierda secundaria a accidente de tránsito.

TRATAMIENTO

Dada la estabilidad neurológica-hemodinámica se decide observación y control por ser-

vicio de Neurocirugía. La fractura de meseta tibial se trata conservadoramente con seguimiento por Traumatología.

COMENTARIO FINAL

Los accidentes de tránsito son la principal causa de muerte, las edades de máximo riesgo son los 15 y 30 años. Las lesiones traumáticas pueden variar desde heridas aisladas menores hasta lesiones complejas que involucran múltiples sistemas de órganos. Todos los pacientes con traumatismos requieren evaluación sistemática para maximizar los resultados y reducir el riesgo de lesiones no descubiertas. El manejo de pacientes con lesiones traumáticas presenta una variedad de desafíos pues requieren una evaluación multidisciplinaria. Dentro de las lesiones, la lesión cerebral traumática ocurre por una lesión en la cabeza que es una de las principales causas de muerte y discapacidad. La TC es la modalidad de imagen preferida debe realizarse lo más rápido posible. El tratamiento quirúrgico se basa en el estado neurológico, generalmente definido por la Escala de coma de Glasgow y hallazgos en los criterios de la tomografía computarizada (TC) de la cabeza, como un gran volumen o grosor del hematoma y evidencia de efecto de masa, incluido el desplazamiento de la línea media a saber: hematoma epidural, hematoma subdural. hemorragia intracerebral.

PRIMER FIRMANTE
Carlos Martorell
Campins

AUTORES
Carlos Martorell
Campins;
Natalia Ramos
Torrens; Luis Alberto
Alba Nieto;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario
Son Espases

IMPORTANCIA DEL MANEJO Y MANIOBRAS DE SVA EN PACIENTES EN DECUBITO PRONO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

INTRODUCCIÓN

Entre el 67-85% de los pacientes en estado crítico hospitalizados en cuidados intensivos por COVID-19 han desarrollado Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA). Una de las técnicas más empleadas como tratamiento coadyuvante para mejorar la ventilación y la supervivencia de estos pacientes es la maniobra del decúbito prono, donde la gestión por parte de enfermería es fundamental para garantizar su realización de manera segura y efectiva.

Las directrices del Consejo de Reanimación (Reino Unido) publicadas en 2014 recomiendan que las compresiones torácicas deben iniciarse sin ningún cambio inicial en la posición en pacientes adultos que tienen un paro cardíaco durante la neurocirugía. Se recomienda monitorizar la calidad de las compresiones torácicas utilizando la curva de presión arterial y del CO2 expirado, tanto en prono como en supino.

Un reciente estudio retrospectivo publicado por Kwon revisó las imágenes de TAC torácico en 100 pacientes en prono y se definió el punto de referencia óptimo para la RCP en prono, como la zona que se correlaciona con la mayor imagen de área transversal del VI, que fue de 0 a 2 segmentos vertebrales por debajo del ángulo inferior de la escápula en al menos el 86% de los pacientes.

OBJETIVO

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es revisar y actualizar la maniobra del decúbito prono como estrategia terapéutica en pacientes con SDRA secundario al COVID-19 sometidos a

VMI, prestando especial enfoque a los cuidados de enfermería para mejorar así la efectividad y evitar posibles complicaciones asociadas.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación secundaria basada en una revisión bibliográfica. Se consultaron las bases de datos MEDLINE, SCOPUS, LILACS e IBECs, con límites: idiomas inglés y castellano y publicación 2010-2021. Se localizaron 99 documentos, siendo seleccionados y revisados 14 artículos científicos.

RESULTADOS

-COMPRESIONES TORÁCICAS

-Iniciar compresiones torácicas con la técnica de compresión sobre la columna torácica sin apoyo externo, sobre los segmentos vertebrales T7-T10

-Activar el sistema RCP de la cama hospitalaria para mejorar la calidad de las compresiones.

-Tras signos de recuperación de circulación espontánea, recomendamos volver al paciente en decúbito supino.

-DEFIBRILACIÓN

-Posición parches: Línea media axilar izquierda y otro en la escápula derecha.

-Es correcta la posición en ambas regiones axilares.

-Se recomienda poner los parches a aquellos pacientes que tengan patologías previas de conducción y/o antecedentes de riesgos

CONCLUSIONES

En el caso del paciente con COVID-19, la atención de un paciente en parada cardíaca implica una generación de aerosoles y una probabilidad de transmisión vírica alta, así como un contacto con el paciente que incrementa significativamente el riesgo de infección cruzada. Por lo que es absolutamente necesario extremar al máximo la seguridad del reanimador y realizar una serie de adaptaciones del algoritmo general que permitan afrontar el nuevo escenario generado en el ámbito de la pandemia por COVID-19.

La aplicación de las maniobras de SVA en pacientes con sospecha o infección confirmada por COVID-19 que estén en posición prono (intubados) puede realizarse con total normalidad, buscando la posibilidad de poner al paciente en decúbito supino cuando sea posible.

PRIMER FIRMANTE
Carlos Martorell
Campins

AUTORES
Carlos Martorell
Campins;
Gema Veiga; Miriam
Martínez Amengual;

CENTROS DE TRABAJO
Quiron Palmaplanas

MODIFICACIONES SUSTANCIALES EN LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DURANTE LA PANDEMIA SARS COVID 19

INTRODUCCIÓN

La pandemia del COVID 19 ha provocado grandes daños a la población y al personal sanitario expuesto. Debido al alto contagio de los sanitarios durante la pandemia, se llevaron a cabo modificaciones potenciales de las guías internacionales existentes de reanimación cardiopulmonar (RCP), con el objetivo de reducir el número de contagios.

En España se ha informado que el 14% del personal de salud fue infectado por el virus. La RCP produce aerosoles, en especial durante las compresiones torácicas, al ventilar y al tratar de establecer una vía aérea avanzada.

OBJETIVO

•El objetivo principal de esta revisión bibliográfica ha sido comparar las actuaciones en las maniobras de reanimación cardiopulmonar en el contexto de la situación de pandemia provocada por el SARS-COV-2. Como objetivos secundarios:

- Establecer medidas consensuadas para reducir el riesgo de transmisión de SARS-COV-2 entre los profesionales que intervienen en una reanimación cardiopulmonar.
- Conocer e identificar los principales factores de riesgo de la transmisión del SARS-COV-2 a los profesionales de la salud durante la reanimación cardiopulmonar.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación secundaria basada en una revisión bibliográfica. Las palabras clave y sus descriptores se configuraron mediante la operación booleana "(CPR AND patient AND COVID19)". Se consultaron las bases de datos MEDLINE, SCOPUS, LILACS e IBECs, con límites: idiomas inglés y castellano y publicación 2010-2021. Se localizaron 74 documentos, siendo seleccionados y revisados 12 artículos científicos.

RESULTADOS

En la mayoría de pacientes ingresados por neumonía SARS-COV-2 han precisado de ventilación mecánica invasiva y cambios posturales en decúbito prono.

Dicha posición ha dificultado la realización de las maniobras de reanimación

Se puede iniciar compresiones torácicas en la posición decúbito prono e incluso desfibrilar, pero en la medida de lo posible debemos poner al paciente en decúbito supino para el correcto manejo

CONCLUSIONES

La pandemia provocada por la enfermedad de la COVID 19 supone un reto para la población y para el personal sanitario, debido a su alta contagiosidad, morbilidad y mortalidad. Además, existe un mayor riesgo de contraer la enfermedad durante las maniobras de la RCP, provocando un aumento de contagios entre los sanitarios. Para su prevención, todo el personal sanitario implicado con pacientes contagiados de COVID 19 o con sospecha, deben contar con equipos de protección individual, antes de iniciar mas maniobras de RCP.

ANÁLISIS DE DATOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE REGISTRO DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA (PCR) EN UN HOSPITAL DE NIVEL II

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria representa un gran problema social, sanitario y económico para la sanidad pública, siendo la principal causa de muerte prematura en España y en los países occidentales. Existen pocos estudios sobre la recogida de datos en las (PCR) y muchos de ellos utilizan distintos métodos y términos, lo cual nos dificulta la comparación de datos, la valoración de la eficacia de las intervenciones, la realización de metaanálisis², etc... En nuestro país no hay un registro estandarizado de los eventos cardíacos que requieren reanimación cardiopulmonar (RCP) siguiendo el método Utstein¹.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue analizar los datos del registro de (PCR) al estilo "Utstein" en un hospital de nivel II, para conocer la realidad del paro cardiorrespiratorio y valorar las deficiencias en la recogida de éstos.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional descriptivo y retrospectivo en un periodo de cinco años consecutivos comprendido entre los meses de marzo de 2016 a marzo de 2021. Se analizó la hoja de registros basada en el método "Utstein" que complementa el perso-

nal de enfermería durante la (PCR) a la misma vez que se cronometran los ciclos de (RCP).

