

VIII CONGRESO NACIONAL DEL CONSEJO ESPAÑOL DE RCP

AUMENTAR LA SUPERVICENCIA DE LA
PARADA CARDÍACA ES POSIBLE



LIBRO DE ABSTRACTS



EL CONGRESO DE LAS PATOLOGÍAS TIEMPO DEPENDIENTES

COMITÉ DE HONOR

Presidenta del Comité de Honor:

S.M. la Reina, D^a Leticia Ortiz Rocasolano

Miembros:

D^a. Mónica García Gómez,
Ministra de Sanidad. Gobierno de España

D. Carlos Arturo Mazón Guixot,
Presidente de la Generalitat Valenciana

D. Marciano Gómez Gómez, Conseller de
Sanidad de la Generalitat Valenciana

D. Juan Carlos Valderrama Zurián,
Conseller Emergencias e Interior

D^a. M^a José Catalá Verdet,
Alcaldesa de Valencia

D^a. Mercedes Hurtado Sarrió,
Presidenta ICOMV

D. Pedro Juan Ibor Vidal, Vicepresidente
Ilustre Colegio Oficial de Médicos de
Valencia

D^a. Laura Almudever, Presidenta Colegio
Oficial de Enfermería de Valencia

D. Rafael José Badenes Quiles,
Coordinador Autonómico de Transplantes

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente:

Dr. Gonzálo Zeballos Sarrato

Vicepresidentes:

Dr. Rafael Romero Doñate

Dra. M^a Asunción Pérez Martínez

Miembros:

Dr. Alberto Caballero García

Dra. Magdalena Canals Aracil

Dr. Ervigio Corral Torres

Dra. Marta Dorribo Masid

Dr. Alfredo Echarri Sucunza

Dr. Roberto Martín Asenjo

Dr. José Ignacio Ruiz Azpiazu

Colaboradoras:

D^a. Cristina Martínez Cotillas

D^a. Vanessa Tomás Fort

Secretaría técnica:

D^a. Virginia Vara Mañanas

Dr. Carlos Urkia Mieres

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente:

Dr. Ervigio Corral Torres

Miembros:

Dr. Miguel Alberola Enguidanos

D^a. Elisabet Alguacil Ruiz

Dr. José María Álvarez Franco

Dra. Rosario Bosch Puchades

Dra. Carmen Camacho Leis

Dr. Juan Carlos Canós Escat

D. Jordi Caplliure Llopis

Dr. Antonio Cubillos Quiles

D. Carlos de Benito Álvarez

Dra. Carmen del Pozo Pérez

Dra. Carolina Del Toro Más

Dr. Alfredo Echarri Sucunza

Dr. Xavier Escalada Roig

Dra. Mamen Escriche López

Dra. Anna Forner Canós

Dra. Lidia Gómez Martínez

Dra. Clara Gran Tijada

Dr. Antonio Iglesias Vázquez

Dra. Marta Ivars Ferrer

Dr. Alberto Kramer Ramos

Dr. Juan José Lara Sánchez

Dr. Ignacio Manrique Martínez

Dr. Roberto Martín Asenjo

Dr. Jesús Mateu Saez

Dra. María Dutil Muñoz de la Torre

Dr. Juan Luis Muñoz Fernández

Dr. José María Navalpotro Pascual

Dra. M^a Asunción Pérez Martínez

Dra. Sonia Royo Embid

Dra. Ruth Salaberria Udabe

Dr. Pepe Sorribes del Castillo

Dr. José María Villadiego Sánchez

ÍNDICE

- Páginas 5 a 8** **Monólogos del CERCP / Charlas “Ted-Talk”**
- Páginas 10 a 41** **Comunicaciones Orales que han sido seleccionadas por parte del Comité Científico**
- Páginas 42 a 190** **Pósters aceptados por el Comité Científico del congreso**
- Páginas 191 a 194** **Espónsores del congreso y entidades patrocinadoras del CERCP**

MONÓLOGOS "TED TALKS"



MONÓLOGOS CERCP: "TED TALKS"

SÁBADO DÍA 8 - Sala de Comisión 3 (Planta 1)

Sesión 1
Números 1 a 6

09:00 - 09:12. Número de charla: 01. Susana Castillo March

DEL CUENTO SOMOS SUPERHÉROES A LA ACCIÓN REAL: MI EXPERIENCIA COMO ENFERMERA FORMANDO NIÑOS ANTE EMERGENCIAS

Sinopsis:

¿Y si te dijeran que un niño puede salvar una vida? En esta charla comparto mi experiencia como enfermera de atención primaria, tras años impartiendo formación en RCP y primeros auxilios en colegios. De ahí nace Somos Superhéroes, un cuento que convierte el aprendizaje en acción: dos hermanos que actúan eficazmente ante emergencias reales. Porque la emergencia no siempre espera a un adulto, y los niños formados pueden ser eslabones clave en la cadena de supervivencia. La evidencia científica respalda que enseñar maniobras básicas desde la infancia mejora la respuesta comunitaria. El proyecto refuerza el rol de la enfermería como agente educador en salud en contextos escolares y familiares. Es una herramienta innovadora, replicable y de alto valor preventivo. Salvar vidas no es cosa de superhéroes de ficción, sino de ciudadanos formados. La única RCP mal hecha... es la que no se realiza.

09:14 - 09:26. Número de charla: 02. Javier García Requena

SOLEDAD ASISTENCIAL EN EL FRENTE: ENTRE LA URGENCIA Y LA LEY

Sinopsis:

La urgencia vital cardiovascular no avisa. Bajo esta premisa y, en el contexto de nuestras Fuerzas Armadas, la enfermería militar se expone a una situación compleja de soledad y aislamiento donde es fundamental conocer los límites de la ley y los recursos tecnológicos disponibles. A bordo de la fragata "Cristóbal Colón", en mitad del mar Mediterráneo y durante una misión de carácter nacional. Este es el escenario donde me tuve que enfrentar a una fibrilación auricular de nueva aparición, siendo el único profesional sanitario de una embarcación de más de 200 personas. A través de este episodio se ilustrará el marco legal que nos permite llevar a cabo, con total autonomía, la mejor actuación para nuestros compañeros y, donde el uso de la telemedicina, cumplimenta y refuerza nuestras decisiones en situación de soledad.

09:28 - 09:40. Número de charla: 03. Antonio Alba Pujol

CURSO SVB Y DEA. INTERVENCIÓN, DESPUÉS DE QUE UN ALUMNO INTERVINIERA EN UNA PCR NO RECUPERADA, POR PARTE DE UN PSICÓLOGO DE LA SALUD E INSTRUCTOR DEL CURSO

Sinopsis:

Cada vez más, nos encontramos que se colocan desfibriladores en entidades públicas y privadas. Qué gratificante son los cursos al encontrarnos con este feedback positivo de alumnos y empresas. También y no menos cierto que nos vamos encontrando con casos, en que algún alumno o alumnos de la entidad, haya/n intervenido relativamente hace poco tiempo ante una parada y la persona, compañero de trabajo o cliente, no se haya recuperado. La situación planteada no se sitúa de entrada, ante una expectativa natural por parte del alumnado de un deseo de nuevo conocimiento, sino más bien de respuestas ante lo acontecido. Como psicólogo me apoyé en mi conocimiento sobre las conductas y el duelo. Todos los presentes acabaron el curso de forma satisfactoria. Explicaré brevemente dos casos, y su desarrollo con el fin de poder compartir experiencias y conocimiento.

09:42 - 09:54. Número de charla: 04. Olga Cabaleiro Caride
LA MALDICIÓN ZOMBI: RECURSO GAMIFICADO PARA ENSEÑAR SVB Y DEA EN LA ESCUELA

Sinopsis:

En una emergencia cardíaca, cada minuto cuenta. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los testigos no saben cómo actuar. Nuestra propuesta busca cambiar esto. Hemos creado "La Maldición Zombi", un juego digital tipo breakout diseñado para enseñar Soporte Vital Básico y manejo del DEA a estudiantes. Gracias a este juego el alumnado muestra alta motivación, realiza la secuencia de actuación de manera correcta y mejora de forma inmediata su recuerdo procedimental. Cada estudiante puede practicar estas habilidades antes de enfrentarse a una situación real, logrando así aumentar la tasa de supervivencia. El recurso es gratuito, accesible desde cualquier navegador, y cuenta con una guía didáctica para facilitar su implementación en el aula. La Maldición Zombi no es solo un juego, es una herramienta para salvar vidas.

09:56 - 10:08. Número de charla: 05. Romina Crespi Casajuana
SCPC_ALGORITMO DE SERVICIO

Sinopsis:

Hace siete años impartí mi primer curso sobre valoración ABCDE. Aquella primera experiencia fue el inicio de un camino: perfeccionando, corrigiendo y enriqueciendo cada edición, hasta dar forma a un diseño personal único que hoy se materializa en el Algoritmo de Servicio. Una herramienta que no solo ordena la atención al paciente crítico, sino que transforma la manera en que los profesionales enfrentamos la urgencia. El algoritmo está compuesto por ocho pasos que comienzan en el momento de la llamada al centro coordinador y terminan con la evacuación del paciente: información, ubicación, briefing en equipo, cuadrado de valoración, XABCDE, orientación diagnóstica, tratamiento y evacuación. Ocho peldaños que, cuando se interiorizan y se entrenan, convierten la incertidumbre en seguridad y la presión en estructura. Uno de los elementos más poderosos es el briefing, clave para generar un marco mental compartido, asignar roles y anticipar complicaciones. Desde allí, la valoración XABCDE se convierte en mucho más que una lista de pasos: es un puente entre habilidades técnicas y no técnicas, un lenguaje común que fomenta liderazgo, comunicación efectiva, consciencia situacional y trabajo en equipo. Seguir este algoritmo no solo garantiza una atención más eficaz al paciente crítico, sino que protege al propio profesional, reduciendo el estrés, la carga cognitiva y el margen de error. Es un diseño creado desde la experiencia real, que ha evolucionado durante años de práctica y formación, y que hoy demuestra que la verdadera innovación no siempre está en la tecnología, sino en cómo entrenamos nuestra mente para anticiparnos y decidir en el caos. Con esta ponencia quiero compartir cómo un simple cambio de mentalidad –de la improvisación a la estructura– puede revolucionar la práctica clínica, generar equipos más seguros y, sobre todo, salvar vidas cuando cada segundo cuenta.

10:10 - 10:22. Número de charla: 06. Ruth Libertad Gómez Bravo
ENTRE LA CIENCIA Y EL CORAZÓN: IMPACTO DE LA INTERFERENCIA EMOCIONAL EN EMERGENCIAS

Sinopsis:

Los profesionales de emergencias estamos entrenados para tratar al paciente crítico de una manera rápida y eficiente, pero ¿Qué ocurre cuando ese paciente es nuestro familiar, esposo/a, hijo/a o amigo/a y nos afloran multitud de sentimientos y emociones que nos pueden poner en peligro nuestro control de la situación? Mediante la exposición de un caso clínico, basado en una vivencia profesional, quiero plantear una breve explicación de los procesos neurofisiológicos que intervienen, los factores emocionales que participan y las estrategias de intervención para evitar el bloqueo mental y realizar de modo eficiente el abordaje de nuestro paciente grave.

MONÓLOGOS CERCP: "TED TALKS"

SÁBADO DÍA 8 - Sala de Comisión 5 (Planta 1)

Sesión 2
Números 7 a 11

12:30 - 12:42. Número de charla: 07. Marta Rodríguez Cerro
CORAZONES ROTOS

Sinopsis:

Caso clínico sobre una PCR de una paciente joven no recuperada con sospecha de TEP y reflexión sobre el desgaste emocional, mental y físico de avisos exigentes.

12:44 - 12:56. Número de charla: 08. JUAN ANTONIO ALBA SUÁREZ
CUANDO LA URGENCIA NO VIAJA SOLA

Sinopsis:

Este TED TALK presenta El Código 90, código operativo de nueva implantación en un SEM en una gran urbe. Este código establece la escolta policial a unidades de SVA en traslados que precisan preaviso hospitalario. Los tiempos de llegada al hospital no han variado significativamente, pero en cambio la seguridad ha mejorado a varios niveles, tanto en la cinemática del transporte sanitario protegiendo al paciente durante el trayecto como mejorando la comodidad, estabilidad y sobre todo la seguridad de los intervinientes para realizar técnicas médicas necesarias en ruta. Hemos optimizando la asistencia y el acceso del paciente en la hora dorada a los cuidados definitivos hospitalarios y ampliado esa seguridad a los usuarios de la vía, organizando el tráfico y evitando imprudencias y nerviosismo en el resto de conductores. Concluyendo: el Código 90 no varía el tiempo de traslado y sí lo hace más seguro y eficiente. Es un ejemplo de coordinación interinstitucional al servicio de la vida.

12:58 - 13:10. Número de charla: 09. Ester Armela Sánchez-Crespo
"UNA EMERGENCIA EN LA SELVA" UNA COSA ES PENSARLO Y OTRA VIVIRLO...

Sinopsis:

En 2010, Irene y yo nos conocimos compartiendo años de trabajo y aprendizaje. Trece años después, ya como amigas, nos embarcamos en una brigada sanitaria en la Amazonía boliviana, atendiendo a los tsimanes, una comunidad indígena aislada. Durante la misión, surgió una emergencia: un hombre herido de bala en plena selva. Lo estabilizamos con recursos mínimos y lo trasladamos en cayuco y en "ambulancia", pero falleció en el trayecto. Regresamos con su cuerpo, llenas de dudas éticas sobre el traslado y la dignidad en el final de vida. Reflexionamos sobre la necesidad de adaptar el botiquín de urgencias a medios inhóspitos. Propusimos incluir medicación de sedoanalgesia para aliviar el sufrimiento cuando no hay opción quirúrgica. Aprendimos que en emergencias, el entorno y los recursos definen las decisiones. Andrés nos enseñó que cuidar también es saber cuándo aliviar.

MONÓLOGOS CERCP: "TED TALKS"

SÁBADO DÍA 8 - Sala de Comisión 5 (Planta 1)

Sesión 2
Números 7 a 11

13:12 - 13:24. Número de charla: 10. Irene Alonso Amiñoso
UN NIÑO TRAUMA GRAVE EN LA SELVA AMAZÓNICA DE BOLIVIA

Sinopsis:

En noviembre de 2023, durante una brigada sanitaria en la selva amazónica boliviana, Ester y yo atendimos a comunidades tsimanes aisladas, navegando en cayuco por el río Maniquí, afluente del río Amazonas. Tras varios días de asistencia, una madre nos alertó desde su canoa a la nuestra porque su hijo estaba herido tras caer de un árbol: presentaba laceraciones, luxación de un dedo y fractura de fémur. Lo estabilizamos con analgesia y una tracción improvisada con unos paquetes de arroz y vendas. Al detectar hematuria, decidimos evacuarlo por caminos selváticos en coche hasta el centro quirúrgico más cercano. Tras una noche de incertidumbre, supimos que había llegado y entrado a quirófano. Días después, nos reencontramos con él ya operado y a punto de recibir el alta. Una historia de cooperación, creatividad y final feliz,

13:24 - 13:36. Número de charla: 11. Jorge Constantino Fabeiro Mosconi
TALLERES DE RCP BÁSICA Y ASISTENTES QUE NOS ESTIMULAN A SEGUIR ENSEÑANDO ESTA TÉCNICA

Sinopsis:

En uno de los tantos Talleres de RCP Básica que dictamos gratuitamente a través del Programa Salvador en Uruguay, organizados por los Clubes de Leones, se presentó un vecino de la ciudad, quien, enterado de la actividad, prometió asistir para brindar su testimonio de una emergencia que sufrió. Pero no fue al Taller solamente con ese fin, pues su posterior permanencia y su participación en el mismo resultó ser una agradable sorpresa y un ejemplo que nos alegra y estimula en esta necesaria tarea de enseñar RCP.



COMUNICACIONES ORALES



7

SÁBADO 8
09.00-09:10h

SESIÓN 1.

Sala de Comisión 4 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Asier Losada Carballo;

AUTORES

Iraide Herrero Cerdeira;
Ruth Salaberria Udabe;
Andima Larrea Redin;
Iraia Isasi Liñero;
Erik Alonso González;CENTROS DE TRABAJO
EMERGENTZIAK
OSAKIDETZAUNIVERSIDAD DEL PAIS
VASCO

ASOCIACIÓN ENTRE BIOMARCADORES Y EL RETORNO DE LA CIRCULACIÓN EN PARO CARDÍACO EXTRAHOSPITALARIO

INTRODUCCIÓN

En situaciones de parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCREH), los servicios de emergencia médica (SEM) carecen actualmente de herramientas fiables para identificar el retorno de la circulación espontánea (ROSC, por sus siglas en inglés). El reconocimiento temprano del ROSC es determinante para iniciar cuidados post-reanimación evitando compresiones torácicas innecesarias y potencialmente perjudiciales. Disponer inmediatamente de biomarcadores clínicos fiables podría respaldar esta necesidad. Así, este estudio tuvo como objetivo evaluar asociaciones entre biomarcadores analíticos prehospitalarios y ROSC en pacientes adultos de PCREH.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se recopilaron datos de pacientes de PCREH atendidos por los SEM utilizando un analizador epoc® (Siemens Healthcare GmbH, Erlangen, Alemania) entre abril de 2024 y marzo de 2025. Los datos de los pacientes incluyeron variables epidemiológicas (edad, sexo, ritmo inicial, tiempo de respuesta de los SEM) y 18 biomarcadores: pH, presión parcial de CO₂, presión parcial de O₂ (pO₂), bicarbonato, exceso de bases (EB), saturación de oxígeno (cSO₂), sodio, potasio, calcio, cloro, CO₂ total,

hematocrito, hemoglobina, glucosa, lactato, nitrógeno ureico sanguíneo, urea y creatinina. Estos valores se compararon entre los grupos con y sin ROSC. Se utilizaron modelos de regresión logística multivariable independientes evaluando la asociación entre cada biomarcador y el ROSC, ajustando por edad, sexo, ritmo inicial y tiempo de respuesta.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 106 pacientes: 59 con ROSC y 47 sin ROSC, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para los valores de pH, pO₂, EB, cSO₂, potasio y lactato ($p < 0.01$). Se identificaron asociaciones negativas para ROSC en EB, sodio y potasio, con razones de probabilidad ajustadas (intervalo de confianza del 95%), OR (IC 95%), de 0.63 (0.40 - 0.99), 0.62 (0.39 - 0.98) y 0.57 (0.36 - 0.91), respectivamente. En cambio, pO₂, cSO₂ y glucosa mostraron asociaciones positivas, con OR (IC 95%) de 3.60 (1.62 - 8.03), 2.37 (1.43 - 3.92) y 2.75 (1.59 - 4.77), respectivamente

CONCLUSIONES

Varios biomarcadores prehospitalarios están asociados de manera independiente con el ROSC. Se necesitan estudios más amplios para confirmar estos hallazgos y desarrollar algoritmos de inteligencia artificial que integren biomarcadores prehospitalarios para predecir el ROSC

17

SÁBADO 8
09:12-09:22h

SESIÓN 1.

Sala de Comisión 4 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Diego González Aguín

AUTORES

Sergio Paraíso Medina;

Adrián Ferrer Calvo;

CENTROS DE TRABAJO

SAMUR-PC

LOS MODELOS DE APRENDIZAJE AUTOMÁTICO PUEDEN MEJORAR LA PREDICCIÓN PRONÓSTICA EN EL TRAUMA GRAVE EXTRAHOSPITALARIO

INTRODUCCIÓN

El manejo trauma grave por los Servicios de Emergencias extrahospitalarios (SEM), presenta la dificultad diagnóstica de la ausencia de algunas pruebas de imagen consideradas "Gold standard", lo que hace que las escalas de gravedad tradicionales muestren una menor capacidad.

Por ello, el aprendizaje automático (Machine Learning, ML), rama de la inteligencia artificial que permite a los sistemas aprender patrones a partir de datos, identifica relaciones no lineales y mejora la predicción. Su aplicación en trauma extrahospitalario puede optimizar la estratificación del riesgo apoyando la toma de decisiones.

OBJETIVOS

- Analizar el valor predictivo de las variables hemodinámicas, metabólicas y epidemiológicas en pacientes con trauma grave atendidos por los SEM.
- Identificar los algoritmos de ML más eficaces para predecir el pronóstico de pacientes politraumatizados.
- Proporcionar herramientas objetivas para mejorar la estratificación del riesgo en la asistencia extrahospitalaria.

METODOLOGÍA

Estudio Observacional retrospectivo. 1.511 pacientes atendidos por unidades de Soporte Vital Avanzado de un SEM entre 2018 y 2023. Tras aplicar criterios de inclusión y exclusión, se analizaron 1.020 casos. Utilizando la primera valoración de variables epidemiológicas, clínicas y metabólicas, se entrenaron modelos de clasificación binaria para predecir la evolución clínica a 7 días (buen vs. mal pronóstico), comparando siete algoritmos de ML (incluyendo regresión logística, Random Forest y un modelo de Stacking Ensemble). Se optimizaron hiperparámetros y se aplicó análisis SHAP para determinar la importancia de las variables

RESULTADOS

Se hizo un ranking de puntos global de la capacidad predictiva de los parámetros: GCS(97ptos), Edad(87ptos), K+(81ptos), Glucemia(73ptos), Tiempo(72ptos), Hb(58ptos), TAS(47ptos), FC(47ptos), EB(38ptos), Sexo(35ptos), Lactato(30ptos), PCO2(25ptos), pH(25ptos) y Ca++(20ptos). El modelo de Stacking Ensemble, basado en algoritmos de árboles, alcanzó los mejores resultados: precisión-75%, sensibilidad-77,5%, especificidad-81,1% y un área bajo la curva(AUC-ROC-86,3%).

CONCLUSIONES

Respecto a métodos estadísticos tradicionales como la regresión logística multivariante o el análisis discriminante, los modelos de ML, especialmente los de ensamble, mejoran significativamente la capacidad predictiva en un proceso multifactorial como el trauma grave. La identificación de variables clave permite priorizar la asistencia y optimizar recursos. Estos hallazgos apoyan la implementación futura de sistemas de soporte a la decisión clínica en el ámbito extrahospitalario.

19

SÁBADO 8
09.24-09:34h

SESIÓN 1.

Sala de Comisión 4 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Gabriel Sánchez López

AUTORES

Sergio Lorio Palomino;
Ervigio Corral Torres;
Laura Osuna Esteban;
Santiago Ortiz Fernández;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-Protección CivilInspección General de
Sanidad

EL ACCESO INTRAÓSEO EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, ¿PRIORIDAD O ALTERNATIVA?

INTRODUCCIÓN

Los accesos vasculares son esenciales en la asistencia inicial del paciente grave, en cualquier tipo de asistencia sanitaria, incluyendo la extrahospitalaria.

Cuando el acceso vascular periférico, (VVP) es difícil de obtener, la principal alternativa es el acceso intraóseo (IO), por su eficacia y la rapidez en ser canalizado.

OBJETIVOS

Este estudio pretende analizar las características demográficas, clínicas y técnicas de los pacientes atendidos por un servicio de emergencias extrahospitalarias, en los que se canalizaron accesos IO.

METODOLOGÍA

Estudio Observacional retrospectivo. 251 pacientes en los que se utilizaron accesos IO durante dos años (2023-2024). Estudio descriptivo con variables epidemiológicas, clínicas y técnicas: edad, sexo, motivo de asistencia, diagnóstico final, constantes vitales, parámetros metabólicos y localización y longitud del catéter iniciales. Se utilizaron medidas centrales y de dispersión para variables categóricas y cuantitativas. SPSS V.29.

RESULTADOS

La mayoría de los pacientes fueron hombres (72,1%) con una edad media de 55,5 años. El motivo inicial de asistencia más frecuente fue la parada cardiorrespiratoria (40,2%), que también fue el diagnóstico final (70,5%). En cuanto a la técnica, la localización más común fue el húmero (55,0%), seguido de la tibia proximal (40,2%). Es relevante destacar que un porcentaje significativo de pacientes (7,9%) tenían un nivel de consciencia de 15 en la Glasgow Coma Scale, desmitificando la idea de que la técnica sólo se usa en pacientes inconscientes. El 66,5% de los pacientes también tenían una VVP. Además, se observaron alteraciones metabólicas graves, con un pH medio de 7,07, un lactato medio de 9,29 mmol/l y un Exceso de bases medio de -10,96 mEq/l. La mortalidad fue del 39,4%.

CONCLUSIONES

El acceso IO, en la población estudiada, se utiliza predominantemente en pacientes con PCR, aunque su uso en otras patologías graves como los politraumatismos, intoxicaciones o shock no traumático es considerable. El acceso humeral es la vía más usada, no habiendo hallado diferencias significativas entre localización y patología. Los resultados demuestran que esta técnica se aplica no solo en pacientes inconscientes, sino también en aquellos con un estado de consciencia conservado. No hay evidencia significativa para priorizar la vía IO sobre la VVP en pacientes con criterios metabólicos de hipoperfusión.

20

SÁBADO 8

09:36-09:46h

SESIÓN 1.

Sala de Comisión 4 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Santiago Ortiz Fernández

AUTORES

José Manuel Pereira
González; Paula Usón
Sanabria; Javier Martínez
Ariño; Diego Mora Jiménez;
Ervigio Corral Torres;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

PERFIL DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA ASOCIADA AL DEPORTE

INTRODUCCIÓN

La parada cardíaca asociada al deporte está al margen de la situación basal del paciente. Existen varias condiciones que pueden predisponer su aparición y fallecimiento de los pacientes. Se presenta este estudio con la intención de dar a conocer su prevalencia y las condiciones más frecuentes que intervienen.

OBJETIVOS

El objetivo principal es conocer la supervivencia libre de enfermedad neurológica (CPC I-II) de las paradas cardíacas asociadas al deporte. Además, se estudiará su relación con valores hemodinámicos y metabólicos y se valorarán las causas más frecuentes de parada cardiorrespiratoria (PCR).

METODOLOGÍA

Estudio observacional, retrospectivo de una base de datos prospectiva con seguimiento de pacientes hasta 7 días desde su ingreso. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de PCR asociadas al deporte, asistidos por unidades de Soporte Vital Avanzado (SVA) de un Servicio de Emergencias (SEM) durante el periodo 2023-2025. Se excluyeron pacientes con datos insuficientes para análisis. Variables demográficas: sexo, edad. Variable dependiente: CPC I-II. Variables independien-

tes: ritmo inicial, tipo de deporte, diagnóstico final, retorno a la circulación (ROSC), código ECMO, reanimación por testigos y uso de desfibrilador, variables hemodinámicas y metabólicas en la escena: pH, lactato, exceso de bases, glucosa, pCO₂, pO₂, sodio, potasio, bicarbonato. Análisis descriptivo: variables cuantitativas con medidas centrales y de dispersión. Análisis inferencial: Chi Cuadrado y variables no paramétricas con U de Man Whitney. Intervalo de confianza 95%. SPSS V29.

RESULTADOS

Se encontró un total de 28 pacientes. 26(92,9%) hombres con edad media de 57,7(DE: 13,74). Deporte más frecuente: gimnasio(32,1%). Ritmo desfibrilable en 75%. RCP por testigos en 85,7% con DESA en 50%. Intubación en 75%(25% conscientes). ROSC 92,9% con CPC I-II en 60,7%. Causa más frecuente IAMCEST(35,7%). Lactato muy alterado, 10,83(DE: 4,52), pH 7,17(DE: 0,18). Significación estadística entre ritmo desfibrilable y CPC I-II así como entre valores pCO₂ y pO₂ y CPC I-II. No se encontró entre RCP y DESA por testigos ni otros valores analíticos

CONCLUSIONES

- Se encontró significación entre ritmo desfibrilable y CPC I-II.
- Hubo significación entre pCO₂ y pO₂ y CPC I-II, siendo más cercanos a la normalidad.
- No hubo significación entre RCP y DESA por testigos, ni otros valores analíticos o tiempos de respuesta

35

SÁBADO 8
09.48-09:58h

SESIÓN 1.

Sala de Comisión 4 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Pal Kovacs

AUTORES

María Ángeles Tur
Rodríguez

CENTROS DE TRABAJO

SAMUR-PC

RECUPERACIÓN TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA POR SEXO: EVIDENCIA DE CONVERGENCIA

INTRODUCCIÓN

La cadena de supervivencia ha mejorado en la última década, sin embargo, pueden persistir desigualdades por sexo con respecto a las características básicas y a la evolución de los pacientes tras una parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCRe).

OBJETIVOS

- Objetivo primario: Evaluar diferencias por sexo en las características de PCRe en dos períodos de 36 meses.
- Objetivo secundario: Analizar si la brecha entre mujeres y hombres cambió con el tiempo.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo de dos cohortes consecutivas (01/2012-12/2014 y 09/2021-08/2024). Se incluyeron PCRe de origen no traumático de un Servicio de Emergencias extrahospitalarias (SEM) con registro de sexo, edad, ritmo inicial y retorno de circulación espontánea (ROSC). Las comparaciones entre hombres y mujeres por período se realizaron con pruebas de dos proporciones. El cambio de la brecha entre periodos se evaluó mediante un enfoque de diferencia-de-diferencias (aproximación normal, IC95%). La edad se comparó entre sexos;

la igualdad de varianzas se comprobó con F y Levene/Brown-Forsythe y, según procediera, se aplicó t de Student (pooled) o t de Welch ($\alpha=0,05$).

RESULTADOS

- 2012-2014 (n=810): hombres 641 (79,14%; edad media [EM] 63,1 años) vs mujeres 169 (20,86%; EM 70,9 años; $p<0,0001$). Ritmo inicial desfibrilable (RID): hombres 43,8% vs mujeres 21,3% ($p<0,001$). ROSC: hombres 56,2% vs mujeres 46,2% ($p=0,020$).
- 2021-2024 (n=955): hombres 730 (76,44%; EM 64,1 años) vs mujeres 225 (23,56%; EM 69,7 años; $p<0,0001$). RID: hombres 36,6% vs mujeres 22,3% ($p=0,0001$). ROSC: hombres 54,66% vs mujeres 54,32% ($p=0,929$).
- Cambio de la brecha: -8,08 pp en RID ($p=0,103$) y -10,05 pp en ROSC ($p=0,080$). IC90% para ROSC: [-19,49; -0,61].

CONCLUSIONES

Las mujeres presentan mayor edad y menor frecuencia de ritmo desfibrilable. Entre 2012-2014 y 2021-2024, la brecha por sexo disminuyó: en ROSC prácticamente se cerró y en RID se redujo, si bien los cambios no alcanzan significación estadística. Los resultados sugieren una convergencia reciente de resultados entre sexos y apoyan profundizar con ajustes por edad y otros factores para confirmar una equidad real en los beneficios de la RCP

40

SÁBADO 8
10:00-10:10h

SESIÓN 1.

Sala de Comisión 4 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Ivan Rodríguez Fernández

AUTORES

Raquel Aparicio Caselles;
Ana María Jimenez Pires;
Rosa Belen Recio de
Nuero; Paula Galán
Aparicio;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PROTECCION
CIVILHospital Central de la Cruz
Roja, San José y Santa
Adela

UTILIDAD DEL METRÓNOMO EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR GUIADA POR TELÉFONO DESDE CENTROS COORDINADORES

INTRODUCCIÓN

La reanimación cardiopulmonar guiada por teléfono (RCP-T) desde centros coordinadores se considera un factor positivo en la supervivencia, al iniciar precozmente maniobras aplicadas por testigos.

Sin embargo, la frecuencia de las compresiones puede verse comprometida por diversas causas. Nuestra hipótesis es que el uso de un metrónomo mejoraría la efectividad al favorecer un ritmo homogéneo.

OBJETIVOS

Analizar la utilidad del metrónomo en RCP-T, evaluando su impacto en la frecuencia de compresiones y la percepción de uso por operadores telefónicos y reanimadores legos.

METODOLOGÍA

Estudio analítico cuasiexperimental con dos grupos de voluntarios sin formación previa en RCP. El grupo experimental (n=10) recibió RCP-T con metrónomo; el control (n=10), sin él. Escenario: paciente adulto; duración de la simulación: 4 minutos; medición: maniquí de entrenamiento Little Anne.

Análisis inferencial. Estudio descriptivo. Se utilizaron medidas centrales y de dispersión para variables categóricas y cuantitativas. Tras demostrarse distribución normal (Kolmogorov

Smirnov), se aplicó T de Student y Chi cuadrado para variables y categóricas (SPSS v29).

RESULTADOS

Población de 20 voluntarios (70% varones), edad media: 38,6 (DE: 13,5). El grupo experimental era estadísticamente más joven (31,8 vs 45,5 $p < 0,001$). Se valoraron los conceptos: uniformidad con el ritmo, dificultad para mantener el ritmo y nº de compresiones/min (CPM). Con el metrónomo configurado a 110 CPM, el grupo experimental alcanzó una media de 104,3 CPM, vs 85,4 del grupo control, $p < 0,001$. No hubo diferencias significativas en los otros dos conceptos valorados, aunque con tendencia a mejores datos del grupo experimental.

En relación a la percepción subjetiva de los reanimadores, el metrónomo generó mayor sensación de uniformidad del ritmo pautado (90% vs 60%).

Los operadores telefónicos valoraron positivamente su uso por aportar seguridad en la frecuencia de las compresiones y liberar el canal vocal, permitiendo corregir desviaciones, añadir instrucciones y reforzar la adhesión motivando al reanimador.

CONCLUSIONES

El metrónomo puede constituir una herramienta eficaz para optimizar la frecuencia de las compresiones en RCP-T.

Puede favorecer la adherencia al ritmo recomendado, mejorando la percepción de control tanto en reanimadores como en operadores.

Libera la carga comunicativa del operador, permitiendo implementar instrucciones y correcciones durante el proceso.

48

SÁBADO 8

10:12-10:22h

SESIÓN 1.

Sala de Comisión 4 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Paula Usón Sanabria

AUTORES

Santi Ortiz Fernández;

Lorena Belda Martínez;

Adrián González Ruiz;

José Manuel Pereira

González;

María del Rosario Muñoz

Condes;

CENTROS DE TRABAJO

Samur-PC

SUMMA 112

TRAUMA, AUTOLISIS Y MUERTE TRAS LA PUERTA

INTRODUCCIÓN

Las emergencias no siempre comienzan con un accidente visible o una enfermedad aguda. A menudo surgen en silencio, tras la preocupación de un vecino, un familiar que no logra contactar o un teléfono que nadie responde. Estas situaciones se codifican en el argot operativo como "aperturas de puerta". Lejos de ser consideradas incidencias menores, reflejan realidades de gran calado social y sanitario: la soledad no deseada, los intentos de autolisis, los fallecimientos silenciosos y las urgencias médicas ocultas tras una puerta cerrada. Analizarlas nos permite comprender un fenómeno cada vez más común donde confluyen lo sanitario, lo social y lo forense

OBJETIVOS

Describir la epidemiología y clínica en aperturas de puerta.
Identificar la prevalencia de autolisis y fallecimientos en domicilios.
Valorar estas intervenciones como punto de detección de situaciones de vulnerabilidad.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo con base de datos prospectiva de aperturas de puerta atendidas por unidades de soporte vital

avanzado en una gran ciudad durante 2024. Se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión.

RESULTADOS

Englobamos 1821 casos, con edad media de 72,1 años, predominio femenino en los avisos(59,5%), y mayor mortalidad en varones(66,5%).En el 11,8% de los casos(n=215) se encontró al paciente ya fallecido, la mayoría por causas naturales. Un 5,4% de avisos correspondió a intentos de autolisis(n=99),principalmente mediante ingesta medicamentosa(3,4%) y en menor medida traumática(1,4%).En algunos casos se halló carta de despedida(7,1%) o constaban intentos previos(48,5%). También en el 48,5%, fue el propio paciente quien alertó, reflejando la ambivalencia del acto suicida: el deseo de morir convive con la búsqueda implícita de ser salvado. La inaccesibilidad y la ausencia de contacto fueron los motivos de aviso más frecuentes. La distribución temporal se mantuvo homogénea durante el año.

CONCLUSIONES

Las aperturas de puerta evidencian un problema sanitario y social, con especial impacto en las personas mayores. La mayoría de los avisos correspondieron a mujeres y los fallecimientos se concentraron en varones. Se registró un 11,8% de exitus, y un 5,4% de intentos autolíticos. Los resultados subrayan la importancia de la coordinación entre los servicios de emergencia, salud mental y servicios sociales.

50

SÁBADO 8

09:00-09:10h

SESIÓN 2.

Sala de Comisión 5 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

María de la O Casamayor
Lerena

AUTORES

Laura Pérez Aguado;
María de las Nieves López
Resa;
Elena Sánchez Romo;
Raquel Llerena Jover;
Ana María Ezquerro García;

CENTROS DE TRABAJO

Centro de Salud de
AlberiteHospital Universitario San
Pedro

RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS EN UN CURSO DE SVB Y LA CALIDAD DE LAS COMPRESIONES TORÁCICAS

INTRODUCCIÓN

La PC es una emergencia tiempo-dependiente. Es imprescindible la actualización de los profesionales sanitarios en Reanimación Cardiopulmonar (RCP) para mantener las habilidades necesarias para enfrentarse a dicha situación. Las competencias en RCP están definidas como la posesión de conocimientos teóricos y destrezas prácticas.

OBJETIVOS

Valorar el efecto de la formación teórica y práctica de los cursos de SVB y DEA en la calidad de las compresiones torácicas.

METODOLOGÍA

Estudio cuasi-experimental ciego, diseño antes-después.
Población: Personal sanitario de un Área Básica de Salud de Atención Primaria
Variables: sociodemográficas. Experiencia profesional.
Conocimientos teóricos.
Destrezas prácticas: valoración de las compresiones torácicas: número, porcentaje ritmo adecuado, re-expansión, compresión, profundidad y valoración global.
Recogida de datos:
Evaluación tipo test con 15 preguntas del banco del Plan Nacional de RCP

Ejecución de 2 simulaciones de 1 minuto (antes y después de las prácticas). Maniquí utilizado: Little Anne® con sistema QCPR.
Análisis estadístico: Descriptivo. Análisis comparativo: T de Student para datos pareados.

RESULTADOS

Participaron 33 (86,84%) profesionales. Mujer 27 (81,8%). Edad media 42,9 años.
Profesión: Médico 14 (42,4%), Enfermera 19 (57,6%), Experiencia profesional 19,84±10,03 años. Formación en RCP 29 (90,6%)
Respuestas acertadas: 13,85±1,202 Mediana: 14 respuestas
Análisis de las compresiones torácicas antes/después:
Número de compresiones 132,62 vs109,60 (P<0,0001).
Porcentaje ritmo adecuado 20,68 vs 69,16 (P<0,0001).
Porcentaje de re-expansión (79,81 vs 98,43) P=0,002.
Porcentaje de compresión (81,74 vs 95,19) P=0,061
Profundidad (63,67 vs 62,73) P= 0,660.
Valoración global (56,68 vs 96,71) P<0,0001.
En la medición inicial 2 alumnos (6,45%) consiguieron realizar CT con frecuencia adecuada y re-expansión y compresión ≥ 95% frente a 20 (64,51%) en la medición final.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos demuestran que la actualización de conocimientos y el entrenamiento en maniobras de RCP mejoran las habilidades prácticas aumentando la calidad de las compresiones torácicas. Las destrezas disminuyen si no se realizan reciclajes frecuentes.

62

SÁBADO 8
09.12-09:22h

SESIÓN 2.

Sala de Comisión 5 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

María Arévalo de Pablos

AUTORES

Fernando Lombardía Recio;
Javier Fernández Topham;
José Luis Montesinos Díaz;
Ervigio Corral Torres;
Nazaret Romero Pizarro;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (TAS) 177MMHG Y POTASIO (K+) 3,75MMOL/L: DOS VALORES QUE PUEDEN CAMBIAR EL MANEJO INICIAL DEL ICTUS

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico diferencial precoz entre ictus isquémico y hemorrágico es esencial en urgencias, pues condiciona decisiones terapéuticas críticas. Identificar parámetros clínicos y analíticos que orienten el tipo de ictus antes de la neuroimagen puede optimizar la atención inicial.

OBJETIVOS

Analizar la asociación entre variables hemodinámicas, metabólicas y clínicas con el tipo de ictus, e identificar puntos de corte útiles para diferenciar entre ictus isquémico y hemorrágico.

METODOLOGÍA

Estudio observacional y retrospectivo en 505 pacientes diagnosticados como Código Ictus en un servicio de emergencias extrahospitalarias (2021-2025). Se recogieron variables demográficas, clínicas (NIHSS, Glasgow), hemodinámicas [tensión arterial sistólica (TAS), tensión arterial diastólica (TAD), tensión arterial media (TAM)] y metabólicas (glucemia, lactato, pH, CO₂, potasio). Se aplicaron análisis descriptivos, t de Student, chi-cuadrado y análisis discriminante (SPSSv29), con tamaños de efecto (d de Cohen).

RESULTADOS

De los 505 pacientes, 67,7% presentaron ictus isquémico y 32,3% hemorrágico. La edad media fue de 68 años; los hombres (61,2%) fueron más jóvenes que las mujeres (65,2 vs 72,4; p<0,001).

Los ictus hemorrágicos mostraron cifras más altas de TAS, TAD y TAM desde la primera medición, con tamaños del efecto grandes (d>0,7), reflejando un perfil hipertensivo sostenido. En lo metabólico, el potasio fue el único marcador diferencial, inferior en los hemorrágicos (p<0,001). Clínicamente, los hemorrágicos presentaron mayor gravedad, con NIHSS promedio superior (13,8 vs 12,2; p=0,017) y mayor frecuencia de NIHSS>10 (73,6% vs 59,4%; p=0,007).

El análisis discriminante señaló TAS inicial, TAD inicial y potasio como predictores robustos (Lambda de Wilks <0,001), clasificando correctamente el 73,4% de los casos. Se establecieron puntos de corte relevantes: una TAS >177 mmHg se asoció con probabilidad >85% de ictus hemorrágico, mientras que un potasio <3,75 mmol/L mostró asociación independiente con este tipo.

CONCLUSIONES

Los ictus hemorrágicos se asocian a hipertensión más marcada, mayor NIHSS y potasio más bajo. Los puntos de corte -TAS>177mmHg y potasio<3,75mmol/L- destacan como predictores simples y accesibles, con valor para apoyar la estratificación diagnóstica inicial en urgencias cuando la neuroimagen aún no está disponible.

66

SÁBADO 8

09:24-09:34h

SESIÓN 2.

Sala de Comisión 5 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Carmen Casal

AUTORES

Borja Pino Fuster;
Constantino Tormo
Calandin;

CENTROS DE TRABAJO

Servicio de Emergencias
Sanitarias Comunidad
Valenciana

APRENDER A REANIMAR: INFLUENCIA DE LOS RECURSOS EDUCATIVOS EN LA CALIDAD DE LAS COMPRESIONES TORÁNICAS

INTRODUCCIÓN

La simulación clínica constituye una herramienta pedagógica que reproduce experiencias sanitarias reales, facilitando la adquisición de competencias, especialmente las psicomotoras. Estas se vinculan con la activación del sistema de neuronas espejo, clave en los procesos de observación, imitación y ejecución motora. Sin embargo, la evidencia sobre el impacto de los diferentes canales de comunicación en este aprendizaje en contextos universitarios es aún limitada.

OBJETIVOS

Determinar el nivel de aprendizaje de habilidades psicomotoras en estudiantes de primer curso de Ciencias de la Salud a través de distintos canales de comunicación en un escenario de simulación clínica, comparando los resultados según grado y sexo, e identificando la aparición de errores durante la ejecución de compresiones torácicas.

METODOLOGÍA

Estudio cuasiexperimental, analítico y transversal con muestreo de conveniencia. Participaron 240 estudiantes de primer curso de Medicina y Enfermería. La asignación del canal de comunicación (sin mensaje, audio, texto, texto+imagen estática, mensaje au-

diovisual compresiones manuales o mensaje audiovisual compresiones torácicas mecánicas) fue aleatoria. La habilidad psicomotora evaluada fueron las compresiones torácicas en maniquí adulto, utilizando un checklist validado según las guías del European Resuscitation Council (ERC, 2021). Se aplicaron pruebas estadísticas ANOVA, Kruskal-Wallis y X^2 , considerando significación $p < 0,05$.

RESULTADOS

Los canales audiovisual compresión manual ($M=0.782$), audiovisual comprensión mecánica ($M=0.714$) y texto+imagen ($M=0.732$) alcanzaron mayores medias en el checklist, mientras que el grupo control ($M=0.560$) y el mensaje en texto ($M=0.596$) obtuvieron los valores más bajos ($p < 0.001$). No se observaron diferencias significativas entre Medicina y Enfermería ($p=0.277$), pero sí entre sexos, con mejores resultados en mujeres ($p=0.042$). En cuanto a errores, el de cuerpo (20.9%) y rodilla (5.8%) mostraron asociación con el canal de comunicación ($p=0.036$ y $p=0.020$, respectivamente), mientras que el error de manos (7.1%) no presentó relación estadística.

CONCLUSIONES

Los canales de comunicación de texto e imagen estática, audiovisual de compresiones torácicas manuales y mecánicas han sido los que han obtenido un mayor nivel de aprendizaje de habilidades psicomotoras.

El sexo femenino obtuvo un mayor nivel en el aprendizaje de habilidades psicomotoras con respecto al sexo masculino. No se evidenciaron diferencias entre grados, aunque las estudiantes obtuvieron mejores resultados que los varones. Los errores de cuerpo y rodilla estuvieron influenciados por el canal asignado, lo que resalta la importancia del diseño pedagógico de los recursos audiovisuales en la formación en Ciencias de la Salud.

73

SÁBADO 8

09.36-09:46h

SESIÓN 2.

Sala de Comisión 5 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Laura Lorenzo Montesinos

AUTORES

Miquel Sanz i Montcusí;

Olga López Molina;

Ricardo Miguel Rodrigues

Crespo;

Néstor David Toapanta

Gaibor;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Clínic y Provincial

de Barcelona

SIMULACIÓN CLÍNICA EN SITUACIONES DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

INTRODUCCIÓN

La resucitación cardiopulmonar (RCP) es una de las intervenciones más críticas en el entorno sanitario, donde la rapidez, coordinación y calidad de las actuaciones del equipo determinan la supervivencia y el pronóstico. En contextos de alta exigencia, la simulación clínica es una herramienta fundamental para entrenar tanto habilidades técnicas como no técnicas.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de una formación en RCP mediante simulación dirigida a profesionales de las unidades de cuidados intensivos (UCI), analizando satisfacción, mejora de conocimientos y transferencia a la práctica según el modelo Kirkpatrick (KP).

METODOLOGÍA

Se desarrolló una formación basada en simulación, dirigida al equipo multidisciplinar de UCI. El programa incluyó un repaso teórico-técnico y dos escenarios clínicos simulados con un debriefing posterior. Participaron 74 profesionales (61% enfermería, 21% TCAI, 15% medicina, 3% fisioterapia). Se realizaron encuestas para evaluar los tres niveles (N) de KP (satisfacción, conocimientos pre y

post-sesión y transferencia a la práctica a los tres meses).

RESULTADOS

La satisfacción (reacciones KP-N1) fue elevada: un 83,9% se sintió más preparado ante una RCP y un 79% refirió mejoría en el trabajo en equipo.

El porcentaje de aciertos (aprendizaje KP-N2) en las preguntas teóricas post-sesión aumentó (media: 77,1% pre vs 88,4% post) y los conocimientos se mantuvieron a los tres meses (88,1% aciertos).