RESULTADOS

Durante los cinco años de implantación de los registros ha habido un total de 66(PCR) de las cuales 14 han sido en 2016, 12 en 2017, 15 en 2018, 16 en 2019, 6 en 2020 y 3 en los 3 primeros meses de 2021. De los 66 registros realizados el 22.7% no fueron cumplimentados correctamente habiendo un déficit tanto en la recogida de datos como en la correcta cumplimentación del registro.

CONCLUSIONES

Este estudio concluye que sigue habiendo un déficit en la recogida de datos y por ello se ha de realizar formaciones al personal para su correcta cumplimentación y simplificar las hojas de registro para que sean más sencillas y rápidas de realizar.

EVOLUCIÓN Y DESENLACE DE PACIENTES INGRESADOS POR PARADA CARDIORRESPIRATORIA

INTRODUCCIÓN

La valoración del daño neurológico de los pacientes recuperados de una parada cardiorrespiratoria es fundamental. Conlleva equilibrar el pronóstico pesimista que puede conducir a la "profecía autocumplida" de malos resultados con la atención prolongada de los pacientes que nunca se recuperarán. La principal causa de muerte de estos pacientes se debe a la decisión de retirar las medidas de soporte (LET). Las directrices actuales recomiendan una estrategia de combinación de varios predictores de mal pronóstico incluidos en la exploración neurológica y pruebas complementarias (EEG, neuroimagen y biomarcadores).

OBJETIVO

Analizar el neuropronóstico tomando como referencia la escala Glasgow Outcome Score (3-5: bueno, 1-2: malo). Analizar la estrategia tomada en los casos en los que se decide LET. Dentro de la misma, establecer el papel de la enolasa en dicha decisión.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. Se incluyen pacientes ingresados por PCR recuperada durante un periodo de 33 meses > 18 años. Excluimos pacientes con traumatismo craneoencefálico.

RESULTADOS

n: 37 pacientes (40,5 % mujeres, 59,5% hombres), edad media 59 años. 56,8% atendidos de forma intrahospitalaria, 40,5 en extrahospitalaria. Causa: 27% arritmias, 24,3% cardiopatía isquémica, 24,3% insuficiencia respiratoria, 13,5% intoxicación medicamentosa y 10,8% hemorragia. Un 48,6% evolucionó favorablemente con pronóstico neurológico bueno; el 51,4% restante se catalogó como malo. De éstos, un 21,6% fallecieron por fallo múltiple de órganos. En el 29,7 % restante se decidió LET. Para la toma de dicha decisión, se combinaron diferentes predictores de mal pronóstico: niveles de enolasa + abolición de N20 (16,2%) y niveles de enolasa + abolición de N20 + neuroimagen (8,1%). El tiempo de limitación medio fue de 6,21 días. La determinación de enolasa no siguió un protocolo establecido; por ello analizamos la cifra máxima registrada en todos los pacientes durante su evolución observándose una relación significativa de dicho valor con respecto al pronóstico (Pico enolasa mal pronóstico: 78,46, OR de 1.06; p 0,01)

CONCLUSIONES

Más de la mitad de los pacientes con mal pronóstico neurológico fallecen por LET teniendo un gran papel en nuestra cohorte la abolición de los N20.

DOLOR TORÁCICO SÚBITO TRAS ESFUERZO ¿QUÉ DEBO CONSIDERAR?

CASO CLÍNICO

Varón de 35 años con antecedente familiar de padre fallecido por TEPA masivo y personal de COVID pasado; reciente vacunación con Astra Zeneca. Consulta por dolor interescapular intenso que se inicia bruscamente con un esfuerzo. Encontrándose en la sala de espera sufre PCR en fibrilación ventricular que revierte a ritmo sinusal tras desfibrilación. En el ECG, elevación de segmento ST anterolateral con hipocontractilidad de la cara lateral y fracción de eyección severamente deprimida en la ecocardiografía. Se realiza coronariografía emergente visualizándose trombosis aguda de DA procediendo a imp stent largo y aspirado del trombo. Primeras troponinas de 3185pg/dl llegando a un pico de 35000. La evolución del paciente fue favorable. Dado el mecanismo de inicio del dolor y, atendiendo a las características de nuestro paciente no debemos olvidar, dentro del diagnóstico diferencial, la disección coronaria espontánea. Aunque es poco frecuente y predomina generalmente en mujeres, un alto índice de sospecha es esencial para un correcto manejo inicial. Nuestro paciente finalmente se diagnóstico de un infarto agudo de miocardio no arterioesclerótico, entidad que afecta a grupos con menor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular.

PRIMER FIRMANTE
Jesus Miguel Gimenez Gutierrez

AUTORES
Jesus Miguel Gimenez Gutierrez; Julio Pelaez Velez; Purificación Fernandez Morales; Antonio Cabezas; Julia Tejero Aranguren;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital clínico de Granada

LA LIMITACIÓN EN LA FORMACIÓN DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

INTRODUCCIÓN

La formación durante la pandemia del COVID ha disminuido bastante entre los residentes tanto de cursos, sesiones y aprendizaje incluso de las cosas básica que todo medico de cualquier especialidad debería saber. Una secuencia protocolizada y ordenada que puede salvar vidas. Cuando nuestro cuerpo entra en parada cardiorrespiratoria el órgano que primero va a sufrir tras la no llegada de oxígeno es el tejido cerebral, tras comprobar que nuestro paciente no respira y no tiene pulso lo primero que deberíamos realizar son las compresiones torácicas para que con el impulso la sangre pueda llegar sin problema y aporte las demandas que necesita nuestro organismo.

OBJETIVO

Analizar la formación que se ha recibido de PCR antes del COVID y después del COVID. Conocer las experiencias.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo y analítico. Encuesta que se realiza a residentes de cualquier especialidad de hospital clínico de granada de forma aleatoria.

RESULTADOS

n: 37 pacientes (69.4% mujeres, 30.6% hom-

bres), edad media entre 25-27 años. La mayoría son residentes de primer y segundo año. La mayoría considera que es necesario conocimientos de RCP avanzada (81.6%). La mitad de los encuestados han estado en una situación de parada, y el 100% empezó con masaje cardiaco, donde solo el 36% sabe con seguridad como utilizar un DEXA. Solo el 11% de los encuestados ha recibido curso de RCP desde marzo del 2020, señalando que el 45% no ha recibido nunca formación sobre este tema.

CONCLUSIONES

La formación en todos los ámbitos durante la pandemia han disminuido por falta de tiempo, de recursos, de excesivo trabajo, teniendo una repercusión negativa en los distintos residentes. El curso de PCR tanto básica como avanzada debería ser obligatorio para todos los médicos ya que nos sirve para patología cardiaca tiempo-dependiente.

PRIMER FIRMANTE
Antonio Martinez
Cabeza

AUTORES
Antonio Martinez
Cabeza;
Purificación Fernandez
Morales; Jesus Miguel
Gimenez Gutierrez; Julio
Pelaez Velez; Teresa
Cruces;

CENTROS DE TRABAJO
MIR 1

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE SCA EN JOVEN DEPORTISTA

CASO CLÍNICO

Varón de 29 años diagnosticado de COVID 20 días antes. Comienza con dolor torácico de características pericárdicas súbitamente mientras realizaba snowboard. En el ECG se visualiza ascenso de ST de forma generalizada con concavidad superior y mínima depresión de PR sin alteraciones segmentarias en la ecocardiografía. Primeras Tnl de 1367 pg/dl ingresándose con el diagnóstico de mio-pericarditis dada la edad y antecedente viral. Curso tórpido en las 12 horas consecutivas con inestabilidad hemodinámica, mostrando hipocontractilidad generalizada del ventrículo izquierdo con FEVI severamente deprimida en nuevo control. En la coronariografía se visualiza oclusión trombótica en DA proximal con necesidad de tromboaspiración y colocación de stent. Tras dicho procedimiento el paciente evoluciona de forma favorable. El compromiso cardiológico en pacientes jóvenes sin comorbilidades asociadas tras infección viral suele darse como miopericarditis. Sin embargo, la hipercoagulabilidad en el contexto de COVID 19 está aceptada. Grupos de expertos llaman a no olvidar el infarto en tiempos de pandemia.