A los tres meses, se observó una transferencia a la práctica de los conocimientos aprendidos (comportamiento KP-N3) de manera significativa. Un 31% los aplicó en pacientes en RCP y un 26,2% en otras situaciones críticas. En las RCP, los participantes refirieron aplicar de manera completa (38,1%) o parcial (12%) los conocimientos técnicos, incorporaron una comunicación efectiva (85,7%), asumieron roles claros (66,7%), mejoraron la toma de decisiones (35,7%) y percibieron una actuación más estructurada (90%). La confianza aumentó de 5,8/10 a 8/10.

CONCLUSIONES

La incorporación de programas formativos de RCP basados en simulación es muy bien aceptada por los profesionales. Permiten incrementar los conocimientos y consolidar el aprendizaje a los tres meses, mejorando tanto las habilidades técnicas como las no técnicas. Además, contribuyen a mantener entrenados a los equipos multidisciplinares de UCI, mejorando a su vez, su confianza y seguridad.

74

SÁBADO 8
09:48-09:58h

SESIÓN 2.

Sala de Comisión 5 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

María Isabel Vázquez
García

AUTORES

Adrián González Ruiz;
Antonia Urbano López;
Nazaret Romero Pizarro;
José Luis Pérez Sánchez;
Jorge Pérez Vázquez;

CENTROS DE TRABAJO

Samur-Protección civil

HUCSC

EUE. San Juan de Dios,
Comillas

PREDICTORES DE LESIÓN HEMORRÁGICA EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE/POTENCIALMENTE GRAVE EN PREHOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

La progresión de la hemorragia intracraneal (HIC) es una complicación frecuente y potencialmente devastadora tras un traumatismo craneoencefálico (TCE).

La utilización de herramientas diagnósticas precoces que aporten información pronóstica, posibilitaría una contribución muy interesante.

OBJETIVOS

Evaluar los posibles predictores de hemorragia intracraneal en el TCE en prehospitalaria y describir el perfil epidemiológico.

METODOLOGÍA

Estudio observacional analítico retrospectivo, base prospectiva. Cohorte: adultos con TCE aislado, trasladados como Código Trauma a un Hospital, por un Servicio de Emergencias Médicas durante 3 años.

Variables:

-Epidemiológicas: edad, género, mecanismo lesional y supervivencia a 7 días.

-Exposición: edad, género, constantes vitales iniciales y parámetros analíticos iniciales/finales.

-Resultado: HIC.

Análisis estadístico: descriptivo (medidas centrales y dispersión); inferencial [T Student; Chi cuadrado; Regresión logística binaria (RLB)]. $p < 0,05$. SPSS 25

RESULTADOS

253 pacientes. 79,4% hombres. Media de edad: 47,7 (DE:20,08), [hombres 45,15 (DE:18,8) vs mujeres 57,59 (DE:21,95), $p < 0,001$].

Mecanismos lesionales principales: caídas (32%), atropellos (17,4%), accidentes motocicleta (11,5%). Supervivencia: 86,2% (hombres 89,1% vs mujeres 75%, $p = 0,013$). Lesión hemorrágica intracraneal 71,1%.

Análisis univariable con significación estadística:

Edad: lesión SI 51 (DE:20,7) vs lesión NO 39,5 (DE:15,7), $p < 0,0001$

GCS: lesión SI 8,85 (DE:4,5) vs lesión NO 12,37 (DE:3,6), $p < 0,0001$

Alt. Pupilares: lesión SI 29,6% vs Lesión NO 6,8%, $p < 0,0001$

FC: lesión SI 85,2 (DE:23,3) vs lesión NO 92,2 (DE:20,3), $p = 0,027$

FR: lesión SI 15,76 (DE:3,8) vs lesión NO 16,8 (DE:3,95), $p = 0,045$

SatO2: lesión SI 94,2 (DE:5,5) vs lesión NO 95,6 (DE:3,7), $p = 0,045$

Ph Final: lesión SI 7,27 (DE:0,11) vs lesión NO 7,32 (DE:0,11), $p = 0,006$

PCO2 Inicial: lesión SI 44,19 (DE:11,81) vs lesión NO 40,93 (DE:11,76), $p = 0,047$

PCO2 Final: lesión SI 50,35 (DE:13,02) vs lesión NO 46,3 (DE:14,51), $p = 0,033$

Glucemia Inicial: lesión SI 138,66 (DE:39,34) vs lesión NO 125,68 (DE:35,87), $p = 0,015$

Glucemia Final: lesión SI 141,44 (DE:38,32) vs lesión NO 124,23 (DE:31,43), $p < 0,0001$

Análisis multivariable (RLB), la edad [OR=0,596 (IC 0,193-1,837), $p = 0,001$] y el GCS [OR=0,839 (IC 0,768-0,917), $p < 0,0001$], se muestran como variables independientes asociadas a la presencia de HIC.

CONCLUSIONES

Dentro de la juventud de la muestra, las mujeres presentaron una media de edad significativamente mayor y un peor pronóstico.

La edad y el Glasgow están asociados como variables independientes a la presencia de HIC, pudiéndose considerar como posibles predictores de gravedad.

Las alteraciones fisiológicas y metabólicas referenciadas que se producen tras un TCE pueden ser indicadoras de HIC pudiendo constituir una herramienta predictiva de apoyo diagnóstico.

77

SÁBADO 8
10:00-10:10h

SESIÓN 2.

Sala de Comisión 5 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Raquel Grado Sanz

AUTORES

Rubén Viejo Moreno;

Elena Nieto Puértolas;

Luis Rafael García

Membrillas;

Joaquín Hernández Corral;

Óscar Ortigado Matamala;

CENTROS DE TRABAJO

UVI móvil Guadalajara

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE LA PARADA CARDÍACA TRAUMÁTICA EN UNA PROVINCIA ESPAÑOLA

INTRODUCCIÓN

La reanimación de la parada cardíaca traumática (PCR-T) ha pasado de considerarse fútil a un enfoque más optimista en determinados casos. Esto se fundamenta en una mejor comprensión de la fisiopatología y el desarrollo de estrategias dirigidas a tratar causas reversibles.

OBJETIVOS

Analizar la evolución temporal tanto de la reanimación de la PCR-T por la unidad de emergencias medicalizada móvil (UVIm) de una provincia española como de intervenciones críticas (intubación orotraqueal (IOT) y toracostomía) en pacientes atendidos.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo, de una cohorte provincial de pacientes con PCR-T en los que se activó UVIm entre enero de 2019 y agosto de 2025. Se dividieron en dos grupos según su supervivencia tras la asistencia prehospitalaria. Se recogieron datos epidemiológicos, tipo de trauma, mecanismo, intencionalidad, tiempos, intervenciones críticas, donación y mortalidad. Se realizó análisis univariable y representación gráfica de la evolución temporal de activación, asistencia e intervenciones críticas.

RESULTADOS

Se analizaron 54 con PCR-T, de las cuales 27 (50%) fueron reanimadas. De ellas, 12 (44,4%) sobrevivieron tras asistencia de UVIm. Los supervivientes sufrieron PCR-T con más frecuencia en medio urbano [7 (63,6%) Vs 3 (20%); $p = 0,024$ OR 7,0 (1,2-40,8)] y presentaron menores tiempos de llegada de la UVIm [8,5 (6,0-15,0) Vs 18,0 (8,0-26,0); $p = 0,037$] y menor duración de la reanimación [11,5 (5,8-21,0) Vs 25,0 (20,0-30,0); $p = 0,032$]. En este grupo fue más frecuente el uso de capnografía [11 (91,7%) Vs 7 (46,7%); $p = 0,014$ OR 12,57 (1,28-123,48)] así como la realización de IOT y/o toracostomía [10 (83,3%) Vs 9 (60,0%); $p = 0,187$]. De ellos, solo 1 paciente (8,3%) sobrevivió al alta hospitalaria y de los que allí fallecieron, 3 (27,3%) donaron órganos. Los gráficos mostraron una tendencia creciente tanto en la activación y asistencia como en realizar intervenciones críticas por la UVIm.

CONCLUSIONES

1. En nuestro medio, el número de activaciones por PCR-T, su reanimación y la realización de intervenciones críticas se incrementa cada año.
2. La supervivencia prehospitalaria tras PCR-T atendida por UVIm fue mayor en medio urbano, en pacientes con menores tiempos de llegada y de asistencia y en los que se utilizó capnografía.

96

SÁBADO 8
10:12-10:22h

SESIÓN 2.

Sala de Comisión 5 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

José Luis Montesinos Díaz

AUTORES

María Arévalo de Pablos;
Fernando Lombardía
Recio; Sergio Llorio
Palomino; Verónica
Almagro González;
Ervigio Corral Torres;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

LAS ALTERACIONES ANALÍTICAS COMO HERRAMIENTA PARA PREDECIR LA NECESIDAD DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Cardíaca Aguda (ICA) es la principal causa de ingreso hospitalario entre los adultos mayores. El síndrome clínico se caracteriza principalmente por el desarrollo de disnea aguda, causada por acumulación de líquido en los espacios alveolares e intersticiales pulmonares.

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI), mejora la insuficiencia respiratoria, aumenta la oxigenación y el pH; reduce la presión parcial de dióxido de carbono ($p\text{CO}_2$) y el esfuerzo respiratorio. La adecuada y precoz indicación de VMNI reduce la tasa de intubación.

OBJETIVOS

Evaluar las diferencias en los parámetros metabólicos entre los pacientes con ICA que reciben VMNI y aquellos que no; a fin de, identificar marcadores que estén asociados a su indicación, que favorezcan su inicio precoz.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, analítico y retrospectivo. Pacientes atendidos en un servicio de emergencias extrahospitalario por ICA, desde 01/2024 hasta 07/2025, a los que se realiza una analítica sanguínea en el punto asistencial inicial. Variables demográficas: edad y sexo. Variables independientes: pH, $p\text{CO}_2$, bicarbonato (HCO_3^-), exceso de bases (EB), lactato, sodio (Na),

potasio (K), calcio (Ca), hemoglobina (Hb), hematocrito (Hcto) y glucemia. Variable dependiente binaria: VMNI.

Análisis descriptivo: medidas centrales y de dispersión. Análisis inferencial: pruebas de normalidad (Shapiro-Wilk); T-Student o Mann-Whitney U para variables continuas. IC del 95%. Análisis ROC en variables estadísticamente significativas, estableciendo: área bajo la curva, calidad del test y punto de corte; para predecir la variable dependiente binaria. SPSS V29.

RESULTADOS

Se incluyen 97 pacientes; 29(29.9%), recibieron VMNI; y, 68(70.1%) no.

Se objetivaron diferencias estadísticamente significativas: pH; VMNI 7.24(DE:0,13) vs 7.37(DE:0,07), $p < 0.001$. $p\text{CO}_2$; VMNI 55.42(DE:20,41) vs 45.81(DE:9,45), $p=0.018$. HCO_3^- ; VMNI 23.09(DE:5,47) vs 26.19(DE:5,35), $p=0.016$. EB; VMNI -4.36(DE:5,69) vs 0.83(DE:5,71), $p < 0.001$. Lactato; VMNI 5.45(DE:3,31) vs 3.17(DE:2,17), $p=0.001$. Hcto; VMNI 50.75(DE:6,51) vs 42.42(DE:7,14), $p < 0.01$. Hb; VMNI 16.1(DE:2,68) vs 14.74(DE:2,71), $p=0.033$.

Las curvas ROC identificaron variables discriminativas: Hcto; AUC(área bajo la curva)=0,812, Punto de corte(PC)=47,0. pH; AUC=0,807, PC=7,32. EB; AUC=0,737, PC=-1,5. Lactato; AUC=0,715, PC=3,21.

CONCLUSIONES

Los valores de los puntos de corte: pH < 7.32 , EB < -1.5 , lactato > 3.21 mmol/L y hematocrito $> 47\%$; predicen significativamente una mayor probabilidad de necesitar VMNI; apoyando así su inicio precoz.

99

SÁBADO 8

11:00-11:10h

SESIÓN 3.

Sala de Comisión 4 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Immaculada Tormos
Miñana

AUTORES

Elvira Muñoz Albert;
Ricardo Muñoz Albert;
Angela Soler Sanchis;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Universitario de
la Ribera

Universidad de Valencia

DESAFIOS DEL IAM EN URGENCIAS, SESGOS DE SEXO Y SU IMPACTO EN EL TRIAJE

INTRODUCCIÓN

El Infarto Agudo de Miocardio (IAM) es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Distinguir entre el dolor cardíaco agudo y no cardíaco representa un desafío diagnóstico, sobre todo en los servicios de urgencias (SU). El Sistema de Triage Manchester (MTS) es ampliamente utilizado en los SU para priorizar pacientes basados en sus síntomas y gravedad. No obstante, la presentación clínica atípica del IAM en algunos pacientes, particularmente según el sexo, puede conducir a errores de clasificación y retrasar el inicio del tratamiento oportuno.

OBJETIVOS

evaluar el desempeño del MTS en la priorización de pacientes con IAM en los SU, identificando posibles diferencias en la clasificación según el sexo.

METODOLOGÍA

estudio observacional descriptivo retrospectivo y analítico de carácter exploratorio, realizado en pacientes triados mediante el MTS en los SU del Hospital Universitario de la Ribera (HULR) durante todo el 2024. Se incluyeron aquellos pacientes que recibieron un diagnóstico final en urgencias de patología cardíaca isquémica.

RESULTADOS

se incluyeron un total de 526 pacientes con afectación cardíaca isquémica aguda, de los cuales fueron [hombres 71,5% (n=376) vs mujeres 28,5% (n=150); p=0,001]. El diagrama de flujo más utilizado en el MTS fue dolor torácico en el 69% (n=363) sin asociación significativa entre esta variable y el sexo (p valor=0,305). La prioridad P3 se asignó en el 37,8% (n=199) de los casos [hombres 37,23% (n=140) vs mujeres 39,33% (n=59); p=0,134]. En relación con la realización de electrocardiograma (ECG) durante el triaje, este se efectuó en el 68,8% (n=362) de los pacientes, siendo más frecuente en [hombres 74,9% (n=271) vs mujeres 25,1% (n=91); p=0,011]. El acceso hospitalario mediante ambulancia se produjo en el 58,2% (n=306) [hombres 57,2% (n=215) vs mujeres 60,6% (n=91); p=0,464]. Finalmente, los hombres fueron ubicados mayormente en zonas de mayor vigilancia (Rea y Box) que las mujeres [hombres 54,2% (n=204) vs mujeres 46,6% (n=70)] en este caso una diferencia significativa (p=0,046).

CONCLUSIONES

Aunque la prioridad asignada por el MTS no difirió entre sexos, a las mujeres se les realizaron menos ECG y fueron derivadas con menor frecuencia a zonas de mayor vigilancia, lo que sugiere desigualdades en la atención inicial del IAM.

103

SÁBADO 8

11:12-11:22h

SESIÓN 3.

Sala de Comisión 4 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Laura Bonet Collado

AUTORES

Gabriele Kersulyte;

Josep Primo París;

Ana Micó Mañez;

CENTROS DE TRABAJO

Servicio Emergencias

Sanitarias de la

Comunidad Valenciana

VALORACIÓN DE LA RCP TELEFÓNICA DESDE EL SERVICIO DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA (SESCV)

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCREH) constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial con baja tasas de supervivencia. La intervención temprana por testigos y la reanimación cardiopulmonar telefónica (RCP-T) son clave para mejorar el pronóstico. En este contexto, resulta imprescindible analizar la calidad de las indicaciones ofrecidas los centros de coordinación de emergencias para optimizar la respuesta asistencial y reducir la variabilidad en la atención.

OBJETIVOS

El objetivo principal fue analizar la RCP-T realizada desde el Centro de Información y Coordinación de Urgencias (CICU) de la Comunidad Valenciana.

METODOLOGÍA

El estudio se diseñó como cuasi-experimental y transversal, a través de seis simulaciones de parada cardiorrespiratoria. En ellas participaron voluntarios sin conocimientos previos en RCP, que actuaron como primeros intervinientes realizando maniobras salvadoras bajo las instrucciones telefónicas del centro coordinador. Cabe destacar que estos profesionales desconocían que se trataba de

un escenario simulado, lo que permitió obtener un comportamiento más realista y evitar sesgos en la intervención. Se utilizó un maniquí monitorizado (Little Anne QCPR) para registrar parámetros objetivos de calidad de compresiones. La recogida de datos se basó en rúbricas propias basadas en las guías ERC, complementada con grabaciones de voz y vídeo. El análisis estadístico incluyó pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov), Chi-cuadrado y Fisher). El estudio contó con aprobación ética y autorización del SESCOV.

RESULTADOS

Se evidenció un retraso variable en el inicio de la RCP-T (1'30"-5'25"), con demoras en el reconocimiento de la PCR. Aunque se cumplieron aspectos esenciales (posición, localización de manos, frecuencia compresiones), se detectaron carencias en la indicación de retirar ropa y activar el DEA, nunca mencionados. El abordaje emocional fue irregular, con escaso interés hacia el reanimador y limitada recogida de antecedentes. No hubo diferencias significativas entre médicos y enfermeros, aunque sí variaciones en orientación técnica y ventilaciones.

CONCLUSIONES

Es necesario optimizar los protocolos de RCP-T en el CICU, reforzando detección precoz y formación técnica y emocional de los profesionales. La ausencia de referencia al DEA y la variabilidad en tiempos de inicio reflejan áreas críticas de mejora. Se recomienda implantar checklists y programas de entrenamiento que aseguren homogeneidad en las indicaciones y mayor seguridad para el paciente.

108

SÁBADO 8

11:24-11:34h

SESIÓN 3.

Sala de Comisión 4 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Dolores Mateos Clavero

AUTORES

Alba Virginia Moriche

Vázquez;

Isabel Herrera Maillo;

Ignacio Barbero Andrés;

Sara Matilla Mayo;

Iván Domínguez Fidalgo;

CENTROS DE TRABAJO

UME 6.1 de Coria

Centro de Salud de Coria

UME 7.1 de Plasencia

UME 7.3 de Jaraiz de la

Vera

Centro de Salud de

Torrejoncillo

TRATAMIENTO IN SITU DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA: ACCESO Y DISPONIBILIDAD A DEAS PÚBLICOS Y PRIVADOS EN EL ÁREA DE SALUD DE CORIA

INTRODUCCIÓN

El uso temprano de la desfibrilación en la parada cardiorrespiratoria incrementa las posibilidades de supervivencia. En Extremadura, el DECRETO 16/2019, del 12 de marzo, regula la instalación de desfibriladores externos automatizados (DEA) en el ámbito no sanitario, siendo obligatorio en espacios especialmente concurridos. No obstante, su instalación en zonas aisladas, como el Área de Salud de Coria, puede determinar la accesibilidad de la población a este recurso, limitando las opciones de supervivencia.

OBJETIVOS

Describir el número y localización de los DEAs públicos y privados en el Área de Salud de Coria.

Analizar la distancia y el tiempo de acceso desde los núcleos de población del Área de Salud de Coria al DEA más cercano.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo retrospectivo, en el que se ha recopilado la información sobre la localización de los DEAs de titularidad pública y privada del Área de Salud de Coria mediante la app Ariadna. Posteriormente, sobre el terreno, se ha verificado la información y se ha registrado la dis-

tancia y tiempo desde cada núcleo de población hasta el DEA más cercano en automóvil.

RESULTADOS

En el Área de Salud de Coria hay 40 núcleos de población con 42.572 habitantes. Todas las instalaciones de salud, entre las que se cuentan 1 hospital, 7 centros de salud y 34 consultorios locales, disponen de DEAs. Se han localizado 30 DEAs fuera del ámbito sanitario, de los cuales 10 son de titularidad privada y 20 de titularidad pública. Entre los 40 núcleos de población, 16 tienen uno o más DEAs fuera del ámbito sanitario. La distancia media al DEA más cercano es de 6,69 km (DT = 6,80 km), con un máximo de 27,3 km. El tiempo medio de acceso es de 7 minutos y 57 segundos (DT = 8 minutos y 14 segundos), con un máximo de 35 minutos

CONCLUSIONES

Aunque la dotación de DEAs en zonas rurales aisladas en el Área de Salud de Coria ha aumentado considerablemente existe una gran parte de la población cuya distancia y tiempo medio de acceso a estos dispositivos refleja una vulnerabilidad en situaciones de parada cardiorrespiratoria.

112

SÁBADO 8

11:36-11:46h

SESIÓN 3.

Sala de Comisión 4 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Marc Darné Segura

AUTORES

Abebe Estela;

Sandra Gómez;

Joana Waffelaert Pascual;

Antonio Rodríguez Núñez;

Silvia Aranda García;

CENTROS DE TRABAJO

INEFC BARCELONA

UNIVERSIDAD

DE SANTIAGO DE

COMPOSTELA

EFICACIA DE LA TELEASISTENCIA CON VIDEO PARA LA EVALUACIÓN DE LA RESPIRACIÓN POR TESTIGOS LEGOS

INTRODUCCIÓN

La evaluación rápida de la respiración normal es esencial para identificar una parada cardiorespiratoria. Si bien los operadores pueden brindar orientación telefónica, reconocer la respiración agónica sigue siendo un desafío importante para los testigos legos. En los últimos años, las tecnologías de videocomunicación, han emergido como herramientas innovadoras en diversos contextos médicos. Estos dispositivos permitirían a los profesionales de emergencias obtener una visión directa del escenario, lo que podría mejorar la precisión y rapidez en la evaluación de situaciones críticas, incluyendo la valoración de la respiración.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de dos modalidades de teleasistencia (asistencia por video mediante smartphone fijo [V-Cam] y asistencia telefónica solo por voz [C]) sobre la capacidad de los testigos y los operadores de emergencias para identificar el tipo de respiración en víctimas simuladas.

METODOLOGÍA

Estudio piloto experimental. Veintidós estudiantes de ciencias del deporte (legos en SVB; edad: $21,1 \pm 2,3$ años) fueron asignados aleatoriamente a V-Cam o C. Cada uno se enfrentó a 3 intentos con una víctima inconsciente si-

mulada y debían evaluar si la persona respiraba con normalidad o no. Una actriz entrenada interpretó aleatoriamente: ausencia de respiración, agónica y respiración normal. Evaluaciones: precisión diagnóstica (identificación correcta del tipo de respiración), tiempo hasta el diagnóstico y apertura adecuada de las vías respiratorias (mediante videograbación y lista de verificación).

RESULTADOS

En V-Cam hubo una mejor precisión en el diagnóstico respiratorio (V-Cam: 67%, C: 44%) y la correcta apertura de la vía aérea (V-Cam: 72%, C: 13%, $p < 0,001$). El tiempo medio hasta la evaluación respiratoria fue similar en ambos grupos (V-Cam: 49 ± 15 s, C: 56 ± 19 s, $p = 0,11$).

CONCLUSIONES

Cuando el experto ve la escena se favorece una mejor actuación de la A y la B de la valoración ABC incluyendo el reconocimiento de la respiración agónica por parte del testigo lego, y sin retrasar la respuesta. Dado que poder ver la escena y compartir la comprensión de la situación es clave para que los operadores guíen eficazmente a los testigos, nuestros hallazgos preliminares respaldan el uso de tecnologías de videocomunicación, como herramienta para mejorar la valoración de la respiración en emergencias extrahospitalarias.

113

SÁBADO 8
11:48-11:58h

SESIÓN 3.

Sala de Comisión 4 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Marc Darné Segura

AUTORES

Sandra Gómez;

Abebe Estela;

María García Martínez;

Antonio Rodríguez Núñez;

Silvia Aranda García;

CENTROS DE TRABAJO

INEFC BARCELONA

UNIVERSIDAD

DE SANTIAGO DE

COMPOSTELA

IMPACTO DE LA VIDEOASISTENCIA CON SMARTPHONE FIJO EN LA REANIMACIÓN PEDIÁTRICA POR TESTIGOS LEGOS

INTRODUCCIÓN

La reanimación cardiopulmonar pediátrica (RCP-P) requiere maniobras precisas que resultan difíciles para testigos legos. La teleasistencia telefónica presenta limitaciones. Tecnologías como videocámaras podrían permitir una guía visual en tiempo real más efectiva para la calidad de la reanimación.

OBJETIVOS

Evaluar la utilidad de la videoasistencia con cámara fija (V-Cam) frente a la asistencia telefónica (C) para guiar a testigos legos en la RCP-P simulada, incluyendo ventilaciones boca-a-boca y compresiones torácicas.

METODOLOGÍA

Estudio piloto experimental en entorno simulado. 22 estudiantes de ciencias del deporte, legos en SVB (edad: $21,1 \pm 2,3$ años) fueron asignados aleatoriamente a V-Cam o C. Debían realizar RCP-P sobre un maniquí pediátrico (Little Anne Júnior, Laerdal) asistidos por un experto. Protocolo según guías del consejo Europeo de Reanimación con 5 ventilaciones previas y 30:2 registrado durante dos minutos de reanimación. En V-Cam la asistencia fue con videollamada con smartphone situado en un trípode y con visión frontal del reanimador (cámara a altura

de 55cm del suelo, y 80cm de distancia de la víctima). En C la asistencia fue con el altavoz del smartphone. Evaluaciones de calidad de la reanimación registradas con App QCPR-trainer (Laerdal).

RESULTADOS

Con V-Cam hubo mejores resultados en: profundidad media ($p=0,024$) (C $43,70 \pm 5,50$ mm; V-Cam $51,42 \pm 8,65$ mm), %compresiones a buena profundidad ($p=0,007$) (C $16,90 \pm 31,82$ %; V-Cam $60,33 \pm 34,59$ %), %ventilaciones correctas ($p=0,025$) (C $37,10 \pm 32,94$ %; V-Cam $70,08 \pm 30,66$ %), n ventilaciones ($p=0,007$) (C $6,70 \pm 5,91$; V-Cam $14,67 \pm 6,50$), punto de compresión adecuado ($p=0,011$) (C 30%; V-Cam 92%).

CONCLUSIONES

Cuando el experto del centro de emergencias ve la escena mejora significativamente la ejecución de habilidades críticas durante la RCP tanto en las compresiones torácicas (profundidad, punto de compresión adecuado) como en las ventilaciones (ventilaciones efectivas) en comparación a la asistencia telefónica. Dado que poder ver la escena es clave para que los operadores de emergencias guíen eficazmente a los testigos legos, nuestros hallazgos preliminares respaldan el uso de tecnologías de videocomunicación como una herramienta para mejorar la calidad de la reanimación en emergencias extrahospitalarias

114

SÁBADO 8
12:00-12:10h

SESIÓN 3.

Sala de Comisión 4 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Elena Sanz de Miguel

AUTORES

Francisco Javier Acebedo

Esteban;

Sergio Cuerpo Lara;

CENTROS DE TRABAJO

SAMUR-PC

EL VALOR PRONÓSTICO DEL POTASIO SÉRICO EN PACIENTES CON PARADA CARDIORRESPIRATORIA NO TRAUMÁTICA EXTRAHOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

El potasio determina el potencial de membrana y la conducción miocárdica. La hiperpotasemia enlentece la conducción y puede causar bradiarritmias o asistolia, mientras que la hipopotasemia favorece arritmias ventriculares y deterioro hemodinámico. Por ello, el nivel inicial de potasio en una parada cardiorrespiratoria (PCR) ha sido objeto de estudio en relación con la recuperación de circulación espontánea (RCE) y el pronóstico neurológico.

OBJETIVOS

Analizar la relación entre categorías de potasemia al inicio de la PCR y la supervivencia o la mortalidad en diferentes intervalos temporales, el pronóstico neurológico, la interacción con el ritmo inicial (desfibrilable o no desfibrilable), y el posible valor predictor del mismo.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo sobre base prospectiva. Cohorte de pacientes con una PCR médica atendidos desde julio de 2022 hasta junio de 2025. Seguimiento de los supervivientes hasta los 7 días. Variables epidemiológicas: sexo y edad. Análisis descriptivo mediante medidas centrales y de dispersión

Análisis inferencial: Variable independiente: potasemia inicial. Variables dependientes: su-

pervivencia y resultado neurológico. Análisis univariable mediante chi-cuadrado y multivariable regresión logística binaria ajustada por edad, sexo, RCP por testigos y primer ritmo.

RESULTADOS

238 pacientes: 186 hombres (78%). Edad media: 64 años.

Se obtuvo una asociación significativa entre potasemia y supervivencia ($X^2=41.1$, $p<0.0001$). Hiperpotasemia (≥ 5.5 mmol/L): peor supervivencia (6-10%), sobre todo la hiperpotasemia moderada ($K = 5.5-6.5$). La hiperpotasemia grave ($K > 7.5$) se relaciona con mayor mortalidad in situ y peor resultado neurológico. Hipopotasemia leve ($k=2.5-3.5$): mayor tasa de supervivencia (45%) y mejores resultados neurológicos (CPC 1).

En el análisis multivariable, el ritmo desfibrilable y la hipopotasemia leve mantuvieron asociación independiente con la supervivencia, mientras que la hiperpotasemia mostró relación negativa

CONCLUSIONES

La potasemia inicial se asocia de forma significativa con la supervivencia, el momento de la mortalidad y el resultado neurológico en PCR no traumática extrahospitalaria, por lo que podría ser una herramienta pronóstica precoz en el manejo de estos pacientes.

Nuestros hallazgos se basan en pacientes cuya potasemia fue corregida según nuestros procedimientos. Esto junto al tamaño muestral reducido debe tenerse en cuenta a la hora de interpretar los resultados de nuestro estudio.

116

SÁBADO 8
12:12-12:22h

SESIÓN 3.

Sala de Comisión 4 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Fernando Lombardia
Recio

AUTORES

José Luis Montesinos Díaz;
María Arevalo de Pablos;
Fernando Pérez Muñoz;
Javier Fernández Topham;
Ervigio Corral Torres;

CENTROS DE TRABAJO

SAMUR PC

INTENCIONALIDAD, LESIONES Y DESENLACE DE LOS PACIENTES PRECIPITADOS ATENDIDOS POR UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

INTRODUCCIÓN

La precipitación de gran altura es un mecanismo lesional frecuente para los Servicios de Emergencia (SEM). Su premeditación refleja preocupantes problemas de salud mental. La alta energía originada en estos incidentes produce un patrón lesional grave, convirtiendo su manejo en uno de ellos más difíciles que abordan los SEM.

OBJETIVOS

Analizar las características clínicas, lesionales y contextuales de los pacientes precipitados atendidos por un SEM, relacionando: la intencionalidad, la altura de la caída y la mortalidad.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, analítico y retrospectivo con pacientes precipitados atendidos por un SEM durante el año 2024.

Se describen variables demográficas: edad y sexo. Variables independientes: altura de la caída; existencia o no de traumatismos: craneal, torácico, abdomino-pélvico, columnar y/o ortopédico

El estudio analítico utiliza variables dependientes binarias: premeditación o accidentalidad de la precipitación; fallecimiento in situ. Se utiliza U de Mann-Whitney para variables

cuantitativas sin distribución normal; así como Chi cuadrado para las cuantitativas. IC 95%.

RESULTADOS

108 pacientes, 79(73,15%) son varones. Edad media 37,89 años (DE:21,85). Fallecieron 26 pacientes (24,07%). La altura media de caída fue de 8,94 metros(m) (DE:8,24). Respecto de la intencionalidad o no; 50(51,02%) quedaron reflejados como accidentales y 48 (48,98%) premeditados. Presentaron lesión craneal 19 pacientes (17,59%), torácica 19(17,59%), abdomino-pélvica 22(20,37%), ortopédica 33(30,56%) y de columna vertebral 20(18,52%).

Los pacientes fallecidos se precipitaron a una distancia media de 17m(DE:11,29); respecto de los que no, 6,47m(DE:4,50), siendo esta diferencia significativa($p < 0.001$). De los 98(90,74%) pacientes en los que se registró la intencionalidad del suceso; fallecieron 18(18,4%), todos ellos se produjeron premeditadamente. De los 50 accidentales ninguno resultó fallecido ($p < 0.001$), resultando una diferencia estadísticamente significativa

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, hay una asociación significativa entre la intencionalidad y mortalidad, la totalidad de los pacientes que actuaron premeditadamente fallecieron, sobreviviendo los accidentales.

Existe también una correlación entre la altura de la caída y la mortalidad; es decir, a mayor energía, mayor gravedad del traumatismo. Las lesiones más frecuentes entre los precipitados fueron abdomino-pélvicas, ortopédicas y craneales.

121

SÁBADO 8

11:00-11:10h

SESIÓN 4.

Sala de Comisión 5 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Lorena Belda Martínez

AUTORES

César Sarrio Lucas;

Paula Usón Sanabria;

Diego Mora Jiménez;

Rodrigo Grandal

Terrejimero;

María del Rosario Muñoz

Condés;

CENTROS DE TRABAJO

SAMUR PC

COMUNICACIÓN DE FALLECIMIENTOS EN EMERGENCIAS: VARIABLES ASOCIADAS A LA RESPUESTA EMOCIONAL Y LA COMPLEJIDAD DE LA INTERVENCIÓN

INTRODUCCIÓN

La comunicación de fallecimientos en contextos extrahospitalarios constituye un reto complejo para los equipos de emergencias. El modo en que se transmite la noticia influye en la reacción inmediata de familiares y allegados, así como en el inicio del duelo. Las intervenciones psicológicas buscan contener la crisis, modular el impacto y prevenir complicaciones emocionales posteriores.

OBJETIVOS

Analizar las características de la intervención psicológica en fallecimientos extrahospitalarios, con especial atención al vínculo familiar, el carácter inesperado, la respuesta emocional y el tiempo de intervención.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo de 120 intervenciones psicológicas registradas en 2024. Se recogieron variables sobre vínculo con el fallecido, presencia en el suceso, carácter inesperado, reacción emocional, bloqueo, sexo de los familiares/testigos y tiempo de intervención. Se aplicaron análisis descriptivos, chi cuadrado, t de Student, ANOVA y regresiones logísticas para identificar predictores independientes ($p < 0.05$).

RESULTADOS

Entre los familiares presentes, la mayoría eran de primer grado (87 %). Las reacciones intensas se asociaron con sucesos inesperados ($p < 0.001$) y el bloqueo mostró la misma relación ($p < 0.001$). En el análisis multivariante, lo inesperado fue el principal predictor de reacción intensa (OR=5.1; IC95%: 1.9-13.5; $p = 0.001$). El tiempo de intervención fue mayor con familiares de primer grado (85 vs 60 min; $p < 0.001$) y en vía pública (80 vs 72 min; $p = 0.018$). La edad del fallecido mostró una asociación inversa con la intensidad: cada año menos aumentó un 2.6 % la probabilidad de reacción intensa (OR=0.97; IC95%: 0.95-0.99; $p = 0.008$). No se hallaron diferencias significativas según el sexo de los familiares atendidos.

CONCLUSIONES

Las intervenciones psicológicas en fallecimientos extrahospitalarios presentan mayor complejidad en los casos inesperados, en familiares de primer grado y en fallecidos más jóvenes, tanto por la intensidad de las reacciones como por el tiempo de acompañamiento. Los análisis multivariantes confirman que la inesperabilidad es el factor clave en la aparición de reacciones intensas y bloqueo, lo que refuerza la necesidad de protocolos específicos de comunicación de malas noticias en emergencias y de formación especializada en competencias comunicativas y de contención emocional.

125

SÁBADO 8

11:12-11:22h

SESIÓN 4.

Sala de Comisión 5 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Koldo Redondo Serrano

AUTORES

Izaskun Azcarate Blanco;

José Antonio Urigüen

garaizabal;

Mikel Leturiondo Sota;

José Julio Gutiérrez Ruiz;

Sofía Ruiz de Gauna

Gutiérrez;

CENTROS DE TRABAJO

Escuela de Ingeniería de

Bilbao. Universidad del

País Vasco/Euskal Herriko

Unibertsitatea (UPV/EHU)

IMPULSIVIDAD DE LAS COMPRESIONES TORÁCICAS DE LOS COMPRESORES MECÁNICOS Y DE RESCATADORES HUMANOS

INTRODUCCIÓN

Una mayor impulsividad en las compresiones torácicas durante la reanimación cardiopulmonar (RCP) mejora la perfusión, por lo que podría considerarse como un nuevo parámetro de calidad en la RCP. Dada la creciente utilización de dispositivos de compresión mecánica (DCM), es necesario estudiar su impulsividad y compararla con la obtenida durante compresiones manuales.

OBJETIVOS

Analizar y comparar los rangos de impulsividad de las compresiones administradas sobre un maniquí por los DCM y por personal profesional de emergencias.

METODOLOGÍA

Se registraron series de compresiones de 1 minuto sobre un maniquí sensorizado. Se consideraron 3 modelos de pecho, utilizando 3 muelles con coeficientes elásticos (k) de 59, 88 y 118 N/cm. Los DCM tenían una frecuencia de compresiones y una profundidad objetivo fijadas por el fabricante, a 100 cpm y en el rango entre 30 y 60 mm, respectivamente. La frecuencia de las compresiones manuales se guio mediante un metrónomo a 100 cpm, mientras que la profundidad objetivo, entre 50 y 60 mm, se visualizaba median-

te un sistema de feedback en tiempo real. Se calculó el índice de impulsividad de cada compresión (CI).

RESULTADOS

Se analizaron 4.570 compresiones mecánicas (4 DCM) y 5.243 compresiones manuales (17 rescatadores). El 67% y el 81% de las compresiones cumplieron con las recomendaciones de profundidad (50-60 cm), respectivamente. Para una rigidez estándar del pecho (k = 88) los DCM obtuvieron un CIIM de 4.2 (3.5-4.4) y los rescatadores un CIIR de 5.0 (4.5-5.6). Al aumentar la rigidez del pecho el CIIM disminuyó a 4.0 (3.6-4.4), mientras que el CIIR aumentó a 5.2 (4.6-6.0). Al disminuir la rigidez del pecho, CIIM aumentó a 4.3 (3.8-5.0) y CIIR disminuyó a 4.6 (4.3-5.1).

CONCLUSIONES

La impulsividad medida en las compresiones mecánicas es menor que la suministrada por los rescatadores. Frente a un pecho más rígido los DCM suministran compresiones de profundidad e impulsividad menores, mientras que los rescatadores incrementan su impulsividad para seguir el feedback de profundidad. Sugerimos incorporar la impulsividad como indicador de buena perfusión durante en el entrenamiento, en la monitorización de la calidad de la RCP y como parámetro para el diseño de los DCM.

126

SÁBADO 8

11:24-11:34h

SESIÓN 4.

Sala de Comisión 5 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Paz Gil Pérez-Nievas

AUTORES

Luis Alberto Gómez

Ortigosa;

Jared Marín Gallardo;

Miguel Zaragüeta Olave;

Carmen Zárate Oñate;

Itxaso Manzanos Areta;

CENTROS DE TRABAJO

SUE Tafalla

¿LLEGAMOS A TIEMPO? ANÁLISIS GEOGRÁFICO Y OPERATIVO DE LOS CÓDIGOS TIEMPODEPENDIENTES

INTRODUCCIÓN

Los códigos tiempo-dependientes requieren una respuesta rápida que garantice la supervivencia y minimice las secuelas. Este estudio analiza los tiempos de intervención en avisos atendidos por el equipo de Ambulancia de Soporte Vital Avanzado (ASVA) durante 2024.

OBJETIVOS

- Analizar tiempos de respuesta por distancia y tipo de código
- Evaluar resultados clínicos según localización
- Analizar eficacia del helicóptero en diferentes escenarios.

METODOLOGÍA

- Diseño: Estudio observacional retrospectivo
- Muestra: 80 avisos efectivos - ASVA-401-2024 (6 en helicóptero)
- Variables: Tipo de código, distancia, modalidad de traslado, tiempo total, resultado clínico.

RESULTADOS

El código más frecuente ha sido el código ictus(30%), seguido del código infarto(24%), del código trauma(23%) y del código parada(16%). El código menos frecuente ha sido el código sepsis(8%).

En el 92% el traslado se ha hecho por vía terrestre y en el 8% en helicóptero.

El tiempo medio de los avisos realizados en la población de la base son de 65,3 minutos de media, aumentando el 10% en poblaciones a <10km, el 20% en poblaciones a 10-20km, el 23% más en poblaciones a 20-30km y el 47% más en poblaciones alejadas a >40km.

Por otro lado, si comparamos el tiempo de los avisos en casos de politrauma por vía terrestre Vs aérea, la ventaja es de 13 minutos menos para los traslados en helicóptero, disminuyendo el tiempo hasta 23 minutos en ubicaciones a más de 20km.

Por último, en los códigos parada la supervivencia es del 40% si sucede en la población de la base, del 25% si sucede a <10km y del 0% si es a más de 10km

CONCLUSIONES

En códigos con tiempos de estabilización inicial comparables (ictus-infarto-sepsis) los tiempos son clínicamente aceptables en toda la geografía. En código politrauma el helicóptero muestra una efectividad selectiva, siendo beneficioso solamente en distancias largas (>20km). En los códigos parada la mortalidad es del 100% en localidades >10km, en cambio en la zona base es del 40%, siendo la distancia al SVA un factor pronóstico determinante. Por lo que sería recomendable reforzar cadena de supervivencia en zonas periféricas implementando programas de formación en RCP y DEA.

130

SÁBADO 8

11:36-11:46h

SESIÓN 4.

Sala de Comisión 5 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Alberto Hernández Tejedor;

AUTORES

Vanesa González Puebla;

Jorge Duerto Álvarez;

Sandra Ofelia Rosillo

Rodríguez;

María Jiménez Lapastora;

Sara Casanova Prieto;

CENTROS DE TRABAJO

SAMUR-Protección Civil

Hospital Universitario

Clínico San Carlos

Hospital Universitario La

Paz

Hospital Universitario 12

de Octubre

Hospital General

Universitario Gregorio

Marañón

EVOLUCIÓN RESPIRATORIA DE PACIENTES EN PARADA CARDIACA SEGÚN EL MODO VENTILATORIO. ANÁLISIS DEL ESTUDIO SYMEVECA

INTRODUCCIÓN

El estudio SYMEVECA demostró mejor ventilación y mejor evolución clínica de los pacientes en parada cardiaca extrahospitalaria no traumática (PCEH) que recibían ventilación mecánica (CCSV o IPPV) durante la RCP comparada con los que recibían ventilación con balón de resucitación. Recientemente se ha publicado un estudio realizado en cerdos que sugiere, en estos animales, mayor incidencia de neumotórax en los casos ventilados con CCSV que con IPPV.

OBJETIVOS

Analizar la evolución y aparición de complicaciones respiratorias en las primeras 24 horas de ingreso de los pacientes del estudio SYMEVECA que recuperaron pulso y fueron trasladados a un hospital, en función de la estrategia ventilatoria.

METODOLOGÍA

Estudio cuasiexperimental pragmático. Análisis post hoc. Población de estudio: todos los pacientes en PCEH del estudio SYMEVECA (persistencia de PCR 3 minutos después de intubación precoz) que fueron trasladados a un hospital. Periodo: 3,5 años. Agrupación según estrategia ventilatoria (CCSV, IPPV o balón de resucitación). Se analizan los parámetros gasométricos arteriales y las radiografías de tórax de las primeras 24 horas de ingreso hospitalario (neumotórax, otros signos de barotrauma e infiltrados

pulmonares según Modified Chest X-ray Scoring System). Variables cuantitativas como media \pm desviación estándar, cualitativas como porcentaje. Análisis bivariante con técnicas paramétricas y multivariable. Estudio aprobado por CEIm de referencia.

RESULTADOS

De las 773 PCEH registradas (63,9% recuperan pulso, 24,3% CPC 1-2), 521 se incluyeron en el estudio SYMEVECA, de las que 278 fueron trasladadas a hospital y constituyen la muestra de este análisis post hoc. Dos unidades (31 casos) no ha participado. Mujeres 22,3%, edad 62 ± 16 años, ritmo desfibrilable 47,1%, tiempo de respuesta $7,1 \pm 3,1$ minutos. Hubo un primer interviniente en el 73%.

Un total de 63 pacientes fueron declarados muertos en el momento del ingreso y no se les realizó radiografía o gasometría. El resto se distribuye en 36 pacientes ventilados en CCSV, 60 en IPPV y 88 con balón. Se encontró neumotórax a la llegada al hospital en 17 pacientes: 1 de CCSV, 7 de IPPV y 6 de balón (2,8%, 11,7% y 6,8%, respectivamente, $p = 0,26$). El Modified Chest X-ray Scoring System fue, respectivamente, $4,5 \pm 3,1$, $5,4 \pm 3,2$ y $5,1 \pm 3,0$ ($p > 0,25$ en todas las comparaciones). En los pacientes con gasometría arterial la PaO_2/FiO_2 fue respectivamente 250 ± 170 , 214 ± 114 y 206 ± 97 mmHg ($p = 0,09$ entre CCSV y los otros dos)

CONCLUSIONES

No existe una mayor incidencia de neumotórax con CCSV que con otras estrategias, la incidencia es menor sin diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes con PCEH trasladados a hospital. No hay diferencias en la aparición de infiltrados. CCSV se asocia a mejor situación gasométrica por PaO_2/FiO_2 que las otras estrategias sin datos estadísticamente significativos

144

SÁBADO 8

11:48-11:58h

SESIÓN 4.

Sala de Comisión 5 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Sergio Cuerpo Lara

AUTORES

Elena Sanz de Miguel;
 Juan Antonio Alba Suárez;
 Antonio Tobalina
 Fernández;
 Isabel Vázquez García;
 Jorge Pérez Vázquez;

CENTROS DE TRABAJO

SAMUR-Protección Civil

EUE San Juan de Dioa
 (Comillas)

ÍNDICE SHOCK COMO MARCADOR INDIRECTO EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

En 1967, dos médicos americanos, Algower y Burri, introdujeron el índice de shock para detectar y predecir el shock hipovolémico en los pacientes con trauma. Esa relación entre la frecuencia cardiaca y la Tensión arterial sistólica sigue siendo utilizada hoy en día para valorar el déficit de perfusión, especialmente en el trauma.

OBJETIVOS

Con este trabajo, hemos querido evaluar la fiabilidad de ese índice de shock como marcador indirecto de hemorragia grave, en el ámbito de un Servicio de Emergencias Extrahospitalario (SEM), a través de su correlación con parámetros metabólicos de hipoperfusión contrastados, como el exceso de bases (EB), lactato y pH.

METODOLOGÍA

Estudio observacional analítico retrospectivo, base de datos prospectiva continua. Cohorte: pacientes trasladados como Código Trauma por un SEM durante 3 años. Variables epidemiológicas: edad, sexo.

Variables exposición: pH, exceso de bases (EB) y lactato. Variable resultado: índice de shock. Se convirtieron las variables cuantitativas en variables categóricas binarias: Índice de

Shock: normal ($IS < 1$) y elevado ($IS \geq 1$) y los valores analíticos: EB (< -6), lactato (> 6 mmol/L) y pH ($< 7,10$).

Análisis estadístico: descriptivo (medidas centrales y de dispersión) e inferencial (correlaciones de Spearman y coeficiente Kappa para evaluar la concordancia entre el IS y los parámetros analíticos). Se valoró la normalidad con Prueba de Kolmogorov-Smirnov.

RESULTADOS

339 pacientes. 72,9% hombres. Mediana de edad 41 (RI 30-56) años. Media IS 0,78 (DE-0,32), EB -1,88 (DE-5,04), lactato 4,2 (DE-3,57) y pH 7.34 (DE 0,11).

El IS mostró la existencia de correlación con EB (ρ de Spearman = -0,291; $p < 0,001$), lactato ($\rho = 0,346$; $p < 0,001$) y pH ($\rho = -0,256$; $p < 0,001$). Sin embargo, al cuantificar dicha correlación con un coeficiente de concordancia (Índice Kappa de Cohen) los resultados fueron decepcionantemente bajos: 0,262 para EB, 0,279 para lactato y 0,158 para pH ($p < 0,001$ en todos los casos). En contraste, y como test de validación, la concordancia entre lactato y EB para la misma muestra fue notablemente mayor (Kappa = 0,572) $p < 0,001$.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta que una buena correlación en el índice de Kappa se valora a partir de 0,6, hay que considerar como "no fiable" como herramienta diagnóstica aislada al índice de Shock en los primeros momentos del trauma. Unos momentos donde los parámetros metabólicos si han demostrado una mayor fiabilidad en su relación con la lesionabilidad y el pronóstico de estos pacientes.