PRIMER FIRMANTE
Victoria Maíz Gabino

AUTORES
Victoria Maíz Gabino;
Gabriel Jimenez Moral;
Ángeles Ríos Ángeles;
Susana De Castro García;
María Angustias Gómez
Rojas; Jose Manuel
Palacios Cantarero;

CENTROS DE TRABAJO
EPES 061

REANIMACION CARDIOPULMONAR Y PRIMER INTERVINIENTE ¿MEJORA LA SUPERVIVENCIA DEL PARO CARDÍACO?

INTRODUCCIÓN

La cadena de supervivencia ha demostrado ser la secuencia de actuación mas eficaz frente a la parada cardiorespiratoria (PCR). Siendo necesarios todos sus eslabones, cada vez parece mas claro que los primeros tienen un mayor peso sobre el pronostico de vida y daño neurológico final. El 80% de las Paradas Cardiorespiratorias Extrahospitalarias (PCREH) se producen fuera de entornos sanitarios y son presenciadas por personal no sanitario. La enseñanza de técnicas de RCP (reanimación cardiopulmonar) y una mayor implicación por parte de testigos aumentan las posibilidades de éxito en la Reanimación del paro cardíaco.

OBJETIVO

Conocer y analizar la supervivencia de las PCR atendidas por los Equipos de Emergencias (EE) 061 en Andalucía en las que se estaba realizando RCP previa a la llegada del EE

METODOLOGÍA

Análisis descriptivo retrospectivo de los registros de pacientes en PCR que recibieron RCP por parte de los EE en Andalucía durante el año 2020.

RESULTADOS

625 pacientes fueron atendidos con PCR por

EE en 2020. Recuperan circulación espontánea (RCE) 169 pacientes (27,04%). En 430 casos (68,8%), se realizaba RCP por testigos y 130 de ellos (30,23%) presentaron RCE. Del total de casos que presentan RCE, el 76,92% estaban recibiendo RCP.

Los primeros intervinientes fueron personal lego (48,60%), personal sanitario (40,23%) y otro personal cualificado (11,16%), con una supervivencia del 40%, 37,69% y el 14,61% respectivamente.

Las RCP por testigos las localizamos en domicilio (60%), vía pública (14,18%) y lugares públicos (8,83%), siendo personal lego en un 60% quienes han iniciado las maniobras de RCP en estas ubicaciones.

A la llegada de los EE, presentan ritmo desfibrilable el 17,78% de las PCR, aumentando al 23,25% si recibían RCP previa.

CONCLUSIONES

En los eventos donde se han realizado maniobras de RCP por testigos, han aumentado los porcentajes de RCE, respecto a aquellos en los que no, siendo las realizadas por legos las que mejores resultados arrojan.

Se confirma que la pronta intervención de los testigos supone un cambio significativo en la supervivencia. Es necesario el entrenamiento y concienciación de la ciudadanía en el papel relevante e irremplazable de su intervención en estos eventos.

PRIMER FIRMANTE
Victoria Maíz Gabino

AUTORES
Victoria Maíz Gabino;
Gabriel Jimenez Moral;
Fernando Ayuso
Baptista; Jose María
Villadiego Sánchez; Jose
Carlos González Ranea;
María del Coral Chacón
Manzano;

CENTROS DE TRABAJO
EPES 061

EPIDEMIOLOGIA Y SUPERVIVENCIA TRAS MUERTE SÚBITA CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

Con una incidencia europea entre 67 y 170/100.000 habitantes de la Parada Cardiorrespiratoria Extrahospitalaria (PCR-EH), los Sistemas de Emergencias Médicas (SEM) sólo realizan RCP en el 50-60% de los casos. Implicación de testigos, uso de DEA, RCP telefónica y tasa de supervivencia, varían según los Sistemas Sanitarios. Reconocimiento precoz, inicio de la RCP, registro estandarizado del evento y análisis de los resultados, son elementos indispensables para mejorar la supervivencia.

OBJETIVO

Describir las características epidemiológicas de las PCR-EH atendidas por los Equipos de Emergencias Sanitarias 061 de Andalucía.

METODOLOGÍA

Análisis descriptivo retrospectivo. Del 01-01-20 al 31-12-20. Se incluyen 625 registros de pacientes atendidos por PCR-EH por EE061.

RESULTADOS

Características de los pacientes: 452 hombres (72,3%), edad media 70,46 años $\pm$ 13,18; 165 mujeres (26,4%), edad media 65,84 años $\pm$ 12,79. El ritmo inicial más frecuente fue la Asistolia (61%), FV (18%) y AESP (11%). El 68,8% re-

cibía RCP a la llegada del EE, siendo personal lego el 48,60% de las ocasiones y recibiendo RCP telefónica en el 100% de los casos. 136 pacientes (26,4%) con una edad media de 62,93 años $\pm$ 13,23, llegaron al hospital con recuperación de la circulación espontánea (RCE). El 80% de ellos recibía RCP y su ritmo inicial era desfibrilable. El uso del DEA se registra en 26 casos, usado en el 84,61% por personal sanitario o cualificado. Lugar de asistencia: domicilio (65,12%), lugar público (18,88%) y centro sanitario (7,04%). Con un promedio de 52 PCR-EH mensuales, abril y mayo registran 31 y 38 casos respectivamente.

CONCLUSIONES

La incidencia en 2020 continúa siendo mayor en los hombres y en los domicilios. El ritmo inicial cambia a asistolia, atendida por testigos legos consiguiendo una mejor supervivencia que aquellos que no reciben RCP Básica. En los meses de confinamiento cae el número de PCR, dato que difiere a lo publicado por el European Resuscitation Council sobre el aumento de las PCR en la primera ola de la pandemia. Reanimación por testigos, tiempos de intervención, ritmos iniciales y supervivencia entre otros, se han visto modificados en este año pandémico. Es necesario por ello, un profundo análisis de los datos registrados.

PRIMER FIRMANTE
Laura Virginia Toledano
Mansilla

AUTORES
Laura Virginia Toledano
Mansilla;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario De
Torrevieja

ABORDAJE DE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN UN QUIRÓFANO

INTRODUCCIÓN

El contexto de una parada cardíaca influye directamente en el equipo resucitador y en su organización para resolver el evento. En este caso, se han elaborado 2 algoritmos para dos circunstancias distintas que se pueden dar dentro de un quirófano.

OBJETIVO

- Establecer un plan de actuación dentro de un quirófano en una situación de parada cardiorrespiratoria.
- Analizar los procedimientos asistenciales puestos en marcha hasta el momento y los resultados.
- Mejorar la organización del equipo resucitador.

METODOLOGÍA

Para la elaboración del póster se han revisados los últimos algoritmos de RCP tanto de la ERC como de la AHA. Además, se han recopilado experiencias de profesionales sanitarios de quirófano con la intención de lograr una mejora en el abordaje de la parada cardíaca.

CONCLUSIONES

Se concluye que el entrenamiento constante de las maniobras de RCP dentro de nuestra área de trabajo comprende el éxito en el manejo de estas situaciones. Pueden suceder múltiples situaciones dentro de un quirófano que nos haga vernos obligados a modificar los organigramas de actuación, sin embargo, es imprescindible una organización sencilla, estudiada y eficaz que nos permita a cada profesional conocer la forma de actuar y las competencias de cada uno. El trabajo en equipo y una comunicación eficaz son la base para proporcionar unos cuidados de calidad en una RCP.

VARIABILIDAD EN FUNCIÓN DEL GÉNERO DEL PACIENTE EN EL MANEJO DEL CARDIOCOMPRESOR MECÁNICO EXTERNO DURANTE LA ATENCIÓN A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

Se han publicado estudios que resaltan la influencia del género del paciente durante la asistencia sanitaria y, en especial, en la atención a urgencias y emergencias. Se ha puesto de manifiesto que, ante un mismo diagnóstico clínico, se han ingresado a más pacientes del sexo masculino y que han sido mayores los esfuerzos terapéuticos empleados cuando los enfermos son varones.

OBJETIVO

Analizar si, durante la asistencia a situaciones de parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria, existieron diferencias en el manejo del cardiocompresor, dispositivo que garantiza y mantiene un flujo sanguíneo cerebral y coronario, en cuanto al género del paciente.