145

SÁBADO 8
13:00-13:10h

SESIÓN 5.

Sala de Comisión 4 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Ruth Libertad Gómez
Bravo

AUTORES

José María Arevalo la Calle;
Kapil Laxman Nanwani
Nanwani;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR PROTECCION
CIVIL

TORMENTA ARRITMOGÉNICA: ¿PODEMOS PREDECIR EL CAOS?

INTRODUCCIÓN

La tormenta arritmogénica, también conocida como "electrical storm", es una patología cardíaca crítica caracterizada por la aparición de arritmias cardíacas recurrentes y potencialmente graves. La detección precoz de dicha condición permitiría disminuir la morbimortalidad de estos pacientes.

OBJETIVOS

Determinar parámetros clínicos y analíticos que permitan diagnosticar y/o influir en el pronóstico de los pacientes con tormenta arritmogénica.

METODOLOGÍA

Estudio observacional analítico descriptivo e inferencial, retrospectivo con base de datos prospectiva. Cohorte de pacientes mayores de 18 años asistidos bajo los criterios de tormenta arritmogénica por un Servicio de Emergencias Médicas Extrahospitalarias entre 2021-2024. Variables epidemiológicas: edad, sexo. Variables independientes: parámetros metabólicos iniciales (BE, CO₃H, pH, Lactato, K, CO₃H, PCO₂, Glucemia, Ca, Na, y Cl), antecedentes patológicos, Doble desfibrilación secuencial (DDS). Variable dependiente: Supervivencia con buen resultado neurológico (CPC I-II). Análisis descriptivo mediante medidas centrales y de dispersión. Análisis inferencial: t de Student para variables cuantitativas, chi cuadrado para variables categóricas.

RESULTADOS

29 pacientes atendidos bajo los criterios de tormenta arritmogénica. Edad media 64 años (RIQ 55-78). 93,1% hombres (n=27). Ritmo inicial fue fibrilación ventricular en el 93,1% de los casos (n=27) y se mantuvo como ritmo de evolución arritmogénica en el 89,7% de los casos. Se realizó la técnica de doble desfibrilación secuencial en el 65,5% de los casos y el 10,3% cumplió criterios de ECMO. Los valores metabólicos medios iniciales fueron: Ph:7,20(DE:0,15), CO₃H:23,1(DE:3,4), Lactato:5,97(DE:3,4), PCO₂:60(DE-17,5), K:4,2(DE-0,83), Ca:1,23(DE-0,7) Glucemia:176,8(DE:114), Na:141,5(DE-4,8), CL:103,2(DE-18,2)

En cuanto a los antecedentes cardiovasculares, más del 30% presentaban cardiopatía isquémica previa, HTA y dislipemia, casi el 76% eran fumadores. El 75,9% (n=22) de los pacientes presentaron mala evolución neurológica (CPC \geq III), especialmente pacientes fumadores (95,5% VS 4,5%) y diabéticos (p<0,01). El 24,1% sobrevivió sin secuelas (CPC I-II). Al realizar el análisis comparativo, los pacientes fallecidos tuvieron al inicio de la asistencia un estado más acidótico, (7,17 VS 7,29 p<0,05) e hiperglucémico [191,09 VS 132,14 mg/dl p<0,005].

CONCLUSIONES

Con las limitaciones de ser un trabajo unicéntrico y con una corta n, el estudio nos muestra que los pacientes con una tormenta arritmogénica tienen unos parámetros metabólicos al inicio de la asistencia, no muy alejados de la normalidad, siendo aquellos que tiene mayor acidosis y cifras altas de glucemia los que están asociados a mayor mortalidad.

La supervivencia sin secuelas es algo mayor a las cifras habituales de recuperación global de paradas cardíacas. Respecto a la patología previa, nuestro estudio muestra que son la diabetes y el tabaco, los factores de riesgo cardiovascular que se asocian de forma más importante a una mayor mortalidad.

150

SÁBADO 8

13:12-13:22h

SESIÓN 5.

Sala de Comisión 4 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Angela Soler Sanchis

AUTORES

Estela Muñoz Bergasa;
Victor Cerrillo Luján;

CENTROS DE TRABAJO

Universitat de Valencia

AVERICUM

Hospital General

CUANDO LA FAMILIA PRESENCIA LA RCP: ENTRE LA HUMANIZACIÓN Y EL DILEMA PROFESIONAL

INTRODUCCIÓN

La presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar (PF-RCP) sigue siendo un tema de debate ético y emocional. Aunque favorece la comprensión del proceso y puede aliviar el duelo, muchos profesionales expresan inseguridad ante su aplicación, especialmente en entornos hospitalarios. Analizar cómo la experiencia y las actitudes personales influyen en esta percepción es clave para avanzar hacia una atención más humanizada.

OBJETIVOS

Analizar los factores profesionales, experienciales y formativos que condicionan las percepciones y actitudes del personal sanitario respecto a la PF-RCP, así como explorar sus preferencias personales ante una eventual reanimación propia.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se aplicó un cuestionario ad hoc aprobado por el Comité de Ética de la Universitat de València que se pasó a 85 profesionales sanitarios de la Comunitat Valenciana. Se incluyeron variables sociodemográficas, experiencia profesional, formación, ámbito laboral y actitudes hacia la PF-RCP. El análisis estadístico se realizó con SPSS 28.0 median-

te pruebas de Chi-cuadrado y T-Student ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Los profesionales del ámbito extrahospitalario mostraron una actitud significativamente más favorable hacia la PF-RCP (63,2 %) frente a los intrahospitalarios (10,6 %) ($p < 0,001$). La experiencia profesional fue determinante: el 64,5 % de los más experimentados opinó que la presencia familiar facilita la aceptación del desenlace, mientras que solo el 19,2 % de los sin experiencia compartía esa percepción. El dato más llamativo surgió al plantear la situación inversa: el 61,3 % de los profesionales extrahospitalarios desearían que sus propios familiares estuvieran presentes si ellos sufrieran una parada cardiorrespiratoria, frente al 81,5 % de los intrahospitalarios que preferirían lo contrario ($p < 0,001$). Esta preferencia personal se correlacionó con una visión más favorable hacia la PF-RCP ($p < 0,001$).

A pesar de que el 87,5 % no había recibido formación específica, la mayoría coincidió en la necesidad de protocolos claros y capacitación emocional para afrontar estas situaciones.

CONCLUSIONES

La experiencia y el contexto laboral influyen profundamente en la actitud hacia la PF-RCP y en las propias creencias del personal ante la posibilidad de vivir una reanimación. Promover la formación en habilidades comunicativas y protocolos de acompañamiento puede reducir la incertidumbre profesional y favorecer una práctica más humana y coherente con los valores del cuidado.

168

SÁBADO 8

13:24-13:34h

SESIÓN 5.

Sala de Comisión 4 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Youcef Azeli Jarosch

AUTORES

Carmen García Gual;
Eneko Barbería Marcalain;
Amanda Gomez Tortosa;
Ferando Lopez Segura;
Alberto Fernandez Sabater;

CENTROS DE TRABAJO

Sistema d'Emergències
Mèdiques de Catalunya

Institut de Medicina Legal
i Ciències Forenses de
Catalunya

Universidad Rovira i Virgili

PUEDE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL IDENTIFICAR EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DURANTE UN INTENTO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR?

INTRODUCCIÓN

Detectar las causas reversibles de una parada cardíaca puede ayudar a guiar estrategias terapéuticas como la fibrinólisis. Hasta donde sabemos no se han desarrollado modelos predictivos para identificar el tromboembolismo pulmonar (TEP) durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP).

OBJETIVOS

Desarrollar y validar un modelo diagnóstico basado en aprendizaje automático para predecir TEP durante los intentos de reanimación.

METODOLOGÍA

Los datos para este estudio se obtuvieron de un registro prospectivo de paradas cardíacas extrahospitalarias (PCEH) con múltiples fuentes de información realizado en una región mediterránea de 611.908 habitantes entre 2014 y 2017. Se incluyeron las PCEH de origen médico, tratadas con un intento de reanimación y con una causa confirmada. Las variables incluyeron síntomas previos al colapso documentados por los médicos tratantes, antecedentes médicos, datos de la atención prehospitalaria e información procedente de los registros hospitalarios y de autopsias forenses. Se desarrolló un modelo

basado en un árbol de clasificación con selección automática de variables, el cual fue validado internamente mediante validación cruzada "leave-one-out".

RESULTADOS

Se atendieron un total de 705 intentos de reanimación por causa médica. La causa de la PCEH se determinó en 363 casos (51,5%), de las cuales el 52,6% mediante autopsias forenses y el 47,4% con registros hospitalarios. La mediana de edad fue de 63 años (RIC 51-70), y el 76,3% eran hombres. La TC fue la causa de la PCEH en 92 casos (25,3%) y el TEP en 25 casos (6,9%). Las variables predictoras seleccionadas automáticamente incluyeron sexo, edad, síntomas iniciales (dolor torácico y síncope aislado), parada cardíaca presenciada, desfibrilación por los Servicios de Emergencias Médicas, antecedentes de enfermedad cardíaca previa, tabaquismo e índice de masa corporal. Para el TEP se obtuvieron dos modelos separados: uno para hombres con un AUC de 0,95 (IC 95%: 0,85-1) y otro para mujeres con un AUC de 0,90 (IC 95%: 0,79-1).

CONCLUSIONES

Este modelo predictivo basado en aprendizaje automático y aplicable durante un intento de RCP muestra una buena discriminación para identificar TEP como causa de la PCEH abriendo así un prometedor campo de investigación.

169

SÁBADO 8

13:36-13:46h

SESIÓN 5.

Sala de Comisión 4 (Planta 1)

PRIMER FIRMANTE

Javier Ramos Téllez

AUTORES

Javier Martínez Ariño;
Kapil Laxman Nanwani
Nanwani;
Almudena Concejero
Ballester;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR PC

EL RATIO GLUCOSA/POTASIO COMO VALOR PREDICTOR DE LA EVOLUCIÓN DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO MODERADO Y GRAVE

INTRODUCCIÓN

El ratio glucosa/potasio (RGP) es un marcador relevante en diversas patologías del SNC, incluyendo el traumatismo craneoencefálico (TCE), el trauma medular y la hemorragia intracraneal, asociándose niveles elevados con peor pronóstico y mayor mortalidad. La evidencia proviene de datos intrahospitalarios, por lo que no está claro si la determinación temprana del RGP a nivel extrahospitalario podría ser útil.

OBJETIVOS

Evaluar la utilidad del RGP extrahospitalario en el TCE, analizando su relación con la presencia de hemorragia intracraneal, el desarrollo de hipertensión intracraneal o edema cerebral y la mortalidad durante la primera semana.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo que incluyó pacientes con TCE grave o moderado (GCS 3-13) atendidos por ambulancias de SVA entre enero de 2021 y junio de 2025. Solo se incluyeron pacientes con al menos dos analíticas, utilizándose la segunda para determinar el RGP. Se realizó un seguimiento hospitalario de 7 días. En el análisis descriptivo se emplearon medidas centrales y de dispersión. Para el análisis

inferencial, y dado que la distribución de los valores del RGP no presentaron una distribución normal (concordando con diversa literatura científica), se aplicó una transformación logarítmica para aproximar la normalidad. Las diferencias entre grupos se evaluaron mediante la prueba t de Student con corrección de Welch para las medias y la prueba de Mann-Whitney U para la mediana.

RESULTADOS

Se incluyeron 237 pacientes (media de edad 46,2 años; 77,5% varones).

El RGP fue mayor en pacientes con hemorragia intracraneal frente a los que no la presentaron (media 41,6 vs 36,8, $p < 0,011$; mediana 40,7 vs. 38,0; $p < 0,012$).

Este parámetro también fue superior en los pacientes que desarrollaron hipertensión intracraneal o edema cerebral (media 46,1 vs. 39,8, $p < 0,005$; mediana 45,6 vs. 37,7; $p < 0,001$) y alcanzó su máxima diferencia en los pacientes fallecidos durante la primera semana frente a los supervivientes (media 55,7 vs. 40,4, $p < 0,001$; mediana 51,6 vs. 38,0; $p < 0,001$). Todas las diferencias descritas alcanzaron la significación estadística.

CONCLUSIONES

El Ratio glucosa/potasio extrahospitalario podría ser un adecuado marcador diagnóstico y pronóstico temprano en el TCE. Estudios multicéntricos y una mayor n, podrían confirmar los datos de este estudio.



PÓSTERS
AUDITORIO 3 (PLANTA BAJA)



5

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 1

PRIMER FIRMANTE

Lúa Sánchez Hernández

AUTORES

María Aranzazu Oronoz
Goñi;

Luis Del Castillo Garces;

CENTROS DE TRABAJO

Salvavidas Cardio

CS Parque Europa

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (NANDA I 2024 2026), RESULTADOS (NOC) E INTERVENCIONES (NIC) EN LOS CUIDADOS POST-REANIMACIÓN

INTRODUCCIÓN

Después de una reanimación cardiopulmonar (RCP) exitosa, es crucial implementar los Cuidados Postreanimación, considerados el quinto eslabón de la cadena de supervivencia. Estos cuidados se centran en preservar la estabilidad hemodinámica y neurológica del paciente para evitar secuelas y favorecer una recuperación óptima.

El profesional de enfermería asume un papel central en esta etapa, pero para visibilizar y estandarizar esta labor, es indispensable utilizar un lenguaje científico basado en la Taxonomía NANDA I, combinada con los instrumentos NOC para resultados y NIC para intervenciones.

JUSTIFICACIÓN

La edición NANDA I 2024 2026 (13.ª edición) incluye 277 diagnósticos clasificados en 13 dominios y 48 clases, de los cuales 56 son nuevos y muchos han sido revisados o refinados centlib.mui.ac.ir+14 nanda.org+14 shop.thieme.de+14 scribd.com shop.thieme.de+4 dokumen.pub+4 nandadiagnoses.com+4.

Aplicar estos diagnósticos, junto con los correspondientes NOC y NIC (actualizados en sus últimas ediciones, 2024), permite asegurar:

- Una atención sistemática y homogénea.
- Mejora de la seguridad y continuidad asistencial.
- Visibilidad y reconocimiento del trabajo de enfermería nursetogether.com

OBJETIVOS

- Seleccionar diagnósticos NANDA I pertinentes para los Cuidados Postreanimación.
- Definir resultados NOC e intervenciones NIC estándares para cada diagnóstico, facilitando su aplicación y seguimiento clínico.

MÉTODOS

Revisión de literatura en bases de datos (PubMed, CUIDEN, Cochrane, SciELO) y guías clínicas, con especial atención a la integración del sistema NNN (NANDA I, NOC, NIC) para la fase post RCP.

CONCLUSIONES

Los cuidados postreanimación representan una fase crítica en la recuperación del paciente. La utilización de la taxonomía NANDA I 2024 2026, junto con NOC 7.ª ed. y NIC 8.ª ed. 2024, permite:

- Estandarizar la práctica enfermera.
- Facilitar la comunicación intra y entre equipos.
- Mejorar la calidad y seguridad del cuidado del paciente. Se recomienda la adopción de este enfoque estructurado para aumentar la efectividad de las intervenciones y visibilizar el rol estratégico de la enfermería en la reanimación

6

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 2

PRIMER FIRMANTE

María Aranzazu Oronoz
Goñi

AUTORES:

Lúa Sánchez Hernández;
Luis Del Castillo Garces;

CENTROS DE TRABAJO

Centro de salud Parque
Europa

PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS DE MAYOR RELEVANCIA EN EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA MATERNA

INTRODUCCIÓN

La sociedad actual ha experimentado cambios significativos en los patrones de maternidad y paternidad, con un aumento de las gestaciones en mujeres de 35 a 45 años, muchas de ellas fruto de técnicas de reproducción asistida, lo que incrementa la incidencia de embarazos múltiples y, en consecuencia, de complicaciones obstétricas. A ello se suman factores epidemiológicos como la emigración, que introduce nuevos riesgos de salud y patologías emergentes.

Estos factores contribuyen a un incremento en el número de gestantes con patologías que pueden derivar en situaciones críticas, incluyendo la parada cardiorrespiratoria (PCR) materna. El conocimiento actualizado de estas patologías es crucial para el personal sanitario, especialmente en el contexto de la reanimación cardiopulmonar (RCP), ya que la respuesta precoz y adecuada puede ser determinante para la supervivencia materna y neonatal.

JUSTIFICACIÓN

En España, se estima que aproximadamente un 58% de las gestantes desarrollará alguna patología durante el embarazo y un 14,5% de los embarazos puede terminar en muerte fetal. Estas cifras reflejan la necesidad urgente de optimizar la atención materno-infantil. De

hecho, cuatro de los nueve Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos por la ONU en el año 2000 están relacionados con la mejora de la salud materna e infantil.

Las patologías obstétricas del tercer trimestre adquieren especial relevancia por el riesgo vital tanto para la madre como para el feto. La identificación precoz y el manejo adecuado de estas condiciones son esenciales para prevenir eventos como la parada cardiorrespiratoria, una situación que requiere una respuesta sanitaria inmediata y especializada.

OBJETIVOS

- Revisar y actualizar los conocimientos sobre las principales urgencias y emergencias obstétricas asociadas al tercer trimestre de gestación.
- Sensibilizar al personal sanitario sobre la importancia de conocer las patologías obstétricas con mayor riesgo de desencadenar una parada cardiorrespiratoria materna.

MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica a través de bases de datos especializadas (PubMed, CUIDEN, Biblioteca Cochrane, SciELO), así como de guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y monografías relacionadas con la atención obstétrica urgente y la parada cardiorrespiratoria en gestantes.

CONCLUSIONES

El tercer trimestre de gestación representa una etapa crítica en la que se deben equilibrar las necesidades de supervivencia materna con la viabilidad fetal. El riesgo de desarrollar patologías graves en este período puede conducir a una PCR materna, situación de extrema gravedad que requiere una rápida identificación y actuación.

Es fundamental que todo el personal sanitario implicado en la atención a la mujer embarazada conozca las peculiaridades fisiológicas de la gestación, las principales patologías del tercer trimestre y su potencial evolución hacia una PCR. Solo mediante una preparación adecuada y una actuación precoz será posible mejorar los desenlaces materno-infantiles en situaciones de emergencia.

9

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 3

PRIMER FIRMANTE

José Garrido Molina

AUTORES

Verónica Victoria Márquez Hernández; José Javier García del Águila; José Miguel Garrido Carricondo; Esteban Montoya Giménez ; Laura Helena Antequera Raynald;

CENTROS DE TRABAJO

Universidad de Almería

Hospital HLA
Mediterráneo, Almería

Tercio Don Juan de Austria
3º de la Legión, Almería

Hospital Vithas Almería

UN RETO SANITARIO: NIJAR (ALMERÍA, ESPAÑA) COMO ZONA CARDIOASEGURADA

INTRODUCCIÓN

Las medidas más eficaces demostradas en varios países para mejorar las tasas de supervivencia tras una parada cardíaca incluyen, entre otras, la formación de la población general en técnicas de soporte vital básico (SVB) y la instalación de desfibriladores en espacios públicos (DEA). La Sociedad Española de Cardiología y la Fundación Española del Corazón recomiendan, entre otras acciones en su manual sobre Muerte Súbita Cardíaca y Cardioprotección en España, la colaboración con los gobiernos locales como elemento clave, a través de diversas iniciativas destinadas a garantizar una cardioprotección adecuada en nuestras ciudades. Las grandes ciudades han avanzado significativamente en convertirse en espacios cardioseguros. Sin embargo, en zonas más pequeñas y/o con menos habitantes y una amplia dispersión geográfica, estas medidas aún están en curso. El panorama municipal en España se caracteriza por una población envejecida que puede tener un mayor riesgo de problemas cardíacos.

OBJETIVOS

El objetivo del presente proyecto era establecer una zona cardiosegura en el municipio de Níjar (España).

METODOLOGÍA

El proyecto se basó en dos acciones clave recomendadas por las principales asociaciones de reanimación: 1) Formar a la población en técnicas de soporte vital básico, y 2) Instalar desfibriladores en lugares públicos. El proyecto fue financiado conjuntamente por la Universidad de Almería y el Ayuntamiento de Níjar.

RESULTADOS

Como resultado, se han instalado 8 desfibriladores semiautomáticos en lugares estratégicos de todo el municipio de uso público. Además, más de 500 personas de diversos sectores y servicios de emergencia (bomberos, policía local, etc.) han recibido formación. Por otra parte, el proyecto ha promovido una mayor concienciación de la comunidad sobre la salud cardiovascular.

CONCLUSIONES

Esta iniciativa permite a los ciudadanos asumir un papel activo y responsable en la respuesta a emergencias, preparándolos para intervenir en situaciones críticas antes de que lleguen los servicios de emergencia profesionales. Además, se espera que estas acciones promuevan un aumento en la tasa de respuesta temprana por parte de los socorristas, mejoren la concienciación de la comunidad sobre la salud cardiovascular y aumenten la seguridad en los espacios públicos

11

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 4

PRIMER FIRMANTE
Andima Larrea RedinAUTORES
Asier Losada Carballo;
Francisco Javier Gil
Martín;
Erik Alonso González;CENTROS DE TRABAJO
Emergentziak-
OsakidetzaEscuela de Ingeniera
Superior de
Telecomunicación

CONCIENCIA INDUCIDA POR REANIMACION: A PROPOSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

La conciencia inducida por reanimación (CRIC: Cardiopulmonary Resuscitation Induced Consciousness) es un fenómeno poco frecuente, pero en aumento durante la reanimación cardiopulmonar (RCP), debido a compresiones de alta calidad que generan aumento del flujo cerebral. Se ha descrito como movimientos de extremidades, apertura ocular, incluso habla, provocando desconcierto entre los reanimadores, y generando interrupciones innecesarias de las compresiones ante sospecha de retorno de la circulación espontánea (ROSC), así como uso inadecuado de sedantes y relajantes musculares. Es más frecuente en varones jóvenes y en ritmos desfibrilables, asociándose con mejor pronóstico y supervivencia al alta.

PROPÓSITO

Varón, 58 años, antecedentes personales (AP) de dislipemia y tabaquismo activo. Mientras realizaba ejercicio en un gimnasio, comienza con mal estar general, sudoración y dolor torácico típico. Tras unos minutos pierde el conocimiento entrando en situación de parada cardio-respiratoria (PCR), iniciándose RCP básica guiada desde centro coordinador. Acude soporte vital avanzado, comenzando con RCP avanzada, objetivando ritmo inicial fibrilación ventricular (FV). Tras dos

desfibrilaciones, el paciente levanta el brazo izquierdo y ante sospecha de ROSC se detienen compresiones objetivando FV, cayendo el brazo elevado. Posteriormente de nuevo el paciente flexiona el cuello manteniéndose, se detienen nuevamente compresiones y cede la flexión, persistiendo FV. Tras 8 minutos de RCP se consigue ROSC. El paciente es diagnosticado de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) en cara infero-lateral.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Tras cuidados post-reanimación se traslada a unidad de hemodinámica para cateterismo emergente, objetivando oclusión completa de arteria descendente anterior (DA) y de coronaria derecha (CD), con implantación de sendos stent. Regresa a UCI y tras 15 días de ingreso con evolución favorable, es dado de alta con score Cerebral Performance Categories (CPC) 1.

CONCLUSIONES

La conciencia inducida por reanimación es un fenómeno raro pero creciente durante la reanimación cardiopulmonar dadas las mejoras en la calidad de las compresiones. Es importante familiarizarse con el proceso y reconocerlo, evitando interrupciones innecesarias de las compresiones cardiacas, así como uso de medicamentos sedantes y/o relajantes neuromusculares. Así mismo es un indicador de buen pronóstico y elevada posibilidad de recuperación completa al alta.