METODOLOGÍA

Estudio analítico, prospectivo y multicéntrico con inclusión consecutiva de pacientes ≥ 18 años, atendidos por los Equipos de Emergencia 061_Andalucía, por presentar episodio de parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria de probable etiología cardíaca, según criterios recogidos en estilo Utstein, durante el período comprendido entre el 1 septiembre del 2014 y el 31 agosto del 2015 considerando dos grupos: "Uso Cardiocompresor Mecánico" y "Compresiones Manuales Conven-

cionales".

RESULTADOS

Durante el período estudio, fueron 2.974 los pacientes que se asistieron en situación de inconsciencia, apnea y ausencia de pulso, de los cuales, 967 reunían criterios para el inicio de maniobras de SVA. Entre estos sujetos, 130 se incluyeron en el grupo "Uso Cardiocompresor Mecánico" y 837 en el grupo "Compresiones Manuales Convencionales". En cuanto al sexo del paciente, de los 706 varones atendidos, el cardiocompresor mecánico se empleó en 108, es decir, en el 15,3% de las ocasiones. Si embargo, entre las 261 mujeres atendidas, se usó en 22 situaciones de parada, lo que representa, tan sólo, un 8,4%. Si analizamos cifras absolutas, cuando ha sido empleado el cardiocompresor mecánico, en el 83,08% de las ocasiones los equipos atendían a un paciente del sexo masculino, encontrando una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$), con respecto a su manejo cuando el paciente atendido pertenecía al sexo femenino.

CONCLUSIONES

Hemos encontrado una variabilidad importante en el manejo del cardiocompresor mecánico por los equipos de emergencia durante la asistencia a pacientes que presentan un episodio de parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria influida por el género del paciente.

DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA A PARADA CARDIORRESPIRATORIA

INTRODUCCIÓN

Varón de 67 años, hipertenso, fumador, traído a Urgencias por el 112 por disnea súbita y expectoración serohemática. Refiere que hace años fue estudiado por cardiopatía isquémica, no acudiendo a por los resultados. Refiere episodios previos de dolor torácico irradiado a brazo izquierdo de semanas de evolución, de escasos minutos de duración que se resolvían espontáneamente en reposo, nerviosismo, disnea y edemas bimaleolares, sin cortejo vegetativo ni otra clínica en la esfera cardiovascular. Electrocardiograma realizado tres días antes en su centro de salud con bloqueo auriculo-ventricular de primer grado, hemibloqueo anterior izquierdo, ondas T picudas v1-v3 y descenso del ST v4-v6; su médico le deriva a Urgencias Hospitalarias: el paciente no acude.

Ahora es traído a Urgencias con disnea intensa en reposo, ortopnea y expectoración serohemática. A los 5 minutos entra en parada cardiorrespiratoria (PCR) con actividad eléctrica sin pulso y posteriormente asistolia. Tras veinte minutos de resucitación cardiopulmonar (RCP) con ventilación mecánica y drogas vasoactivas el paciente presenta pulso con electrocardiograma en ritmo sinusal, trasladándose a Cuidados Intensivos (UCI) con diagnóstico de PCR con asistolia secundaria a infarto agudo de miocardio, con des-

censo del ST en derivaciones precordiales, edema agudo de pulmón por shock cardiogénico y alta sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

encefalograma con signos encefalopatía hipóxico-isquémica; TC craneal sin hemorragia o isquemia cerebral aguda; radiografía y TC torácicas sin signos de TEP, pero sí gran derrame pleural y patrón intersticial bilateral "en alas de mariposa". Tras 72 horas en UCI el paciente presenta Glasgow de 3 puntos, mioclonías en miembros, pupilas puntiformes arreactivas, hipoventilación y crepitantes bibasales. Ante la irreversibilidad del cuadro, de acuerdo con familiares, se limita tratamiento de soporte vital. El paciente fallece.

CONCLUSIONES

- La cardiopatía isquémica cursa con clínica muy variada: se incide en la importancia de la historia clínica para su adecuado despistaje, tratamiento precoz y seguimiento.
- La RCP de alta calidad es un pilar fundamental para aumentar la supervivencia de un paciente.
- El estado post-PCR tiene características propias que deben valorarse y manejarse como tal, pues no es suficiente recuperar la PCR, sino buscar la recuperación funcional.

PRIMER FIRMANTE
Sandra Sanz Sáez

AUTORES
Sandra Sanz Sáez; M
Isabel Vázquez García;
Javier Sanz Sáez;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR PC Madrid

HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL ¿CÓMO AFRONTAN LOS SANITARIOS UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA NO RECUPERADA?

INTRODUCCIÓN

Para garantizar la humanización en la asistencia, es preciso prestar atención a las cargas psicológicas que arrastran los sanitarios, ya que influyen en sus acciones. Los profesionales de la salud se enfrentan diariamente a situaciones intensas que se añaden a las intrínsecas de su profesión. Existe una relación importante entre la persona, entorno y el proceso de afrontamiento. Si este afrontamiento no es adecuado, puede desembocar en procesos desadaptativos en la salud mental del trabajador.

OBJETIVO

Conocer las estrategias conductuales de afrontamiento empleadas por los sanitarios ante una parada cardiorrespiratoria (PCR) no recuperada.

METODOLOGÍA

Observacional analítico.
Inclusión: medicina, enfermería, TCAE, TES que hayan atendido una PCR no recuperada; 18-65 años. Exclusión: Estudiantes, desempleados. Ámbito: nacional, urgencias hospitalarias y extrahospitalarias; UCI.
Periodo: septiembre 2021
Variables: sexo, edad, profesión sanitaria, ubicación laboral.
Variable resultado: Afrontamiento
Estadística: medidas centrales, dispersión, frecuencias relativas y absolutas. Contraste hipótesis: normalidad y Pearson.
Recogida datos: Escala COPE-28 abreviada (14 ítems) -Cronbach(=0.707). Se puntuaron las res-

puestas (0="en absoluto" hasta 3="mucho"). Encuesta GoogleForms. Asignación abierta.
Para la valoración, se agruparon los ítems en:
-Focalizado en el problema: activo, planificación, instrumental, aceptación y autoinculpación.
-Focalizado en la emoción: emocional, desahogo, reinterpretación positiva, negación y religión.
-Afrontamiento evitativo: autodistracción, desconexión, uso de sustancias y humor.

RESULTADOS

298 Encuestados. 167 mujeres (56%). Sin diferencia entre edad y sexo (= -0.002).
Ubicación laboral: Extrahospitalaria 67,8%(202); UCI 4,4%(13); Urgencias 27,9%(83).
Profesión y afrontamiento:
-Medicina 24,8%(74): Problema 1,5 puntos(DE:0,4); emoción 0,89 puntos(DE:0,3); evitación 0,6 puntos(DE:0,4)
-Enfermería 39,9%(119): Problema 1,4 puntos(DE:0,5); emoción 0,88 puntos(DE:0,5); evitación 0,7 puntos(DE:0,5)
-TCAE + TES 35,3%(105): Problema 1,3 puntos(DE:0,5); emoción 0,77 puntos(DE:0,4); evitación 0,6 puntos(DE:0,4)

CONCLUSIONES

Las estrategias de afrontamiento empleadas por los diferentes profesionales son comunes: Frecuentemente adoptan una posición enfocada al problema, en ocasiones emplean estrategias emocionales y, finalmente, no tienden a la evitación de la situación. Cabe destacar que para asegurar una buena estabilidad emocional es recomendable el uso flexible de las tres categorías de estrategias.

PRIMER FIRMANTE
Antonio San Juan Linares

AUTORES
Antonio San Juan Linares;
Obdulia Pulido Campos;
Natalia Vanesa González
Puebla; Helena de Olague
Smithson; Miguel Angel
Serrano Rodriguez; Luis
Albino Puebla Ronquillo;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC Ayto MADRID

CASO CLÍNICO PCR NUNCA DEJEMOS DE CREER

INTRODUCCIÓN

Uno de los retos más importantes de los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) es la atención al paciente en parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCREH). El funcionamiento de los eslabones de la cadena de supervivencia es primordial para tener éxito en nuestro objetivo. Presentamos un caso donde lo único imposible es lo que no intentas.

OBJETIVO

Óptimo funcionamiento de la cadena de supervivencia, esencial para el pronóstico del paciente.