12

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 5

PRIMER FIRMANTE
Andima Larrea RedinAUTORES
Asier Losada Carballo;
Francisco Javier Gil Martín;
Erik Alonso González;CENTROS DE TRABAJO
Emergentziak-OsakidetzaEscuela de Ingeniera
Superior de
Telecomunicación

LA BRADICARDIA INFRADIAGNOSTICADA: SINDROME DE BRASH.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Brash (Bradycardia, Renal Failure, Atrioventricular node Blockade, Shock, Hyperkalemia), es una causa infradiagnosticada de bradicardia, altamente desconocido, y con escasa bibliografía al respecto, siendo éste el primer caso descrito a nivel prehospitalario tras revisar bibliografía. Se produce por un efecto sinérgico entre fármacos que enlentecen la conducción del nodo auriculoventricular (AV) y la hiperkalemia, de modo que la bradicardia genera caída del gasto cardíaco con la consiguiente hipoperfusión renal, generando hiperpotasemia, y acumulándose los fármacos frenadores, cerrándose así el círculo vicioso. Es importante resaltar que estas alteraciones se dan con dosis de fármacos en rango, permitiendo diferenciarlo de las bradicardias secundarias a sobredosificación farmacológica. El tratamiento se basa en la retirada del fármaco bloqueador del nodo AV así como del tratamiento de las alteraciones hidroelectrolíticas.

PROPÓSITO

Mujer de 89 años. Antecedentes personales: Hiperuricemia, claudicación intermitente, enfermedad renal crónica (ERC) e hipertensión arterial (HTA) en tratamiento con Bisoprolol, Olmesartan y Amlodipino. Avisa por astenia y síncope, constatándose a la llegada de UVI

móvil de ritmo de escape nodal a 32 lpm con inestabilidad hemodinámica a expensas de tensión arterial 60/40mmHg. Se realiza gasetría venosa, objetivándose: K 6,3; Lactato 5,39; Cr 1,79.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

La paciente es diagnosticada de síndrome de Brash. Se inician medidas anti-hiperkalemia y expansión intravascular, siendo trasladada a urgencias hospitalarias, donde se continúa con el mismo tratamiento, obteniendo buena respuesta y corrigiéndose las alteraciones analíticas. Se ingresa en planta para estudio, donde se corrobora el diagnóstico inicial. Se procede a retirar el Betabloqueante permitiendo ser dada de alta asintomática y en situación basal.

CONCLUSIONES

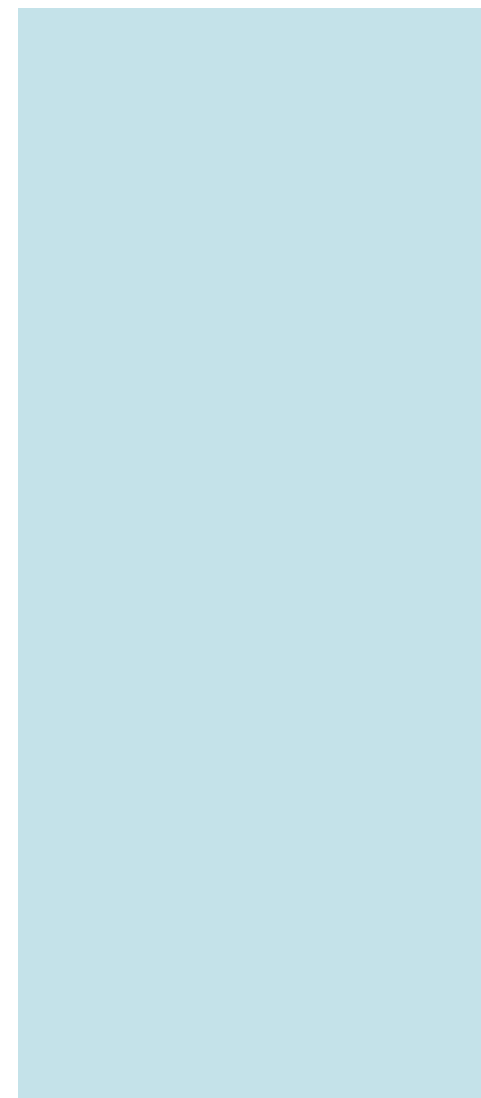
El síndrome de Brash es una causa altamente desconocida de bradicardia severa, con escasa bibliografía al respecto, producida por una sinergia entre fármacos frenadores del nodo AV y la hiperpotasemia. Es más frecuente en pacientes de edad avanzada y polimedicados. Requiere una alta sospecha diagnóstica pudiéndose diagnosticar gracias a la disponibilidad de analizadores sanguíneos en el ámbito prehospitalario, apreciándose alteraciones renales e hiperkalemia. Tras ello es fundamental la suspensión del fármaco frenador del nodo, así como tratamiento de las alteraciones hidroelectrolíticas, siendo el pronóstico muy favorable.

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 6

PRIMER FIRMANTE

PÓSTER RETIRADO DE LA EXPOSICIÓN



22

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 7

PRIMER FIRMANTE
Maikel FalconAUTORES
Olabiya Akala;
Guillermo Foncerrada;
Alfredo Castellanos;CENTROS DE TRABAJO
Emergency Medicine
ResidentDoctors Hospital at
Renaissance.Edinburg,
Texas

ENVENENAMIENTO POR SERPIENTE (CROTALUS) CON COAGULOPATÍA EN UNA MUJER DE 47 AÑOS: INFORME DE CASO Y REVISIÓN DEL MANEJO

INTRODUCCIÓN

El envenenamiento por serpientes crotálicas constituye una urgencia médica que puede desencadenar complicaciones locales y sistémicas, entre ellas la coagulopatía. Su identificación y manejo oportuno son determinantes para evitar desenlaces fatales.

PROPÓSITO

Presentar el caso de una paciente de 47 años con antecedentes de obesidad e hipertensión que desarrolló coagulopatía secundaria a mordedura de serpiente (*Crotalus*) y revisar brevemente los principios de manejo clínico prehospitalarios y hospitalarios.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

La paciente acudió con dolor e inflamación en el pie derecho seis horas después de la mordedura. Al examen físico se observaron dos marcas de colmillo con eritema y edema local. Los estudios de coagulación evidenciaron coagulopatía (prolongación de TP, INR y TTPa). Fue admitida en la unidad de cuidados intensivos, recibió dosis inicial y tres adicionales de antiveneno CroFab, con estabilización progresiva del cuadro y sin extensión de la lesión local. Posteriormente fue trasladada a sala general, completó fisioterapia y egresó en condiciones estables con seguimiento ambulatorio

CONCLUSIONES

La coagulopatía constituye una complicación grave y característica del envenenamiento crotálico. Este caso subraya la necesidad de diagnóstico temprano, administración precoz de antiveneno y vigilancia estricta de parámetros de coagulación para reducir riesgos y mejorar los resultados clínicos.

23

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 8

PRIMER FIRMANTE

Jessica Gutiérrez
Hernández

AUTORES

Carlos Torres Pardo;
María Cardells Peris;

CENTROS DE TRABAJO

HOSPITAL
UNIVERSITARIO RIO
HORTEGA

SES CV

HOSPITAL DE MANISES

EL COSTE DE UNA MALA FORMACIÓN EN RCP: IMPACTO CLÍNICO Y LEGAL EN PRIMEROS INTERVINIENTES

INTRODUCCIÓN

La reanimación cardiopulmonar (RCP) precoz es un eslabón fundamental de la cadena de supervivencia en la parada cardiorrespiratoria. Los primeros intervinientes no sanitarios, como bomberos, policías y equipos de rescate, desempeñan un papel esencial en este proceso. Sin embargo, una formación insuficiente o inadecuada en RCP puede generar complicaciones iatrogénicas que condicionen tanto la calidad de la asistencia como la evolución clínica de los pacientes.

OBJETIVO

Analizar las posibles complicaciones clínicas y responsabilidades derivadas de una formación deficiente en RCP en colectivos no sanitarios que actúan como primeros intervinientes.

METODOLOGÍA

Revisión narrativa de la literatura científica y guías internacionales sobre las complicaciones más frecuentes asociadas a maniobras de RCP mal ejecutadas, así como análisis de la evidencia sobre programas formativos en primeros intervinientes. Se incluyeron estudios publicados entre 2015 y 2024 en bases de datos PubMed, Scopus y Cochrane.

RESULTADOS

Se identificaron como complicaciones más habituales:

- Lesiones torácicas: fracturas costales (30-65% de los casos), fracturas esternales, y riesgo de neumotórax.
- Lesiones viscerales: daño pulmonar, hemo-tórax y contusión miocárdica.
- Aspectos médico-legales: responsabilidad derivada de intervenciones inadecuadas en ausencia de protocolos de entrenamiento continuado.

La evidencia muestra que programas formativos estructurados, con reciclaje periódico y entrenamiento con maniqués de alta fidelidad, reducen significativamente la incidencia de complicaciones graves sin disminuir la tasa de supervivencia.

CONCLUSIONES

Una formación insuficiente en RCP en primeros intervinientes no sanitarios puede incrementar el riesgo de complicaciones clínicas en pacientes recuperados de parada cardiorrespiratoria y generar responsabilidades legales para los equipos actuantes. Se subraya la necesidad de programas normalizados, evaluables y periódicos de formación en RCP adaptados a colectivos no sanitarios, garantizando la eficacia asistencial y la seguridad del paciente.

24

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 9

PRIMER FIRMANTE
Virginia Vara MañanasAUTORES
Carlos Torres Pardo;
María Cardells Peris;CENTROS DE TRABAJO
SES CV

HOSPITAL DE MANISES

DEFIBRILADORES SIN FORMACIÓN: UNA CADENA DE SUPERVIVENCIA INCOMPLETA

INTRODUCCIÓN

La instalación de desfibriladores externos semiautomáticos (DESA) en espacios públicos se ha incrementado en los últimos años, impulsada por la normativa que regula su presencia en lugares con alta afluencia. Sin embargo, la cadena de supervivencia no depende únicamente de la disponibilidad de dispositivos, sino también de la capacidad de los primeros intervinientes para reconocer y actuar precozmente en una parada cardiorrespiratoria. La ausencia de formación básica en reanimación cardiopulmonar (RCP) en la población general limita el impacto real de la estrategia de cardioprotección.

OBJETIVO

Analizar la relación entre la implementación de desfibriladores en ámbitos no sanitarios y la necesidad de programas formativos en RCP dirigidos a la comunidad, con el fin de mejorar la eficiencia de la cadena de supervivencia.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica en bases de datos (PubMed, Scopus, Cochrane) entre 2015 y 2024, incluyendo estudios que evaluaran la eficacia de la instalación de desfibriladores en espacios públicos y el grado de formación en RCP de los primeros intervinientes. Asimismo, se

compararon los resultados de programas comunitarios de formación en RCP en distintos entornos urbanos.

RESULTADOS

La evidencia muestra que la mera disponibilidad de desfibriladores no garantiza un aumento significativo en la supervivencia si no se acompaña de formación en RCP. Los programas que combinan instalación de DESA con capacitación básica a personal no sanitario y comunidad logran un incremento en la tasa de uso de los dispositivos y una mejora en la supervivencia extrahospitalaria hasta en un 30%. Además, la percepción de seguridad ciudadana aumenta cuando las personas se sienten capacitadas para intervenir

CONCLUSIONES

La estrategia de cardioprotección debe ir más allá de la colocación normativa de desfibriladores. Es imprescindible incorporar programas de formación en RCP y desfibrilación básica en la comunidad para garantizar una respuesta temprana y eficaz ante una parada cardiorrespiratoria. Solo la combinación de tecnología y capacitación ciudadana permitirá consolidar una cadena de supervivencia eficiente en entornos no sanitarios.

25

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 10

PRIMER FIRMANTE

Daniel Malonda
Almiñana

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Clínic
Universitari de València

SALVAR VIDAS EN CASA: FORMACIÓN Y EFICACIA DE LA RCP EN FAMILIARES DE PACIENTES CARDIÓPATAS

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardíacas, entre ellas la cardiopatía isquémica, las arritmias graves y las cardiopatías congénitas, constituyen una causa relevante de morbimortalidad y pueden derivar en parada cardiorrespiratoria (PCR). En España se producen aproximadamente 25.000 PCR extrahospitalarias anuales, mayoritariamente en domicilios; aunque suelen ser presenciadas, sólo una minoría recibe reanimación cardiopulmonar (RCP). Los familiares constituyen testigos clave, pero presentan conocimientos insuficientes en RCP, tanto en adultos como en niños de alto riesgo, subrayando la necesidad de programas formativos específicos.

OBJETIVO

Analizar los conocimientos en RCP de familiares de pacientes cardiopatas antes y después de intervenciones formativas, comparando población adulta y pediátrica y valorando la necesidad de programas estandarizados en España.

METODOLOGÍA

Búsqueda en PubMed, Dialnet y SciELO con tesauros relacionados con RCP, familiares y cardiopatía. Se incluyeron estudios de los últimos 15 años que evaluaran conocimientos pre y postformación en cuidadores, excluyen-

do duplicados, revisiones narrativas y estudios centrados en profesionales sanitarios.

RESULTADOS

Los resultados muestran que, internacionalmente, más del 70% de familiares presentan conocimientos insuficientes preformación, con déficits especialmente en maniobras prácticas, priorización de compresiones y uso del DEA. En España, solo el 9,6% de familiares alcanza conocimientos adecuados, aunque un alto porcentaje manifiesta interés en formarse. En población pediátrica, tanto internacional como nacional, se evidencia la necesidad de formación previa al alta de niños de alto riesgo y la demanda de cuidadores por capacitarse.

Tras la formación, en todos los contextos se observa un aumento significativo y sostenido de los conocimientos teórico-prácticos. En adultos, se alcanzan mejoras superiores al 85% en compresiones, valoración de seguridad y uso de DEA, manteniéndose hasta 3-4 meses. En pediatría, los talleres incrementan la autoconfianza de los cuidadores, reducen la ansiedad y permiten aplicar RCP exitosamente en casos reales de PCR, asegurando supervivencia y buen estado neurológico. La combinación teórico-práctica y materiales de refuerzo, supervisada por Enfermería, favorece la retención de habilidades.

CONCLUSIONES

La formación en RCP para familiares es efectiva y sostenible, con impacto directo en la supervivencia. La ausencia de programas estandarizados en España representa una oportunidad de mejora, y su implementación liderada por Enfermería podría constituir una herramienta clave de prevención.

26

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 11

PRIMER FIRMANTE
José Tendero RebolloAITORES
Jordi Molina Carrillo;
Anabel Alba Vargas;
Diego Ortuño Esquivel;
Joanna César Navarro;
José Soria García;CENTROS DE TRABAJO
FALCK - SEM CATALUNYA

UIC

FALCK SERVICIOS
SANITARIOS

URGENCIAS INVISIBLES: PATOLOGÍAS TIEMPO-DEPENDIENTES QUE PIDEN VOZ

INTRODUCCIÓN

Las “urgencias invisibles” son situaciones clínicas que requieren atención rápida pero a menudo pasan desapercibidas para pacientes y profesionales. Esto se debe a que la urgencia se asocia con síntomas alarmantes, ignorando otros menos evidentes, un problema acentuado en contextos de alta demanda o triaje rápido.

OBJETIVO

Analizar las “patologías invisibles” en la primera asistencia de urgencia, centrándose en el rol de los profesionales asistenciales y proponiendo mejoras para su abordaje. Los objetivos específicos incluyen caracterizar estas patologías, evaluar cómo los profesionales las identifican y manejan, identificar los desafíos actuales en su reconocimiento, y proponer estrategias y recomendaciones para optimizar la formación, los protocolos y la comunicación.

METODOLOGÍA

Análisis tipo scooping review de las publicaciones citadas en bibliografía, sesgando el estudio en puntos comunes que identifiquen el motivo del no-reconocimiento de patologías emergentes en la evaluación primaria.

RESULTADOS

Entre el 5% y el 15% de las “urgencias invisibles” pueden no ser reconocidas en la evaluación inicial en primera asistencia.

El estudio publicado por Singh et al. en el año 2013 define una cohorte de 190 errores diagnósticos en enfermedades con gravedad moderada-severa que se presentaron con signos inespecíficos.

En emergencias, entre el 2% y el 5% de los pacientes son dados de alto sin diagnóstico correcto en la primera evaluación o sin escalar recurso asistencial en patología definitiva grave (IAM, ACV, disección aórtica,...).

La aplicación del XABCDE contrarresta la tendencia a depender de patrones, facilita la identificación de “red flags”, prioriza asistencia y evita los “diagnostic pitfalls”.

CONCLUSIONES

El uso sistemático del XABCDE integrándolo en las herramientas de apoyo a la decisión clínica junto con una estrategia de “safety netting” mejorará la seguridad del paciente desde el primer nivel de atención.

Las urgencias invisibles siguen siendo un reto en la atención de emergencias, ya que un porcentaje relevante de casos no se identifica en la primera valoración por síntomas inespecíficos o sesgos cognitivos. El uso de herramientas estructuradas como el XABCDE (incluso integrándolo en las herramientas para la toma de decisión clínica) y la mejora de la formación y protocolos son clave para reducir errores y optimizar la detección temprana de estas patologías.

27

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 12

PRIMER FIRMANTE

Fernando Nieto
Hernández

AUTORES

Leticia Silva Iglesias;
Ruth María Romero
Domínguez;
María teresa Lucas
Calvo;
Rosario García Álvarez;
Jorge Blázquez García;

CENTROS DE TRABAJO

UME Ciudad Rodrigo
Sacyl

UENE Fermoselle Sacyl

EL RETO DEL ACCIDENTE DE TRÁFICO EN EL MEDIO RURAL

INTRODUCCIÓN

Aviso de accidente de tráfico a las 11:30 horas de un 31 de agosto. Dos turismos, un camión, seis ocupantes con cuatro atrapados, bomberos, Guardia Civil, una Unidad Medicalizada de Emergencias, dos Soportes Vitales Básicos y más de una hora de traslado al centro útil.

Ante esta situación se crea la necesidad de saber gestionar correctamente los tiempos y los recursos y saber qué criterios son importantes valorar para tomar las primeras decisiones.

PROPÓSITO

Conocer la importancia de realizar un correcto triaje teniendo en cuenta el mecanismo lesional, la biomecánica del trauma y el nivel de atrapamiento de los ocupantes para gestionar correctamente los recursos sanitarios y el resto de los servicios de emergencia haciendo una previsión del tiempo necesario para efectuar los rescates, para la estabilización de los heridos en la escena y para el traslado al centro útil.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Un ocupante ileso.
- Una ocupante con ansiedad. Atrapamiento mecánico.
- Cuatro politraumatizados graves:
 - o Traumatismo craneoencefálico grave con GCS de 6 y otorragia izquierda. Atrapamiento físico tipo 1.

- o Traumatismo abdominal con vientre en tabla objetivando con la Eco-Fast líquido libre en el espacio de Douglas sospechando fractura de pelvis. Atrapamiento físico tipo 2.

- o Traumatismo torácico con neumotórax abierto y posible volet costal derechos. Atrapamiento físico tipo 2.

- o Parada cardiorrespiratoria con trauma torácico y sospecha de rotura aórtica. Fallecida.

CONCLUSIONES

El medio rural sin duda tiene sus peculiaridades y pone en jaque a los servicios de emergencia ante este tipo de avisos. Se pone de manifiesto que una correcta valoración 360° de la escena teniendo en cuenta la biomecánica del trauma ayuda a adelantarnos a las posibles complicaciones de los heridos. Además, la temprana determinación del nivel de atrapamiento de los heridos hace plantearnos las medidas terapéuticas a tomar debido a la previsible complejidad de los rescates.

Así mismo, el mando y control durante la intervención y una correcta coordinación con el resto de los servicios que intervienen hace que se disminuya el tiempo de trabajo en la escena y se optimicen los rescates con una correcta sanitización durante la excarcelación.

28

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 13

PRIMER FIRMANTE

Sara Gutiérrez Pérez;

AUTORES

Paula García Vega;

Mercedes Pous Mas;

CENTROS DE TRABAJO

HOSPITAL

UNIVERSITARIO LA

RIBERA

GOLPE DE CALOR COMO URGENCIA VITAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

El caso se sitúa en una región de clima mediterráneo seco, con veranos calurosos, elevadas temperaturas y humedad relativa significativa.

La alta vulnerabilidad de la zona a fenómenos extremos (temperaturas elevadas, sequías...), intensificados por el cambio climático, incrementa el riesgo de golpes de calor (GC).

El GC puede ser clásico, por fallo termorregulador y ausencia de sudoración, o por ejercicio, donde puede haber sudoración por producción excesiva de calor. Ambos causan hipertermia y alteración neurológica.

PROPÓSITO

El GC es una emergencia médica potencialmente mortal, tiempo-dependiente (TD) que precisa identificación precoz y manejo urgente.

Se produce cuando el mecanismo de termorregulación del cuerpo falla, generando hipertermia extrema acompañada de alteraciones neurológicas y posibles signos de disfunción multiorgánica.

En el servicio de urgencias (SU), el diagnóstico y tratamiento precoz del mismo son cruciales para reducir la mortalidad y morbilidad asociada.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Varón de 13 años traído a SU por visión borrosa, mareo, palidez y posterior pérdida de consciencia mientras realizaba deporte intenso durante un tiempo a elevadas temperaturas. A su llegada, disminución del nivel de consciencia, hipertermia, inestabilidad hemodinámica y abrasiones por arrastre.

Ante sintomatología, se asigna desde triaje una prioridad máxima, siendo atendido inmediatamente.

Se inicia protocolo de actuación de GC con monitorización, canalización de accesos vasculares, extracción de gasometría y analíticas (AS) con perfil de creatinina (CK), reposición de electrolitos fríos, medios físicos y sondaje vesical con irrigación continua fría para descenso térmico controlado.

Las AS mostraron alteraciones electrolíticas, elevación de GOT, GPT y CK, permitiendo así establecer el tratamiento adecuado.

Tras una hora de atención presenta mejoría progresiva e inicia cuadro de agitación y desorientación con mejoría hemodinámica, por lo que se decide ingreso en UVI.

Dadas sus características físicas y la buena evolución, se decidió ingreso en UVI del centro pese a no cumplir criterios de edad.

CONCLUSIONES

El GC es una patología urgente TD. Es imprescindible una detección precoz desde el triaje.

Una intervención inmediata, coordinada y multidisciplinar puede prevenir un desenlace fatal, incluso en contexto de hospitales que carecen de UVI pediátrica.

Por ello es fundamental la formación continuada en este tipo de patologías.

29

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 14

PRIMER FIRMANTE

Ruth María Romero
Domínguez

AUTORES

Leticia Silva iglesias;
Fernando Nieto
Hernández; Teresa
Lucas Calvo;
Laura González Sánchez;
Ramón M^a Vicente-
Franqueira Rodríguez;

CENTROS DE TRABAJO

Emergencias Sanitarias
CyL UME Ciudad RodrigoFarmacia Ramón
Vicente-Franqueira

SÍNDROME DE KOUNIS: UNA REALIDAD

INTRODUCCIÓN

Varón de 39 años. Acude a urgencias por rash cutáneo, prurito intenso y náuseas, que asocia a ingesta de comida extranjera. En la exploración física destaca eritema en tronco y miembros con ligera hipotensión arterial. Orientado como reacción alérgica (RA), se extrae analítica y se inicia tratamiento con corticoides y antihistamínicos. Súbitamente, presenta dolor torácico intenso, opresivo e irradiado a espalda con cambios electrocardiográficos (elevación del segmento ST, de 3-4 mm, de V2 a V6). Se inicia tratamiento del síndrome coronario agudo (SCA) según protocolo hospitalario. Cede el dolor normalizándose el electrocardiograma y se activa el traslado interhospitalario al hospital de referencia. A los 20 minutos, aún en el hospital comarcal, presenta nuevo episodio de dolor opresivo con mismos cambios electrocardiográficos y troponina ultrasensible elevada. En hospital de referencia se constata mejoría de la sintomatología alérgica, normalización del electrocardiograma sin dolor y en la coronariografía, enfermedad de un vaso (descendente anterior). Se implantan 2 stents farmacológicos solapados. El paciente presenta buena evolución clínica tanto del SCA sin recurrencia, como de la RA que tratan con antihistamínicos

PROPÓSITO

El Síndrome de Kounis (SK) es la aparición de un SCA precedido de un evento capaz de producir síntomas alérgicos. Aunque se sigue investigando sobre su mecanismo fisiopatológico, está claro que existen síntomas derivados tanto del SCA como de la RA y es importante encontrar el equilibrio en el tratamiento de ambos, ya que, fármacos apropiados para la resolución de la RA pueden empeorar el SCA y viceversa.