METODOLOGÍA

Información Historia Clínica Electrónica (HCE) SEM, seguimiento e Historia al Alta Hospitalaria

RESULTADOS

Varón 52 años presenta pérdida de conocimiento (conductor camión asfaltando) Inicio del evento (30/09/2021 13:08:16) llamada 112 testigos despacho a SEM (13:09:17) Activación SVA (Soporte vital avanzado) + apoyo (13:09:36) Técnicos Central indican maniobras de reanimación (RCP) transtelefónica en ausencia signos de vida, que manifiestan testigos legos primera unidad confirmar PCREH y ritmo desfibrilable SVA (13:17:42) Tiempo inicio evento- 1ª descarga 9' 26". Tiempo de atención por Equipo de SVA - ini-

cio de traslado 47' 18". Recupera pulso a los 30 minutos, tras procedimiento de actuación. Ecocardiografía para valoración entre relevos de masaje, Corrección alteraciones gasométricas. Analítica inicial ph 6,68 HCO3 4,90 BE -30 Lac 6. Ritmo de salida sinusal con elevación ST V2-V6, IAM Anterior como causa de la PCR. Pauta Antiagregación AAS. Necesita sedorelajación, Inestable con soporte vasoactivo.
Preaviso Centro Útil - Sala Hemodinámica para apertura de Arteria responsable infarto (ARI).
Tiempo de traslado 17'. Hora de llegada Hospital (14:22:07).
Hora de apertura de arteria no reflejada, se asume la hora de ingreso (14:56:00).
ARI DA obstrucción proximal Stent farmacológico
Situación del paciente Sala Hemodinámica. IOT VM en IPPV, VT 500ml, PEEP 5 y FiO2 1. Inestable apoyo vasoactivo TAM 60 mmHg, Analítica ph < 7 Lac 17 HCO3 5.
Seguimiento: presenta buena evolución, extubación a las 72 horas, corrección del trastorno metabólico, FEVI 34%. Glasgow-Pittsburgh cerebral performance (CPC) 1. Pasa a planta y dado de alta a domicilio el 08/10/2021 control MAP para proceso de rehabilitación cardíaca.

CONCLUSIONES

-Un ph de 6,68 no nos condicionó
-30 minutos de RCPA no fueron negativos
-Eslabones de la Cadena Excelentes
-CPC1 porque no dejamos de creer

PRIMER FIRMANTE
Jordi Caplliure Llopis

AUTORES
Jordi Caplliure Llopis;
Jose Alberto López
Baeza; Carlos Víctor
Herrero Gil;

CENTROS DE TRABAJO
C. S.Algemesí

RCP PER A TOTS

INTRODUCCIÓN

La muerte súbita extrahospitalaria es un problema de salud pública de gran magnitud: Se estima que en España se produce una parada cardíaca cada 20 minutos, pero a pesar de que está demostrado que la realización de RCP por testigos puede triplicar la supervivencia, solo 1 de cada 5 afectados la reciben. [...]

OBJETIVO

Dado que desde Atención primaria se apremia la educación para la salud y la prevención primaria, el presente proyecto tiene como objetivo implantar unos cursos a personal docente tanto de guarderías como colegios e institutos sobre RCP con un equipo multidisciplinar.

METODOLOGÍA

Estudio de intervención.
El estudio será llevado a cabo en todo un departamento de salud de la Comunidad Valenciana, donde existen 11 zonas básicas y más de 40 poblaciones. Se calcula que la población diana puede ser de alrededor de uno mil docentes.
Este proyecto tiene el aval del comité de RCP del hospital del departamento y la autorización de la dirección del hospital.
El proyecto constará de varias fases:

Fase 1. Formar a personal sanitario.
Se elegirán entre 6 y 12 profesionales de cada zona básica que serán formados tanto en RCP básica pediátrico como RCP básica adulto.
Fase 2. Intervención.
Los docentes realizarán un cuestionario sobre conocimientos básicos de RCP previo a la intervención. Dicha intervención se realizará por grupos no superiores a 15 docentes por cada 4-5 profesionales sanitarios. La intervención será tanto teórica (1h) mediante material audiovisual, como práctica (2,5h) con maniquí.
Fase 3. Valoración.
Tras la intervención, los docentes realizarán otra vez el mismo cuestionario que realizaron previo a la intervención, de modo que se podrá valorar el aprendizaje.
Fase 4. Revaloración.
Pasados 6-8 meses tras la intervención, se volverá a pasar el mismo cuestionario para valorar si los conocimientos adquiridos son correctos.
Fase 5. Estudio estadístico

CONCLUSIONES

- Los resultados del proyecto se comunicarán responsables sanitarios tanto municipales como autonómicos para la posible implantación a nivel autonómico y estatal.
- Según resultados, este proyecto podrá ser extrapolado a otras poblaciones diana.

PRIMER FIRMANTE
Laura Solís Sierra

AUTORES
Laura Solís Sierra; Marta
Paraíso Lopez;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Campo Arañuelo

A PROPÓSITO DE UN CASO DISNEA AGUDA Y PARADA CARDIORRESPIRATORIA

INTRODUCCIÓN

Varón de 29 años con antecedentes médicos de bronquitis asmática, fumador, obesidad mórbida, sin otros factores de riesgo cardiovascular.

Durante los 5 días previos había presentado episodios de tos, con movilización de secreciones y expectoración blanquecina.

La mañana que consulta presenta empeoramiento progresivo de clínica respiratoria, con dificultad respiratoria en ocasiones, por lo que deciden llevarlo al PAC. Estando en este centro, presenta síncope y posterior caída. Objetivan ritmo de asistolia y parada cardiorrespiratoria empezándose con las maniobras de reanimación. Es asistido posteriormente por 112 y tras 20 minutos de maniobras de reanimación y adrenalina en bolo en 4 ocasiones junto con soporte ventilatorio con mascarilla laríngea y VM, el paciente recupera ritmo propio y es trasladado al servicio de urgencias hospitalarias.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En ECG se objetiva ritmo de fibrilación auricular a 60 lpm, con bloqueo completo de rama derecha en probable relación a sobrecarga sistólica del ventrículo derecho.

En gasometría arterial se objetiva acidosis respiratoria con hipoperfusión tisular.

Durante su estancia en urgencias presenta de nuevo ritmo de asistolia y parada cardiorrespiratoria. Se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar por el equipo de urgencias, con ciclos de compresiones torácicas y reevaluación de ritmo cada 2 minutos, precisando hasta 5 bolos de adrenalina IV y una ampolla de amiodarona IV, sin éxito.

Tras 45 minutos de soporte vital avanzado persiste asistolia, por lo que se certifica exitus.

CONCLUSIONES

- El SVA reúne un conjunto de medidas terapéuticas cuyo objetivo final es la resolución o tratamiento definitivo de la situación de parada cardiorrespiratoria. Es necesario un tratamiento integrado con una adecuada coordinación en el equipo que lo realiza para que sea de una manera ordenada y secuencial.
- El inicio de forma inmediata de maniobras de reanimación supone la mejor base y aumento de la supervivencia en este tipo de pacientes.
- El asma bronquial y el tromboembolismo pulmonar están relacionadas con la aparición de una parada cardiorrespiratoria y deben tenerse en cuenta como posibles diagnósticos diferenciales ante un paciente joven con insuficiencia respiratoria aguda.

PRIMER FIRMANTE
Alejandro de la Pinta
Zazo

AUTORES
Alejandro de la Pinta
Zazo;
Amaia Emparanza
García; Marta Pérez
González; Sara Alonso
Gutiérrez; Paula
Berruguete Sambade;
Eva Domínguez del Brío;

CENTROS DE TRABAJO
Complejo Asistencial
Universitario de
Palencia

UN TROMBO DE IDA Y VUELTA

EL CASO CLÍNICO

Varón de 47 años, que tiene como antecedentes personales únicamente una trombo-sis venosa profunda (TVP) en extremidad inferior izquierda en 2014 y ser fumador, que acude a urgencias por clínica de inicio brusco de afasia mixta severa de predominio motor (mutista, se intoxica con órdenes complejas). Hemianopsia homónima izquierda por amenaza. Hemiplejía derecha con hemianestesia ipsilateral asociada. Se activa código ictus y se traslada al paciente a centro de referencia donde se objetiva en tomografía (TAC) craneal oclusión distal de rama de arteria cerebral media izquierda. Se realiza trombectomía mecánica, permaneciendo el paciente estable pero con escasa mejoría clínica, por lo que se procede a realizar resonancia magnética de control que confirma infarto establecido con transformación hemorrágica. Presentó como complicación proceso febril secundario a neumonía por infección Covid-19. Se realiza estudio etiológico y se objetiva en ecocardiograma transtorácico shunt derecha-izquierda secundario a foramen oval permeable (FOP). Presenta estudio serológico, inmunológico, Holter y estudio de hipercoagulabilidad negativos. Tras largo proceso de rehabilitación el paciente continua con afasia de predominio motor con lenguaje poco fluente pero

inteligible nominando con alguna parafasia semántica, con buen comprensión del mismo. Repetición alterada. Presenta hemiparesia braquial derecha proximal 3/5 y distal 0/5, con espasticidad de los dedos en flexión no dolorosa. A nivel crural derecho fuerza 4/5 de predominio distal con marcha autónoma en segador derecho. Sensibilidad conservada. Finalmente, el paciente es diagnosticado de ictus isquémico en territorio de arterias cerebral media y anterior izquierdas (TACI) con transformación hemorrágica en probable relación con shunt derecha-izquierda secundario a FOP. Como conclusión, cabe destacar en este caso clínico, la relación etiológica entre el shunt derecha-izquierda secundario a FOP, con el ictus isquémico sufrido por el paciente.