Hay 3 tipos de SK: SK tipo I, angina alérgica vasoespástica, SK tipo II, infarto de miocardio alérgico, SK tipo III, trombosis de un stent coronario farmacológico y, en los últimos años, diferentes autores hacen referencia a un SK tipo IV, trombosis de bypass coronario y al SK recurrente.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Síndrome de Kounis tipo II.

CONCLUSIONES

Ante una RA seguida de un SCA debe sospecharse un SK, completar el estudio a nivel coronario y alergológico para prevenir complicaciones futuras y, sobre todo, evitar un uso inadecuado de determinados fármacos o hacerlo bajo una mayor y mejor supervisión.

30

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 15

PRIMER FIRMANTE
Ruth María Romero Domínguez;

AUTORES
Leticia Silva iglesias;
Fernando Nieto Hernández;
Teresa Lucas Calvo;
Marta Marcos Pérez;
Ramón María Vicente-Franqueira Rodríguez;

CENTROS DE TRABAJO
Gerencia de Emergencias Sanitarias de CyL. UME Ciudad Rodrigo

Farmacia Ramón Vicente-Franqueira. Medina del Campo.

CUANDO EL "HEADACHE" LLEVA A PARADA CARDIORRESPIRATORIA

INTRODUCCIÓN

Avisan al 112 por mujer de 51 años, natural de Singapur, que ha convulsionado en un área de servicio. A nuestra llegada la paciente está consciente, en el suelo, refiere "headache" (cefalea). Barrera idiomática. Según sus acompañantes, "mientras esperaba en la cola del baño se ha caído al suelo, golpeándose la cabeza y ha convulsionado". En la exploración física nada reseñable. Procedemos a la monitorización completa de la paciente, canalización de vía venosa periférica y traslado hacia el hospital de referencia. Administramos analgesia y sueroterapia. Durante el trayecto, la monitorización de la tensión arterial (TA) no es fiable, alternando registros de hipertensión arterial con hipotensión arterial severa, teniendo que realizar varias paradas para poder tener un registro real de la TA y así valorar la administración del tratamiento más adecuado. En cada desaceleración la paciente refiere "headache" intenso con determinaciones altas de TA. Al llegar a la puerta del hospital, la paciente vuelve a quejarse de "headache", sufre parada cardiorrespiratoria (PCR) con actividad eléctrica sin pulso. Iniciamos maniobras de reanimación cardiopulmonar dentro de la ambulancia continuándolas en urgencias del hospital consiguiendo recuperación de la circulación espontánea. Tras intubación orotraqueal y realización de una

tomografía computarizada craneal, ingresa en la unidad de cuidados intensivos por hemorragia subaracnoidea secundaria a rotura de aneurisma cerebral.

PROPÓSITO

Los pacientes están expuestos a cambios fisiológicos durante el traslado que pueden conducir a inestabilidad hemodinámica. Su conocimiento es esencial para un adecuado tratamiento.

La aceleración conlleva a una disminución del retorno venoso y del gasto cardiaco, hipotensión arterial, alteraciones electrocardiográficas y disminución del flujo cerebral. La desaceleración da lugar a bradicardia refleja, aumento del retorno venoso, aumento de la tensión arterial y aumento de la presión intracraneal, entre otros.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

PCR secundaria a hemorragia subaracnoidea por rotura de aneurisma cerebral.

CONCLUSIONES

El traslado sanitario terrestre conlleva efectos fisiológicos significativos que influyen en el estado clínico y hemodinámico del paciente crítico. El personal sanitario debe conocer el impacto fisiológico del transporte en la emergencia para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad de los pacientes.

31

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 16

PRIMER FIRMANTE
Arturo Valera DíazAUTORES
Pedro Jesús Romero
García;
Tamara Longfield;CENTROS DE TRABAJO
Servicio de Emergencias
Sanitarias de la CV

Protección Civil Teulada

A PROPOSITO DE UN CASO: INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO GESTIONADO POR UNA UNIDAD DE SOPORTE VITAL BÁSICO

INTRODUCCIÓN

El Servicio de Ambulancia Municipal de Teulada-Moraira ha evolucionado desde 2010 de una unidad de Soporte Vital Básico (SVB) a un recurso con equipamiento de Soporte Vital Avanzado (SVA). A pesar de su isócrona media de respuesta de 8 minutos, la falta de reconocimiento oficial por la Conselleria de Sanidad impide su integración en el sistema del 112/CICU. Las movilizaciones se gestionan por Policía Local o CS, lo que subraya la necesidad de una mayor coordinación. Presentamos un caso que ilustra la capacidad de respuesta de nuestra unidad.

PROPÓSITO

El objetivo es doble: por un lado, destacar la importancia de la integración de los servicios de ambulancia municipales en la red de emergencias autonómica para optimizar la respuesta en áreas con recursos de proximidad. Por otro lado, poner en valor la capacidad de los Técnicos en Emergencias Sanitarias (TES) para la detección precoz de patologías críticas. El caso demuestra la necesidad de estandarizar el equipamiento de las unidades de SVB, incluyendo monitores cardíacos, en línea con la normativa europea.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

A nuestra llegada, el paciente, varón de 50 años, presentaba diaforesis, inquietud y una sensación de "agonía" en el pecho. Antecedentes de hipertensión, diabetes, dislipemia y tabaquismo. El ECG mostró elevación del segmento ST en II, III, aVF y V6, con descenso en I, aVR, aVL y V1-V3. Se administraron 300 mg de AAS masticado y oxígeno. Al contactar con el 112, el CICU no activó el código IAM por no haber médico. Se logró la activación del recurso HEMS tras el envío de la fotografía del ECG por WhatsApp. El médico del HEMS activó finalmente el código IAM a su llegada

CONCLUSIONES

Este caso demuestra que una unidad de SVB, con el equipamiento y la formación adecuada, puede desempeñar un papel crucial en la detección de una enfermedad tiempo-dependiente, facilitando un desenlace favorable. No obstante, el caso evidencia una debilidad sistémica: la falta de integración de los recursos municipales en la red de emergencias, lo que puede comprometer la rapidez de la asistencia. Se concluye que la integración de estos servicios y la estandarización del equipamiento son fundamentales para mejorar la respuesta extrahospitalaria ante emergencias tiempo-dependientes.

32

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 17

PRIMER FIRMANTE
Maikel FalconAUTORES
Abdul Hakim;
Olabiyi Akala;
Javier Cortinas;
Ever Roa;CENTROS DE TRABAJO
Doctors Hospital at
Renaissance.Edinburg,
Texas

STROKE MIMICS: CAUSAS Y CLAVES PARA DIFERENCIARLOS

INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular (ACV) tiene una prevalencia de 1 en cada 4 personas a lo largo de la vida. Sin embargo, existen múltiples condiciones médicas que generan síntomas similares, conocidas como imitadores de ictus (stroke mimics). Estos cuadros clínicos dificultan el diagnóstico diferencial en la fase aguda y, de no ser identificados correctamente, pueden llevar al uso inapropiado de terapias costosas o potencialmente dañinas.

OBJETIVOS

El objetivo de esta revisión sistemática fue analizar la literatura disponible sobre la prevalencia, características demográficas, causas y manifestaciones clínicas de los stroke mimics en comparación con el ACV verdadero.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda en bases de datos reconocidas (PubMed, Scopus, Web of Science y Ovidsp) utilizando las palabras clave "stroke" y "stroke mimics", abarcando publicaciones entre 1980 y 2021. Se identificaron 1127 artículos; tras eliminar duplicados y aplicar criterios de inclusión/exclusión, se seleccionaron 114 estudios con texto completo. Los parámetros analizados incluyeron tipo y diseño del estudio, tamaño muestral, edad, sexo, prevalencia de stroke mimics, métodos

diagnósticos, ámbito asistencial, síntomas más frecuentes, causas principales y uso de trombólisis. El análisis estadístico se realizó con pruebas t de Student y chi-cuadrado.

RESULTADOS

- El 51% de los estudios fueron prospectivos y el 49% retrospectivos.
- El tamaño muestral promedio fue de 742 sujetos.
- La prevalencia de stroke mimics en pacientes con sospecha de ACV fue del 8,7%.
- La mayoría de los estudios se desarrollaron en servicios de urgencias.
- La edad media de los pacientes fue $64,1 \pm 16,4$ años, con predominio masculino (70,2%).
- Causas más frecuentes: epilepsia (21,3%), trastornos psiquiátricos (16,4%), migraña (12,3%), hipoglucemia (11,2%) y disección aórtica aguda (10,2%).
- Factores diferenciadores de un ACV verdadero fueron: presión arterial sistólica <140 mmHg, ausencia de arritmias e historia de diabetes.
- 43,2% presentó resolución de síntomas y alta temprana, el 47,6% requirió hospitalización y el 9,1% falleció (principalmente por disección aórtica).

CONCLUSIONES

Los stroke mimics representan aproximadamente el 8,7% de los casos con sospecha de ACV agudo, siendo la epilepsia la causa más frecuente. El diagnóstico diferencial requiere una valoración clínica detallada, exploración neurológica y estudios complementarios. Reconocer oportunamente estas condiciones es esencial para evitar errores terapéuticos.

33

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 18

PRIMER FIRMANTE
Javier García RequenaAUTORES
Loreto Rivera Plaza;
Carmen Fernández
Suárez-Bustamante;CENTROS DE TRABAJO
Hospital Central de la
Defensa "Gómez Ulla"
CSVE

¿MEJORA LA ECOGRAFÍA EL LOGRO DEL ACCESO VASCULAR?: METAANÁLISIS DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS

INTRODUCCIÓN

La obtención de un acceso vascular, especialmente en el contexto de la urgencia y la emergencia, supone un punto clave para iniciar un tratamiento y monitorización adecuados. Históricamente, el método de palpación sobre la piel del paciente ha sido la única opción disponible para realizar esta técnica. No obstante, el progreso tecnológico ha supuesto la aparición de nuevos dispositivos aplicados en este campo. Actualmente, la ecografía se ha posicionado como una herramienta de creciente importancia para numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

OBJETIVO

Evaluar la efectividad del uso de la ecografía para la obtención de un acceso vascular frente al método estándar mediante palpación directa.

METODOLOGÍA

Se realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados. Las fuentes de información utilizadas fueron: Cochrane Library, Embase y PubMed®. Se aplicaron filtros de búsqueda y criterios de selección para obtener registros de los últimos 5 años que cuantificaran la efectividad a través de los siguientes parámetros: tasa de éxito en el primer intento y tiempo invertido.

Se ejecutó una regresión agrupada de datos anidados bajo el modelo de efectos aleatorios. Fueron aplicados los siguientes análisis: tamaño del efecto mediante odds ratio (OR) y mean difference (MD) expresada en segundos con una significancia estadística $p = 0.05$ y un intervalo de confianza (IC) del 95%, análisis de heterogeneidad (mediante I^2), análisis de subgrupos (acceso venoso vs. acceso arterial y acceso venoso vs. acceso venoso difícil), análisis de sensibilidad y sesgo de publicación.

RESULTADOS

Se incluyeron 19 registros. Tasa de éxito en el primer intento global: OR = 3.88 [2.41, 6.24] para IC 95% ($p < 0.00001$; $I^2 = 80\%$); tiempo de intervención global: MD = -33.22 segundos [-54.78, -11.66] para IC 95% ($p < 0.03$; $I^2 = 96\%$). El análisis de sensibilidad no reveló estudios que alteraran significativamente el resultado. Se evidenció sesgo de publicación en ambas variables.

CONCLUSIONES

El uso de la ecografía para obtener accesos vasculares aumenta la tasa de éxito en el primer intento y reduce el tiempo de duración de la intervención

34

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 19

PRIMER FIRMANTE

Enric Estévez Peñalver

AUTORES

María Martínez Estévez;
Silvia Martínez Estévez;
Paula Ferré López ;
Begoña Ramos Estévez;
M^a Isabel Peñalver Moyá ;

CENTROS DE TRABAJO

H. Basurto
H. Santiago
H. La Fe
H. San Eloy
H. Le Fe

PROGRAMA DE FORMACIÓN EN RCP EN ENTORNOS AUSTEROS CON RECURSOS IMPROVISADOS

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una urgencia médica de alta mortalidad, con una incidencia en Europa de 67 a 170 casos por cada 100.000 habitantes al año y tasas de supervivencia extrahospitalaria que rara vez superan el 8 %. La reanimación cardiopulmonar (RCP) precoz realizada por testigos resulta esencial, al mejorar de forma significativa las posibilidades de recuperación neurológica y supervivencia. Sin embargo, en comunidades con recursos limitados, la enseñanza de RCP enfrenta barreras logísticas y económicas, lo que hace necesario implementar programas adaptados, accesibles y sostenibles.

OBJETIVOS

El objetivo principal es diseñar un plan de formación en RCP adaptado a entornos con recursos reducidos, complementado con un maniquí artesanal, económico y reproducible. Los objetivos secundarios incluyen: evaluar la adquisición y retención de habilidades, sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de la RCP, validar la aceptación del maniquí frente a modelos comerciales y fomentar la sostenibilidad.

METODOLOGÍA

Se plantea un estudio cuasi-experimental, pre-post, de carácter educativo y aplicado. La población diana incluirá miembros de la comunidad y bomberos voluntarios sin formación previa en RCP. El programa consistirá en sesiones teórico-prácticas de 2-3 horas, basadas en el European Resuscitation Council 2021 y adaptadas cultural y lingüísticamente. Para la práctica se construirá un maniquí artesanal con materiales accesibles (garrafa, globos, toallas o churros de piscina, cinta americana y ropa), con una variante más elaborada para simular ventilaciones boca a boca. La evaluación se llevará a cabo mediante cuestionarios de conocimientos, listas de verificación de habilidades y encuestas de satisfacción.

RESULTADOS

Se anticipa una mejora significativa en los conocimientos y competencias en RCP de los participantes, así como una elevada aceptación del maniquí artesanal. Su bajo coste y reproducibilidad favorecerán la réplica local, aumentando la capacidad de respuesta comunitaria ante emergencias.

CONCLUSIONES

El proyecto demuestra que es posible acercar la formación en RCP a poblaciones vulnerables mediante estrategias innovadoras y materiales accesibles. La replicabilidad del maniquí y la capacitación de instructores locales garantizan sostenibilidad. Este modelo puede servir de referencia internacional en programas de educación en RCP en contextos de recursos limitados, contribuyendo a disminuir la mortalidad por PCR.

36

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 20

PRIMER FIRMANTE
Jordi Molina CarrilloAUTORES
Anabel Alba Vargas;
José Tendero Rebollo;
Diego Ortuño Esquivel;CENTROS DE TRABAJO
FALCK SEM
CATALUNYA

UIC

INFARTO EN TIEMPO REAL “DECISIONES QUE ABREN ARTERIAS Y CIERRAN CICLOS”

INTRODUCCIÓN

El infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) es una emergencia donde el tiempo es un factor crítico (time is muscle) y la oclusión trombótica coronaria provoca una necrosis miocárdica progresiva. Reducir los tiempos de isquemia es crucial para el pronóstico, siendo fundamental la implementación de protocolos coordinados desde el ámbito extrahospitalario para disminuir la morbimortalidad.

OBJETIVOS

Vincular la fisiopatología del IAMCEST desde la ruptura de la placa hasta la trombosis con las decisiones críticas del equipo asistencial. El objetivo es demostrar cómo la actuación coordinada no solo logra la reperfusión (abrir arterias), sino que al integrar el Factor H (E-CRM) se optimiza el pronóstico y se facilita una recuperación integral, logrando cerrar los ciclos clínicos y funcionales del paciente.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión integradora de la evidencia biomédica, guías clínicas, protocolos de Código Infarto y registros nacionales (2015-2024) sobre el manejo del IAMCEST. Se analizó la efectividad del ECG prehospitalario y se aplicó el modelo Emergency-Crisis Resource Management (E-CRM) para evaluar

el impacto del Factor H en los puntos críticos de la chain of survival.

RESULTADOS

Los sistemas de Código Infarto optimizan el door-to-balloon time, mejorando los resultados clínicos: la estancia media hospitalaria se ha reducido de 10 días (año 2000) a 5 días (2019) y la mortalidad a 30 días ha descendido del 9% al 7%. Registros nacionales (ACI-SEC) revelan una alta tasa de angioplastia primaria (rango 77,5-97,8%). Crucialmente, la variabilidad en mortalidad entre regiones se iguala tras ajustar por factores de la red asistencial. La aplicación de E-CRM mejora la comunicación y reduce errores del equipo.

CONCLUSIONES

Esta revisión propone un cambio de paradigma: la excelencia en la atención al IAMCEST ya no reside únicamente en la optimización de protocolos, sino en el perfeccionamiento del “Equipo asistencial completo técnico, enfermera y médico” que los ejecuta. El Factor H se revela como la variable crítica que modula la efectividad de la chain of survival. Por tanto, la implementación de formación como E-CRM es una inversión estratégica esencial para transformar una intervención técnicamente exitosa en una recuperación integral del paciente

38

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 21

PRIMER FIRMANTE
María Guinot TenaAUTORES
Javier Sánchez Alegre;
Rubén Peña García;
Ruth Martí Aliaga;
Esther Vicente Rodríguez;CENTROS DE TRABAJO
SESCV

1 CORAZÓN INDECISO, 3 UNIDADES DECIDIDAS

INTRODUCCIÓN

Se recibe en la Central de Información y Coordinación de Urgencias (CICU) una llamada solicitando asistencia para un varón de aproximadamente 60 años hallado en el suelo. Enfermería CICU contacta con la alertante para solicitar más información. Ésta cuenta que el varón está "consciente, no le entiende muy bien al hablar, parece estar orientado en tiempo y espacio, no recuerda lo ocurrido y refiere estar mareado".

Se moviliza un soporte vital avanzado con enfermería (SVAE). Durante la anamnesis y monitorización inicial por SVAE, el paciente pierde el conocimiento e inicia una parada cardiorrespiratoria (PCR) por fibrilación ventricular. Se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) y se solicita servicio de ayuda médica urgente (SAMU).

PROPÓSITO

El objetivo de la atención fue la recuperación de la estabilidad hemodinámica y respiratoria del paciente, la identificación de la causa desencadenante de la PCR y la implementación de medidas terapéuticas definitivas que evitaran la recurrencia de episodios arrítmicos potencialmente mortales.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Paciente con antecedentes de diálisis.
- Episodio de PCR secundaria a múltiples arritmias ventriculares:
 - o 1 fibrilación ventricular.
 - o 6 taquicardias ventriculares sin pulso.
 - o 4 taquicardias ventriculares con pulso.
- Requirió maniobras avanzadas de RCP, desfibrilación, cardioversión sincronizada, tratamiento farmacológico (adrenalina, amiodarona, cloruro cálcico, bicarbonato, AAS), intubación y ventilación mecánica.
- Recuperación de pulso con ritmo sinusal sin alteraciones del ST post-parada.
- Cateterismo descartó causa isquémica.
- Se atribuyó el cuadro a fenómenos arrítmicos.

CONCLUSIONES

La rápida actuación coordinada de CICU, SVAE y SAMU permitió la recuperación de un paciente en PCR con múltiples arritmias. La ausencia de causa coronaria llevó al diagnóstico de origen arrítmico del evento, tratándose finalmente con la implantación de un desfibrilador automático. Tras unos días de evolución favorable en la UCI y planta de cardiología, el paciente fue dado de alta con seguimiento ambulatorio, destacando la importancia del abordaje integral y multidisciplinar en emergencias cardiovasculares.

39

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 22

PRIMER FIRMANTE
Ana Benito Justel

AUTORES

María Isabel Montero
Vilar; Laura Bausela
Municio; Marta Gómez-
Escolar Pérez; Cristina
Vázquez Donis;CENTROS DE TRABAJO
UME SEGOVIA
EMERGENCIAS
SANITARIAS CASTILLA
Y LEÓNUME VALLADOLID
2 EMERGENCIAS
SANITARIAS CASTILLA
Y LEÓNCENTRO COORDINADOR
EMERGENCIAS
SANITARIAS CASTILLA
Y LEÓNUME VALLADOLID
3 EMERGENCIAS
SANITARIAS CASTILLA
Y LEÓN

ZURDA CONTRARIADA

INTRODUCCIÓN

La implementación del Código ictus en los Servicios de Emergencias Extrahospitalarios ha logrado disminuir la morbimortalidad global por ictus en España. Podemos sospechar qué vaso está afectado según la clínica del paciente.

PROPÓSITO

Reconocer por la clínica del enfermo la posible afectación vascular. Indagar en la historia cuando encontramos discrepancias entre lo observado y lo esperado.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Llamada que se recibe a las 22:08 en el Centro Coordinador de Urgencias, a través del 112 de un alertante (hijo) solicitando asistencia sanitaria para su madre de 77 años. Ayer sobre las 23:30 última vez que la ha visto bien. Esta noche al no saber nada de ella, porque no contesta al móvil, hijo acude al domicilio y se la encuentra tirada en el suelo del salón, consciente con parálisis facial izquierda y parálisis en extremidades izquierdas. Antecedentes personales: Hipertensión arterial, dislipemia. No alergias medicamentosas. Tratamiento con: Olmesartán 40mg, atorvastatina 40mg y lormetacepam 1mg

Los familiares refieren que vive sola desde hace una semana porque su marido está ingresado en el hospital de referencia y que la paciente lleva dos días encontrándose mal y creían que era estrés. Se objetiva una afasia motora: comprende lo que se le pregunta, pero contesta con monosílabos.

La propia paciente nos indica que hoy se ha levantado asintomática y sobre las 11:00 de la mañana. Presenta un mareo sin pérdida de conocimiento y se deja caer al suelo (not raumalsmos del episodio).

No relajación de eshnteres. La paciente no refiere dolor, ni disnea, ni cortejo vegetativo, pero desde ese momento no se puede levantar.

Constantes: TA:199/78, FC: 82 y glucemia: 109. Saturación oxígeno 91%. Frecuencia respiratoria 15. Temperatura 36,6°C

Auscultación cardiopulmonar: ritmo regular sin soplos. Rankin: 1 punto. (independiente, activo, con dolores por la edad)

Paciente consciente, orientada, colaboradora. Eupneica. Afebril.

Pupilas isocóricas normorreactivas, escala de Glasgow: 15 (4-5-6). Afasia motora. No signos de irritación meníngea. Desviación de la mirada conjugada hacia la derecha. Parálisis facial izquierda con claudicación de extremidades izquierdas.

Asomagnosia. Anosognosia no valorable.

Auscultación cardiopulmonar: Rítmica y sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen:

Blando, depresible, no doloroso. RHA presentes. No palpo masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal.

Extremidades inferiores: No edemas ni signo de TVP
Escala RACE(Caída facial: el lado izquierdo de la cara no se mueve en absoluto. El brazo izquierdo lo mantiene contra gravedad < 10 seg La pierna izquierda no la mantiene contra gravedad. Desviación oculocefálica: Presente. Agnosia: Tiene asomagnosia o anosognosia Habla: Afasia motora) RACE=7

Electrocardiografía: Ritmo sinusal a 82 lpm

Canalización vías periféricas: 2 vías de gran calibre
Se activa Código Ictus y posterior alerta de cercanía. Se coloca cabecero 0- 30°

Extracción de tubos para análisis

Medidas neuroprotectoras Tratamiento con Labetalol y oxigenoterapia.