PRIMER FIRMANTE
Alvaro Pascual Macías

AUTORES
Alvaro Pascual Macías;
Alexander Cardona
Taborda; Matilde
Granados Zapata;
Yasmina Mustafa
Essoussi; María Rus
Martínez; Miguel
Hervás Casado;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Campo
Arañuelo

PARADA CARDIORRESPIRATORIA POR MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN NIÑOS

RESUMEN

La miocardiopatía hipertrófica es una enfermedad de origen genético con prevalencia descendente dada la aparición de nuevas técnicas diagnósticas pero con imperante necesidad de estudio dada sus potencialmente mortales manifestaciones clínicas.

Con este trabajo se persigue presentar el caso familiar de miocardiopatía hipertrófica severa diagnosticado en un niño de 14 años tras muerte súbita con taquicardia ventricular con recuperación posterior tras reanimación cardiopulmonar llevada a cabo por personal docente de su centro educativo y posterior desfibrilación por parte del equipo sanitario del 112. Preciso implantación de desfibrilación automático implantable y estudio familiar diagnosticándose en tres de sus hermanos alteraciones cardiológicas.

Si bien clásicamente se ha descrito que portadores de variantes patogénicas en MYBPC3 están asociadas a penetrancia incompleta, expresividad tardía y un curso clínico no particularmente adverso, no es infrecuente identificar fenotipos severos/eventos adversos, incluso en ausencia de un segundo factor genético/ambiental identificado. La mayor parte de portadores asintomáticos o

con fenotipos leves son mujeres jóvenes. La presencia de hipertrabeculación ha sido reportada entre portadores de variantes en el gen.

En el caso clínico que se presenta, se detecta heterocigosis en una variante alélica nueva (p.Gln761Ter) en el gen MYBPCE, no incluida en la base de datos de mutaciones de genes humanos ni en bases de datos poblacionales en el momento del diagnóstico. Las predicciones bioinformáticas indican que se trata de una variante patogénica que produce una parada prematura de la traducción eliminando regiones funcionalmente importantes para la proteína C de unión a miosina. En resumen, todas las evidencias parecen indicar que p.Gln761Ter es una variante probablemente patogénica.

Se concluye que es fundamental la formación poblacional de las maniobras de reanimación cardiopulmonar. Además, es importante la realización de estudios cardiológicos completos ante sintomatología anómala en niños y adolescentes, completando con estudios familiares ante el diagnóstico de certeza.

PRIMER FIRMANTE
Jorge Garrido
Manosalvas

AUTORES
Jorge Garrido
Manosalvas;
José Antonio Ortiz
Gómez; David Hassam
Anselem;

CENTROS DE TRABAJO
SAMU061 Baleares

RCP REVERSA

INTRODUCCIÓN

Desde que el 1 989 el Dr McNeil publicara el primer estudio sobre la RCP en Decúbito prono, la actual RCP ha cambiado, actualmente fomentada por una respuesta clínica a las complicaciones derivadas de la infección por Covid19, al vernos obligados a posicionar a los pacientes en Decúbito prono, para mejorar la respuesta ventilatoria de estos. A veces, su co-morbilidad y patologías asociadas, empeoraba el estado del paciente y provocaban una situación controvertida, ¿debemos movilizar al paciente al decúbito supino para realizar la RCP?

OBJETIVO

Nuevos Paradigmas de la RCP, que verdaderamente “no son tan nuevos”
Dar una mayor difusión de los avances en RCP
Evidenciar lo que dicen los estudios sobre la RCP en decúbito prono.

METODOLOGÍA

Exhaustiva revisión y Búsqueda bibliográfica.

RESULTADOS

La RCP en Decúbito prono, ha demostrado ser efectiva según los últimos estudios que no solo demuestran un buen soporte hemodinámico y ventilatorio.

Que cómo todas las técnicas de RCP deben ser estudiadas y revisadas, pues tienen sus ventajas e inconvenientes, pero no debemos dejar de lado las posibles ventajas que nos ofrece la RCP en decúbito prono, pues nuestros pacientes deben beneficiarse de los avances y minimizar las posibles comorbilidades.

CONCLUSIONES

Hay estudios que demuestran la eficacia de la RCP en decúbito prono, aunque se deben realizar más estudios que verifiquen esta nueva realidad, pues, puede ser incluso más efectiva que la RCP en la posición tradicional. Por ello hay que estar abierto a nuevos estudios y a un potencial cambio en las posiciones para realizar la RCP, todo ello derivado de la práctica clínica en la pandemia de la COVID19 y de las complicaciones de los pacientes afectados por ella, como de los ulteriores estudios que actualmente se encuentran en marcha.

PRIMER FIRMANTE
Maria Isabel Vázquez
García

AUTORES
Maria Isabel Vázquez
García;
Sandra Sanz Sáez ; Jose
Luis Pérez Sanchez ; Javier
Sanz Sáez ;

CENTROS DE TRABAJO
Samur-PC, Madrid

MANEJO TÉCNICO DEL PACIENTE TRAUMÁTICO PEDIÁTRICO GRAVE. ¿VARIAMOS LA INTERVENCIÓN SEGÚN LA EDAD?

INTRODUCCIÓN

Para los Servicios de Emergencias (SEM) la atención urgente pediátrica supone un desafío, máxime el trauma pediátrico grave por la poca casuística del mismo respecto al adulto, la falta de material adaptado a las características físicas del niño y la menor habituación en las técnicas en los más pequeños. La sistemática de actuación debe ser clara y rápida, optimizando el número de intervenciones para adecuarlas a cada paciente.

OBJETIVO

Buscar si existe asociación entre edad y nº de intervenciones en el trauma pediátrico grave como primera fase para optimizar el nº de intervenciones al mejor pronóstico del paciente.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo. Cohorte de 511 niños menores de 18 años con patología traumática grave atendidos por un SEM entre 2002 y 2020, mediante la valoración de informes asistenciales. Se busca correlacionar la edad del paciente con el nº de intervenciones medias que se realizan en cada grupo.

Variables epidemiológicas: Edad, sexo, tipo de traumatismo. Variables resultado: inter-

venciones realizadas (nº de vías, analítica, drenajes, IOT, inmovilizaciones, analgesia).

Análisis descriptivo con variables centrales y de dispersión. Contraste de hipótesis: normalidad y Pearson. Intervalos de confianza 95%, $p < 0,05$. SPSS 17

RESULTADOS

511 pacientes con edad media 11,4 años(DE: 4,9), 66,1% varones. Tipo de traumatismo: trauma múltiple 42,5%, craneoencefálico(TCE) 34,8%, ortopédico 10,4%, abdominal 5,5%, vertebral 2,5% y torácico 1,8%. El nº de intervenciones medias según patologías son: trauma múltiple con 6,1 (DE:1,9), torácico 5,5 (DE:1,2), TCE 5,4(DE:2), vertebral 5 (DE:1,7), ortopédico 4,8 (DE:1,9) y abdominal 4,6(DE:1,9). Sólo en el TCE se obtuvo significación estadística ($p=0,001$) con correlación con edad $p=0,382$. y nº de intervenciones medias de 5,4(DE:2).

CONCLUSIONES

Existe una asociación directa entre el número de intervenciones y la edad del paciente en el TCE. Conforme aumenta la edad, aumenta ligeramente el número de intervenciones a las que son sometidos. Se sugiere un análisis posterior para valorar su adecuación al pronóstico del paciente según edad.

ECOGRAFÍA PULMONAR UNA HERRAMIENTA UTIL EN EL DIAGNÓSTICO EXTRAHOSPITALARIO NEUMONÍA POR SARS COV-2

INTRODUCCIÓN

Algunas de las causas que produjeron la saturación de los centros hospitalarios, fueron debidas a un déficit de triaje extrahospitalario.

La ecografía pulmonar fue ampliamente utilizada en las plantas hospitalarias para valorar la evolución de los pacientes con neumonía por SARS COV-2. Sin embargo, su utilización fuera del hospital esta reducida a puntuales situaciones.

OBJETIVO

Difundir la experiencia de un Servicios de Emergencias (SEM) con el uso de la ecografía durante la fase álgida de la pandemia, de cara a mostrar la utilidad de esta técnica para diagnosticar y clasificar a estos pacientes.

METODOLOGÍA

Presentamos nuestra experiencia basada en el seguimiento de pacientes que tenían sospecha clínica de COVID-19 o con infección leve confirmada con test de polimerasa viral (PCR) positiva y que estaban recibiendo tratamiento y seguimiento en sus domicilios o en las Residencias de Mayores.

Hemos seleccionado 21 casos patológicos que sufrieron empeoramiento de su situación inicial, desarrollando insuficiencia respiratoria. Para el diagnóstico hemos usado un

ecógrafo portátil con sonda sectorial usando el protocolo ecográfico BLUE.

RESULTADOS

Los patrones ecográficos patológicos que hemos observado son el patrón B1(más de 2 líneas B separadas y ausencia de deslizamiento pleural), en 15 pacientes. Patrón B2, o líneas B confluentes) en 4 pacientes, y Patrón C, consolidación o hepatización pulmonar, en 2 pacientes.

Todos esos hallazgos originaron cambios terapéuticos adecuados a la nueva situación del paciente.

CONCLUSIONES

Sin duda, la muestra es pequeña, pero demostrativa de que esta técnica incruenta y de fácil curva de aprendizaje, puede ayudar en la valoración y clasificación de los pacientes con neumonías intersticiales, incluida la producida por COVID 19.

Y especialmente, en el ámbito de las residencias de mayores, esta técnica constituyó en los periodos que se llevó a cabo un importante apoyo, evitando traslados innecesarios innecesarios que podían provocar, a sus pacientes, una mayor morbilidad en su proceso.

Otra ventaja de la técnica, es que se realiza con el paciente en decúbito supino lo que es especialmente útil para pacientes encamado, institucionalizados con deambulación limitada o con situaciones de elevada morbilidad.

SÍNDROME DE ASFIXIA TRAUMÁTICA COMO CAUSA DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA

INTRODUCCIÓN

El síndrome de asfixia traumática es una entidad causada por el aplastamiento de un cuerpo provocando aumento de la presión intratorácica y, por ello, cierre brusco de la glotis con la hipoxia consecuente. Provoca hemorragias conjuntivales, cianosis, petequias faciales y se asocia a laceraciones hepáticas y esplénicas. Es una causa de parada cardiorrespiratoria y se asocia a encefalopatía anóxica.

OBJETIVO

Reporte de un caso de paciente que sufre parada cardiorrespiratoria por síndrome de asfixia traumática.

METODOLOGÍA

Realización de estudio observacional y descriptivo del tipo caso clínico.

RESULTADOS

Varón de 24 años que sufre un accidente de motocicleta quedándose atrapado por debajo de un coche. Los servicios de emergencias proceden a la extracción del paciente, que se encuentra en PCR (parada cardiorrespiratoria) en asistolia. Se realizan maniobras de reanimación cardiopulmonar durante doce minutos con administración de 2 mg de adrenalina y aislamiento de la vía aérea tras lo que

recupera ritmo sinusal. A su llegada a nuestro centro, se procede a evaluación primaria y pruebas complementarias. En la evaluación secundaria llaman la atención hemorragias conjuntivales y petequias faciales dispersas. En el diagnóstico diferencial de la parada cardiorrespiratoria, se descarta neumotórax a tensión mediante radiografía de tórax y tomografía computerizada, taponamiento cardíaco mediante ECOFAST (The Focused Abdominal Sonography for Trauma Scan) y sangrado masivo descartado también mediante ecografía y escáner.

Habiendo realizado el diagnóstico diferencial, la causa más probable de la parada cardiorrespiratoria es la hipoxia secundaria a síndrome de asfixia traumática por el aplastamiento del paciente con el automóvil. El paciente ingresó en UCI (Unidad Cuidados Intensivos) con buena evolución salvo por el aspecto neurológico. No llegó a contactar con el medio durante los meses ingreso y presentaba datos de encefalopatía anóxica-isquémica severa con clínica y pruebas neurofisiológicas sugerentes así como resonancia magnética nuclear compatible.

CONCLUSIONES

La asfixia traumática es una entidad poco frecuente que es causa de parada cardiorrespiratoria en el paciente traumático. Es importante realizar un diagnóstico diferencial para excluir otras causas de parada en politraumatizado y tener en cuenta este síndrome como causa posible.

MEDIO HEMS, NUEVAS OPORTUNIDADES EN EL DONANTE EN ASISTOLIA

CASO CLÍNICO

10:29h, mujer de 64 años llega al centro de salud (CS) en coche particular trasladada por familiares tras sufrir pérdida de consciencia en domicilio, sanitarios objetivan situación de Parada Cardiorrespiratoria (PCR), inician maniobras de Reanimación cardiopulmonar (RCP) básica + DESA, contactan con Centro de Información y Coordinación de Urgencias (CICU) y solicitan unidad SVA, la unidad más cercana se encuentra ocupada en aviso primario, segunda unidad más cercana a 27 minutos, helicóptero sanitario 20 min y se activa a las 10:30h. A nuestra llegada (10:50h) personal sanitario del CS informa tiempo de RCP básica + DEA 20 minutos, en todo momento sin pulso y sin ritmo desfibrilable. Objetivamos Glasgow 3, sin pulso, en monitor AESP, iniciamos maniobras de RCP avanzada, inicial 30:2, vía periférica x 2, adrenalina c/3 min, se procede a IOT y conexión a VM CMV, ETCO2 14, compresiones continuas y evaluación cada 2 minutos, se coloca cardiocompresor (LUCAS), durante 20 min de RCP avanzada alterna asistolia y AESP, confirmamos con ecografía ausencia de actividad mecánica, 11:10h tras 40 min de RCP (básica + avanzada) , contactamos con hemodinámica que desestiman código SCA, contactamos con coordinadora de trasplante, paciente cumple

criterios, pero por zona y distancia terrestre no entra dentro del protocolo establecido en la provincia, sin embargo por tiempo (llegada en 15 min en medio HEMS) es aceptada, informamos a familiares la situación y mal pronóstico, planteamos continuar con maniobras de reanimación y traslado al hospital de referencia en donante en asistolia y posibilidades de donación de órganos; familiares aceptan, previo a iniciar traslado 11:22h paciente recupera pulso, seguido 1 episodio de FV, tras desfibrilación revierte a RS a 80lpm, posteriormente episodios de FV y TVSP precisando desfibrilación y Amiodarona (300mg + 150mg) sin éxito, ritmo AESP, 11:50h, se decide iniciar traslado (helicóptero AW109), conectada a VMI, cardiocompresor modo continuo, se suspende adrenalina, mantenemos fluidoterapia, durante el vuelo objetivamos subida brusca de capnografía ETCO2 30, pulso radial, se para cardiocompresor, en monitor RS a 80 lpm, pupilas midriáticas y arreactivas, TA 52/31mmHg precisando noradrenalina hasta dosis de 1 µg/kg/min para TAM 90-80. A la llegada al hospital se decide realizar coronariografía urgente que descarta SCA, se realiza TAC que informa de HSA, posteriormente asistolia y se activa nuevamente el código donante.

CONCLUSIONES

El uso del medio HEMS en las urgencias, ha generado el primer donante en asistolia en la Comunidad Valenciana con este medio, poniendo de manifiesto el valor de este recurso, ya que amplía de manera significativa el radio de acción para la llegada de pacientes al hospital útil para este caso, cobrando una importancia vital que ningún otro medio puede alcanzar. Es por esto que es necesario la inclusión en dicho protocolo del medio HEMS así como la activación temprana por parte de los Centros de Coordinación y de los propios compañeros de los servicios de Emergencias Extrahospitalarias de las diferentes provincias así como una mejora sustancial de las infraestructuras como helisuperficies de los centros sanitarios."

ICTUS ISQUÉMICO EN TERRITORIO DE ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR

RESUMEN

El ictus es una enfermedad de gran impacto sociosanitario y elevada incidencia (200/100000), que representa la segunda causa de muerte y la primera de discapacidad en nuestro medio, siendo uno de los motivos más frecuentes de asistencia neurológica urgente.

Presentamos el caso de un varón de 66 años con antecedentes de extrasístoles ventriculares y hábito tabáquico (20 cigarrillos/día), que acude a urgencias por pérdida de agudeza visual en hemicampo temporal de ojo izquierdo de treinta minutos de evolución hace una semana, sin otra sintomatología asociada.

En la exploración física llama la atención una hemianopsia temporal en ojo izquierdo, sin otro hallazgo destacable, que nos lleva a plantear el diagnóstico diferencial entre una afección neurológica con hemianopsia y un cuadro de amaurosis fugax. Al realizar TAC cerebral obtenemos el diagnóstico de ictus isquémico subagudo en territorio de la arteria cerebral posterior derecha.

En este caso hablamos de una enfermedad cerebrovascular de presentación y curso clínico poco común, que no lleva a consultar al paciente con premura ni da oportunidad de realizar un procedimiento de actuación en las

primeras horas.

La pérdida visual transitoria, monocular o binocular, refleja un grupo heterogéneo de trastornos, algunos relativamente benignos y otros con graves implicaciones neurológicas u oftalmológicas, importantes a tener en cuenta.

Para concluir, queremos recordar que el reconocimiento precoz de los síntomas y signos de un ACV, junto con la consiguiente actuación urgente, son fundamentales para aumentar la supervivencia y disminuir la mortalidad de los pacientes que sufren esta enfermedad.

PRIMER FIRMANTE
Lázaro Jiménez Clemente

AUTORES
Lázaro Jiménez Clemente;
Ana Isabel Iniesta Lázaro;
Nieves De Lucas García;
Alvaro García Carriilo De
Albornoz;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

CADENA SUPERVIVENCIA EN LA PARADA CARDIORESPIRATORIA POR ASFIXIA POSTRAUMÁTICA APROPÓSITO UN CASO

INTRODUCCIÓN

La asfixia postraumática es una complicación de la patología traumática que puede desencadenar parada cardiorespiratoria (PCR) por hipoxia . Apropósito de un caso de un motorista que quedo atrapado en los bajos de un vehículo sufriendo PCR por asfixia postraumática. Esta patología y el desenlace en PCR es rescate dependiente por lo que en los casos de atrapamiento traumático toracoabdominal creemos necesario introducir en la cadena de supervivencia para profesionales de salud el rescate y ventilación precoz.

OBJETIVO

Apropósito de un caso de PCR traumática por asfixia postraumática creemos que es necesario incluir o mencionar como excepción en la cadena de supervivencia el rescate y ventilación precoz.

METODOLOGÍA

Tras realizar una revisión bibliográfica hemos encontrado muy pocas de publicaciones sobre asfixia postraumática y ninguno sobre PCR secundaria a asfixia postraumática. No hemos encontrado referencias sobre supervivencia y rescate en la PCR por asfixia postraumática. Con nuestro caso pretendemos demostrar la importancia del rescate y la ventilación precoz en estos casos de PCR

RESULTADOS

En nuestro caso el rescate precoz por bomberos y la reanimación precoz con especial énfasis a la ventilación tras diagnosticar PCR por asfixia postraumática fue exitosa en la recuperación de la circulación espontánea

CONCLUSIONES

Al mencionar la cadena de supervivencia en la PCR traumática es necesario hacer referencia a aquellas situaciones especiales donde el rescate rápido va determinar el éxito en la reanimación cardiopulmonar traumática.

PRIMER FIRMANTE
Yassel Parra Beneitez

AUTORES
Yassel Parra Beneitez;

CENTROS DE TRABAJO
061 Murcia

TCE GRAVE CON PCR RECUPERADA TRAS 10 MINUTOS DE RCP

CASO CLÍNICO

Aviso por varón de 24 años inconsciente tras accidente de moto, impacto contra muro tras perder control, conducía con casco tipo calimero. A nuestra llegada escena segura, paciente en prono, sin casco (retirado por testigos legos), inconsciente; X: Abundante otorragia derecha A: Gorgoteo, abundante sangre en cavidad oral, se realiza aspiración con cánula de aspiración yankauer, colocación de cánula orofaringea, O2 en mascarilla reservorio a 15L, control cervical manual, movilización en bloque a decúbito supino, colocación de collarin cervical tipo philadelphia manteniendo control cervical manual. B: Tórax izquierdo asimétrico (traumatismo), crepitación, hipoventilación en ambas bases. SpO2 94%. C: Pulso radial débil, relleno capilar >2s, pelvis estable, FC 142 lpm, TA 97/45. Se colocan dos accesos venosos periféricos. D: Glasgow 4 (O1, V1, M2). Se procese a icar renimaciñón en sueroterapia (Ringer lactato), se realiza secuencia rápida de intubación (fentanilo, Etomidato, rocuroonio), con posterior conexión ventilación mecánica, administración, inicio de perfusión de sedoanalgesia, administración de suero hipertónico al 7,5% 100ml IV y ácido tranexámico 1g IV. Posteriormente el paciente presenta parada cardiorespirartoria con

ritmo asistolia durante 11 minutos, revirtiendo tras drenaje torácico bilateral, precisando apoyo vasoactivo, siendo traslado al hospital de tercer nivel más cercano activando el código politrauma grave. En Total BODY se objetivan múltiples fracturas craneales, hematoma subdural, HSA y neumotórax bilateral moderado. Tras dos meses en UCI en paciente es alta, anda sin ayuda, mantiene conversación, presenta dificultad para la deglución y alteraciones neurológicas que se deriva a centro especializado para recuperación.

PRIMER FIRMANTE
Montserrat Navarra

AUTORES
Montserrat Navarra,
Sònia Jiménez Delgado,
Silvia Ferrandis Barrés,
Lluís Llauger García,
Montse Tierno Nortes,
Maria Dolors Alsina Coll

CENTROS DE TRABAJO

IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN LOS SERVICIOS CÓDIGO IAM EN CATALUÑA

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La pandemia por SARS-CoV-2 ha generado cambios en muchos ámbitos de la atención sanitaria, tanto hospitalaria como prehospitalaria. El objetivo de este estudio es evaluar si ha habido diferencias significativas entre la atención sanitaria de los pacientes que sufrieron un SCACEST en Cataluña durante los primeros meses de la pandemia respecto los mismos meses del año anterior.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo transversal que compara la actividad de los Código IAM de Cataluña en 3 periodos del 2019 (entre mediados de febrero y mediados de mayo) y los mismos periodos del 2020. Se incluyeron todos los pacientes Código IAM atendidos por el SEM, Atención Primaria y Hospitales.

RESULTADOS

En total se activaron: 930 códigos en 2019 y 880 en 2020. Se redujo de forma significativa el número de activaciones Código IAM durante las primeras semanas del confinamiento domiciliario (mediados de marzo de 2020) respecto al mismo periodo de 2019, con una tendencia a la recuperación en las últimas semanas del confinamiento. También se observaron diferencias en las vías de activación

de los códigos. Durante el 2020 el SEM no sólo fue la vía más frecuente de activación, sino que mostró un incremento significativo sobretodo en el segundo periodo que fue del 14,6% (OR 1,85 IC 95% 1,31-2,61; p<0,001) Hubo un aumento significativo del tiempo de alerta (desde el inicio del dolor hasta la llamada al SEM). Sin diferencias significativas en otros tiempos: desde la alerta a la asignación del recurso, el total de gestión, el de alerta-asistencia, el de asistencia-ECG, el de transporte, el de ECG-ACTP. No se encontraron diferencias significativas por género o región sanitaria, ni en los FRCV ni antecedentes cardíacos, ni en las complicaciones en la primera asistencia.

CONCLUSIONES

La pandemia por SARS-CoV-2 ha provocado la disminución de los casos de IAMCEST atendidos y el incremento en el retraso del tiempo de alerta al SEM desde el inicio de síntomas y del tiempo de respuesta. El SEM se mantiene como primera opción de alerta y consulta por los pacientes con IAMCEST.

PÓSTERS

PATROCINADORES



CONTACTO

Secretaría del Consejo Español de RCP

Telf. 626 745 227

Horario: Lunes a Viernes de 08:00 a
14:00 h .

Email: secretaria@cercp.org

<https://www.congreso.cercp.org>