Los familiares de la paciente refieren que es diestra. Por tanto, algo no nos cuadra. La paciente tiene afasia y hemiplejía izquierda. Si es un Acv con clínica izquier-

da la lesión está en el hemisferio derecho del cerebro y eso produciría anosognosia y asomatognosia pero no alteración en el habla. El habla en las personas diestras se gestiona en el hemisferio izquierdo.

Se realiza gasometría venosa (Lactato 2 mmol/L, glucemia 117) resto normal.

Llegada al Servicio de Urgencias Hospitalario a las 23:28.

Entrada directa al TAC. Finalización del aviso a las 23:45

Dx: INFARTO CEREBRAL AGUDO EN TERRITORIO DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA DERECHA DE PROBABLE ETIOLOGIA ATRO-TROMBÓTICA. PROCEDIMIENTO:

TROMBECTOMIA MECÁNICA ENDOVASCULAR CEREBRAL Primaria.

Rehistoriada la paciente, nació siendo zurda pero la reducaron como diestra en el colegio. De ahí su clínica

CONCLUSIONES

A veces una anamnesis ha de ser incisiva si los síntomas no nos cuadran con el diagnóstico que hemos sospechado. Los tiempos es el código ictus son primordiales, por lo que no debemos perder tiempo en actuaciones no necesarias

41

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 23

PRIMER FIRMANTE

Roberto Carlos Sahuquillo
Aroca

AUTORES

Trinidad Monera Bernabeu

CENTROS DE TRABAJO

CICU de Valencia

MANEJO DE LA FIBRILACIÓN VENTRICULAR RECURRENTE EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

INTRODUCCIÓN

La fibrilación ventricular recurrente (FVR) en el contexto del infarto agudo de miocardio (IAM) constituye una de las complicaciones más graves y difíciles de manejar en urgencias y emergencias. Su aparición se asocia a elevada mortalidad y a un alto riesgo de daño neurológico. Sin embargo, las guías internacionales de reanimación apenas ofrecen pautas específicas, lo que genera incertidumbre y variabilidad en la práctica clínica.

OBJETIVOS

Identificar y analizar las intervenciones más efectivas para el manejo de la FVR en pacientes con IAM, valorando la evidencia científica disponible y sus posibles aplicaciones en la práctica clínica.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa crítica de la literatura mediante búsqueda en PubMed, Scopus, Embase, Cochrane Library y Uptodate entre 2021 y 2025. Se seleccionaron 35 publicaciones relevantes, incluyendo ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, estudios observacionales y guías clínicas. El análisis se centró en estrategias farmacológicas (adrenalina, amiodarona, lidocaína y betabloqueantes), técnicas de desfibrilación (desfibrilación convencional, cambio de vec-

tor -VCD- y desfibrilación secuencial doble -DSED-) y soporte con oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO).

RESULTADOS

La evidencia disponible sugiere que reducir la dosis acumulada de adrenalina y añadir betabloqueantes intravenosos puede mejorar el control del exceso de tono simpático y favorecer el éxito de la desfibrilación. Las técnicas avanzadas como la VCD y la DSED han mostrado tasas más elevadas de retorno a ritmo sinusal y supervivencia al alta con buen estado neurológico frente a la desfibrilación estándar. En casos seleccionados, el ECMO se plantea como medida de rescate, proporcionando soporte circulatorio mientras se trata la causa desencadenante. No obstante, gran parte de la evidencia procede de estudios observacionales y con limitaciones metodológicas.

CONCLUSIONES

El manejo de la FVR en el IAM requiere un abordaje escalonado, individualizado y flexible, que combine terapias farmacológicas, estrategias eléctricas avanzadas y, en situaciones críticas, soporte extracorpóreo. Aunque existen intervenciones prometedoras, se precisan más estudios aleatorizados y multicéntricos que permitan establecer recomendaciones sólidas e incorporar estas estrategias a futuras guías clínicas. Optimizar el tratamiento de la FVR puede mejorar la supervivencia y reducir las secuelas neurológicas, repercutiendo positivamente en los pacientes y en los sistemas sanitarios.

42

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 24

PRIMER FIRMANTE
Julia Ruiz-Oliva CortésAUTORES
Gema Cáceres
Barrientos;
Andrea Inés Cabo Sela;
María Fernanda Molina
Gómez;CENTROS DE TRABAJO
Complejo asistencial
Universitario de León

DISECCIÓN VERTEBRAL Y PARADA CARDIORRESPIRATORIA: APRENDIZAJES DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

La disección de arteria vertebral es una patología infrecuente (1 / 100.000) pero debe sospecharse ante un ACV isquémico en pacientes tras un traumatismo cervical o craneal.

PROPÓSITO

Destacar la importancia de sospechar, diagnosticar y tratar precoz precozmente esta patología, así como alertar sobre el riesgo de morbimortalidad de la misma.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Mujer, 63 años. Ingreso previo por ICC en contexto de hipotiroidismo primario. ERC estadio 4. Raynaud anticuerpos antifosfolípido positivo.

Paciente asintomática sufre caída casual desde su propia altura con traumatismo facial sin repercusión clínica. Tras 24 horas, comienza con mareo, sensación de giro de objetos e inestabilidad. Acude a Urgencias es diagnosticada de vértigo periférico. 48 horas después acude nuevamente al hospital presentando disartria, disfagia y debilidad facial derecha. Se realiza TC craneal objetivando hipodensidad hemisférica cerebelosa derecha y bulbo raquídeo (infarto establecido como primera posibilidad) y obstrucción segmentaria bilateral de ambas arterias vertebrales,

secundario a disección vertebral bilateral probablemente traumática. Analíticamente destaca leucocitosis con neutrofilia y caya-demia.

Ingresa en la Unidad de Ictus y se administra ácido acetilsalicílico y heparina de bajo peso molecular profiláctica. Tras 10 horas de ingreso presenta parada cardiorrespiratoria de 15 minutos de duración (ritmo no desfibrilable), administrados 2mg de Adrenalina, con salida en taquicardia sinusal y TA 132/85 mmHg. Se repite TC, presenta aumento de zona isquémica previa en bulbo raquídeo. Posteriormente ingresa en UCI, durante el mismo presenta BAV completo precisando colocación de marcapasos transitorio. Neurológicamente presenta evolución desfavorable (GCS 3 sin sedoanalgesia), dado el mal pronóstico y alto grado de dependencia se consensua en sesión clínica limitación del tratamiento de soporte vital, accediendo la familia y proponiéndose posteriormente como potencial donante. Tras 7 días de ingreso en UCI se pone en marcha protocolo de donación en asistolia controlada Maastrich III.

CONCLUSIONES

El adecuado conocimiento de los mecanismos causante en los traumatismos, es imprescindible, permiten sospechar posibles patologías asociadas al mismo, algunas de ellas infrecuentes, como la disección de arterias vertebrales, asociada al TCE y traumatismo cervical, la cual presenta una elevada tasa de morbimortalidad.

43

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 25

PRIMER FIRMANTE
Juan Manuel Cánovas
PallarésAUTORES
Trinidad Concepción
Monera Bernabéu;CENTROS DE TRABAJO
SESCV

RESCATE EXITOSO TRAS TORMENTA ELÉCTRICA EN LA FASE AGUDA DEL INFARTO DE MIOCARDIO: CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

La tormenta eléctrica (TE) es una emergencia arrítmica potencialmente mortal, definida por la aparición de tres o más episodios de taquicardia ventricular sostenida (TVs) o fibrilación ventricular (FV) en un periodo de 24 horas. Su incidencia es baja, pero en el contexto del infarto agudo de miocardio (IAM) se asocia a elevada mortalidad y riesgo de secuelas neurológicas. Su manejo constituye un desafío clínico, especialmente en el ámbito extrahospitalario, donde la rapidez y la eficacia en la intervención resultan determinantes para el pronóstico.

PROPÓSITO

Presentar un caso clínico de TE en el contexto de un IAM con elevación del ST que precisó múltiples desfibrilaciones y soporte avanzado, destacando la importancia de la actuación inmediata y coordinada para lograr la supervivencia con buen resultado neurológico.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Mujer de 67 años que sufre un episodio de dolor torácico agudo y, durante su asistencia prehospitalaria, pierde de forma brusca la conciencia. Se documentó FV que se revirtió con desfibrilación a 150 J. No obstante, se produjeron 16 nuevos episodios de FV y TVs, con y sin pulso, además de 4 episodios de bradicardia extrema durante los 50 minutos posteriores. La paciente requirió 17 desfibrilaciones/cardioversiones, amiodarona, dos dosis de adrenalina, sedación profunda e intubación endotraqueal. Cuando se logró el retorno de la circulación espontánea y la suficiente estabilidad eléctrica, se realizó un electrocardiograma que mostró un IAM de cara inferior. Se trasladó directamente a sala de hemodinámica para cateterismo cardíaco, donde se observó una oclusión completa de la coronaria derecha que requirió angioplastia e implante de 2 stents. La paciente evolucionó favorablemente y sin secuelas neurológicas en 24 horas. No tuvo complicaciones graves durante su ingreso.

CONCLUSIONES

Este caso demuestra que la TE en el contexto del IAM, pese a su extrema gravedad, puede resolverse con supervivencia y buen resultado neurológico si se actúa con rapidez y recursos adecuados. La disponibilidad de desfibrilación precoz, maniobras de reanimación de alta calidad y acceso rápido a perfusión coronaria fueron determinantes. El caso subraya la importancia del entrenamiento especializado y de protocolos actualizados en emergencias cardiovasculares, que permitan optimizar los resultados en estas situaciones críticas.

49

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 26

PRIMER FIRMANTE

Albert Romero Gracia

AUTORES

Pau Olivares Sanzo;

Anna María Torné

Cortés;

María angeles Delgado

Villalba;

Irene Sanmarti Forn;

Josep Montserrat

Capdevila;

CENTROS DE TRABAJO

Instituto Catalán de la

Salud

SÍNDROME DE KOUNIS

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Kounis fue descrito en 1991 por el cardiólogo griego Nicholas Kounis. Se reconoce como una entidad clínica que combina los síntomas de una reacción alérgica con manifestaciones cardíacas, como angina o infarto de miocardio. Aunque poco frecuente, debe considerarse por su impacto potencialmente grave en la salud cardiovascular.

PROPÓSITO

Presentar un caso de síndrome de Kounis manifestado como síndrome coronario agudo en un paciente de 78 años, destacando la importancia del reconocimiento precoz y del manejo multidisciplinar.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Varón de 78 años que, durante un evento deportivo, inicia edema y eritema facial, motivo por el que acude a urgencias. En el trayecto desarrolla disnea y dolor centro-torácico opresivo EVA 10/10 con diaforesis e impresión de "muerte inminente".

Exploración inicial: vía aérea permeable; saturación 92%, frecuencia respiratoria >30, crepitantes bibasales; palidez cutánea, bradicardia extrema que se regulariza a frecuencia cardíaca de 82 latidos por minuto y tensión arterial 130/92 mmHg; piel pálida, diaforéti-

ca con rash troncular y en extremidades.

Se monitoriza, se administra oxígeno, acceso venoso y electrocardiograma que evidencia elevación del ST en II, III y aVF. Ante sospecha de Infarto Agudo de Miocardio se activa código y se administra morfina intravenosa para el control del dolor, ácido acetilsalicílico, hidrocortisona y broncodilatadores, con mejoría parcial.

La unidad de soporte vital avanzado aporta segundo antiagregante, analgesia y dexclorfeniramina intravenosa. A la llegada a la sala de hemodinámica se añade adrenalina intramuscular y se repite hidrocortisona, resolviendo dolor, broncoespasmo y rash cutáneo.

El cateterismo no mostró lesiones coronarias. Analítica con toma de triptasa basal durante el episodio, con valor analítico de 28 (normalidad 0-13,5).

El caso se orienta como síndrome coronario agudo secundario a reacción de hipersensibilidad (Síndrome de Kounis), patología infradiagnosticada en la que la degranulación mastocitaria y la liberación de histamina inducen vasoespasmo coronario.

CONCLUSIONES

El síndrome de Kounis, aunque infrecuente, combina reacción alérgica y síntomas cardíacos. Es fundamental que los clínicos lo consideren en pacientes con dolor torácico asociado a signos alérgicos. La educación del paciente y la identificación de desencadenantes son claves para prevenir recurrencias.

52

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 27

PRIMER FIRMANTE

Francisco Miguel Guillén
Molina

AUTORES

Trinidad Concepción
Monera Bernabeu;
Antonio Botella Martínez;
Ana Belén Gallardo
Moreno;CENTROS DE TRABAJO
SERVICIO DE
EMERGENCIAS
SANITARIAS**CONSUMO RECREATIVO DE POPPER Y PARADA
CARDIORRESPIRATORIA: EL PAPEL DE LA METAHEMOGLOBINEMIA****INTRODUCCIÓN**

La parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria en jóvenes sin antecedentes suele estar relacionada con causas tóxicas o ambientales. Los "poppers" (nitrito de amilo y otros nitritos inhalados) se utilizan como droga recreativa y pueden inducir metahemoglobinemia grave, responsable de hipoxia tisular refractaria a la oxigenación convencional. Además, se han descrito arritmias ventriculares en este contexto, incluida la fibrilación ventricular, lo que incrementa la letalidad.

PROPÓSITO

Presentar un caso de parada cardiorrespiratoria posiblemente asociado a metahemoglobinemia y arritmias por consumo de poppers, subrayando la relevancia de su reconocimiento precoz en emergencias.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Varón de 18 años, sin antecedentes médicos de interés, hallado en el mar tras desaparición de 15 minutos. Se inició reanimación cardiopulmonar (RCP) básica durante 10 minutos por cuerpos de seguridad, continuada por el equipo de emergencias con RCP avanzada durante 30 minutos. En dos ocasiones se documentó fibrilación ventricular, tratada con desfibrilaciones de 150 y 200 julios. Se administraron 7 dosis de adrenalina intravenosa (1 mg). Desde el inicio se objetivaron pupilas midriáticas areactivas. La intubación fue sencilla, aspirándose líquido pulmonar en repetidas ocasiones. La saturación de oxígeno máxima alcanzada fue del 86%, con capnografía alrededor de 30 mmHg. Destacó un valor de metahemoglobina (SpMet) del 13,8%, hallazgo sugestivo de intoxicación por nitritos inhalados ("poppers"), consumo referido por allegados. Pese a los esfuerzos, no se consiguió recuperación de circulación espontánea.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la importancia de considerar la intoxicación por nitritos como causa de hipoxia refractaria y arritmias ventriculares en pacientes jóvenes en parada cardiorrespiratoria. La metahemoglobinemia puede enmascarar la oxigenación real, dado que la pulsioximetría convencional ofrece lecturas erróneas. La determinación de SpMet mediante cooximetría constituye una herramienta diagnóstica clave. Identificar este mecanismo permitiría aplicar tratamiento específico con azul de metileno en pacientes que recuperen la circulación, con impacto potencial en el pronóstico vital y neurológico. La capacitación de los equipos de emergencias en la identificación de causas tóxicas infrecuentes, pero tratables, resulta fundamental para optimizar la asistencia extrahospitalaria.

53

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 28

PRIMER FIRMANTE

Francisco Miguel Guillén
Molina

AUTORES

Trinidad Concepción
Monera Bernabeu;
Antonio Botella
Martínez;
Ana belén Gallardo
Moreno;CENTROS DE TRABAJO
SERVICIO DE
EMERGENCIAS
SANITARIAS

CUANDO UN INFARTO NO LO ES: ROTURA ESOFÁGICA SIMULAN- DO SÍNDROME CORONARIO AGUDO

INTRODUCCIÓN

La rotura esofágica espontánea (síndrome de Boerhaave) es una entidad poco frecuente pero con elevada mortalidad, cuyo diagnóstico temprano es clave. Su clínica clásica (triada de Mackler: vómitos, dolor torácico y enfisema subcutáneo) no siempre está presente, lo que conduce a errores diagnósticos, frecuentemente como síndrome coronario agudo, disección aórtica u otras enfermedades torácicas.

PROPÓSITO

Presentar un caso clínico con presentación atípica de rotura esofágica que simuló un cuadro isquémico, analizar los desafíos del diagnóstico precoz, y revisar las estrategias terapéuticas actuales para enfatizar la importancia de mantener esta entidad en el diagnóstico diferencial del dolor torácico.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Varón de 41 años, deportista, sin antecedentes relevantes salvo hipercolesterolemia leve, consultó por dolor centrotorácico súbito con vómitos y sudoración. En los días previos presentaba síntomas catarrales y gastroenteritis vírica. A la valoración impresionaba de gravedad, pálido, aunque estable hemodinámicamente (TA 130/80 mmHg). El electrocardiograma (ECG) mostró bloqueo de rama izquierda, aunque sin cumplir criterios de Barcelona para infarto. Sin ECG previos para comparar. Se administraron 300 mg de ácido acetilsalicílico y morfina intravenosa (9 mg en total).

En urgencias, la ecocardiografía fue normal. La radiografía de tórax evidenció neumomediastino y la tomografía mostró además pequeño neumotórax izquierdo. Posteriormente, una tomografía con contraste confirmó fuga de contraste a nivel esofágico, estableciéndose el diagnóstico de rotura espontánea de esófago.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente. En las primeras 10 horas presentó dehiscencia de la sutura, requiriendo nueva intervención y colocación de drenajes pleurales. Finalmente evolucionó favorablemente, permaneciendo ingresado para seguimiento.

CONCLUSIONES

La rotura esofágica es una causa infrecuente de dolor torácico pero potencialmente letal. Su presentación puede simular patologías cardíacas, retrasando el diagnóstico. La presencia de neumomediastino en un paciente con dolor torácico debe despertar la sospecha de perforación esofágica. La tomografía con contraste es la prueba de elección para confirmarlo. El tratamiento quirúrgico precoz dentro de las primeras 24 horas se asocia con mejores resultados, mientras que los retrasos aumentan la mortalidad. Este caso resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha en el dolor torácico, integrando en el diagnóstico diferencial patologías menos frecuentes pero de gran impacto pronóstico.

54

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 29

PRIMER FIRMANTE

Ana Belén Gallardo
Moreno

AUTORES

Trinidad Monera

Bernabeu;

Francisco Miguel Guillén

Molina;

Antonio Botella Martínez;

CENTROS DE TRABAJO

SERVICIO DE

EMERGENCIAS

SANITARIAS DE LA

COMUNIDAD VALENCIANA

DE LA AMIGDALITIS A LA DESFIBRILACIÓN: UN BRUGADA FEBRIL ENMASCARADO

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Brugada es una canalopatía cardíaca primaria caracterizada por un patrón electrocardiográfico (ECG) típico y predisposición a taquiarritmias ventriculares malignas, incluida la fibrilación ventricular (FV). La fiebre constituye un desencadenante reconocido de arritmias potencialmente fatales en estos pacientes, incluso en individuos sin diagnóstico previo.

PROPÓSITO

Presentar un caso de FV desencadenada por fiebre en un varón joven previamente sano, que permitió el diagnóstico de síndrome de Brugada y la identificación de portadores familiares mediante estudio genético.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Varón de 21 años con cuadro febril secundario a amigdalitis. Es trasladado a urgencias en ambulancia tras sufrir un síncope en domicilio con traumatismo nasal. Se realiza un ECG basal, que resulta normal, y queda en observación. Dos horas después, presenta parada cardiorrespiratoria súbita con FV en el monitor, recuperando circulación espontánea tras una desfibrilación de 150 J, en contexto de fiebre de 38,9 °C. Un nuevo ECG muestra un patrón Brugada tipo I (elevación del ST en derivaciones V1-V2 con morfología en "coved"). Ingresa en cardiología, donde se confirma el diagnóstico. Se implanta un desfibrilador automático implantable (DAI) como prevención secundaria y se instaura tratamiento antipirético estricto para control de la fiebre. Durante el ingreso no presenta nuevas recurrencias arrítmicas. El estudio genético identifica una mutación en SCN5A, hallazgo confirmado en varios familiares de primer grado, quienes son incluidos en seguimiento especializado.

CONCLUSIONES

La fiebre puede actuar como desencadenante de eventos arrítmicos en el síndrome de Brugada, incluso en pacientes previamente asintomáticos y con ECG basal normal. El reconocimiento precoz del patrón electrocardiográfico y la estratificación del riesgo son esenciales para instaurar medidas de prevención secundaria, como el DAI. Asimismo, el estudio genético familiar permite identificar portadores asintomáticos y aplicar medidas preventivas, reduciendo el riesgo de muerte súbita. Este caso subraya la importancia de sospechar y diagnosticar síndrome de Brugada en pacientes jóvenes que sobreviven a una FV.

55

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 30

PRIMER FIRMANTE

Ana belén Gallardo
Moreno

AUTORES

Trinidad Monera

Bernabeu;

Antonio Botella

Martínez;

Francisco Miguel Guillén

Molina;

CENTROS DE TRABAJO

SERVICIO DE

EMERGENCIAS

SANITARIAS DE

LA COMUNIDAD

VALENCIANA

FV RECURRENTE EN IAM: RESCATE EXITOSO GRACIAS A FIBRINOLISIS EXTRAHOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

La fibrilación ventricular recurrente (FVR) en el infarto agudo de miocardio (IAM) constituye un desafío clínico de gran relevancia y se asocia con elevada mortalidad. En el contexto de muerte súbita, identificar precozmente la causa (4H+4T), junto con un manejo rápido y estructurado, es determinante para la supervivencia y el pronóstico neurológico.

PROPÓSITO

Presentar un caso de FVR en IAM, en el que la fibrinólisis como puente terapéutico y la posterior revascularización coronaria resultaron decisivas.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Varón de 71 años que sufre pérdida brusca de conciencia y paro cardíaco. La reanimación cardiopulmonar (RCP) básica fue iniciada por agentes policiales entrenados. A la llegada del equipo de emergencias, se encontraba en FV. Tras desfibrilación inicial con recuperación de circulación, presentó ocho recurrencias.

Durante la RCP avanzada se administraron amiodarona (300 mg + 150 mg) y adrenalina (1 mg en cinco ocasiones), y se reevaluaron las "4H y 4T". Tras la séptima descarga se consiguió realizar un ECG, que mostró elevación del ST en V3-V4, compatible con trombosis coronaria como causa de la FVR ("T"). Se administró entonces fibrinólisis con tenecteplasa; posteriormente presentó dos FV más, resueltas con desfibrilación, alcanzando finalmente estabilidad eléctrica.

Se activó el "Código IAM" y fue trasladado directamente a sala de hemodinámica, donde se objetivó una obstrucción crítica del 85 % en la descendente anterior, ya sin trombo visible tras fibrinólisis. Se implantó un stent y, días después, se completó la revascularización de lesiones no culpables. Evolucionó favorablemente, sin deterioro neurológico ni recurrencia arrítmica, y fue dado de alta con tratamiento de prevención secundaria.

CONCLUSIONES

Este caso subraya la importancia de:

- La identificación rápida de la causa del paro (4H/4T) en FVR.
- La detección precoz, RCP de calidad, desfibrilación inmediata, activación del código IAM con traslado directo a hemodinámica y revascularización precoz como claves para la supervivencia sin secuelas neurológicas.
- La fibrinólisis como puente eficaz antes de la reperfusión definitiva en la trombosis coronaria cuando persiste la inestabilidad eléctrica.

56

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 31

PRIMER FIRMANTE
Ainhize Anuzita

AUTORES
Nagore Calle Arrinda;
Leire Luis Molina;
Susana Gómez González;
Ana Castresana Arteaga-
Gurtuvay;

CENTROS DE TRABAJO
Clínica Zorrozaurre

BAV COMPLETO

INTRODUCCIÓN

Paciente que acude a urgencias por varios días con mareos y síncope. ECG muestra bloqueo AV completo con frecuencia ventricular de 39 x'.

MANEJO INICIAL

1. Se administra Aleudrina 2mg/100ml SF a 10ml/h.
2. A las 5h, el ecg muestra cambios eléctricos y se desencadena una fv.
3. Se añade magnesio al tratamiento.
4. Se realiza bioquímica con resultado normal de iones.

COMPLICACIONES

Primera parada:

1. Masaje Cardíaco
2. Descarga de 200J

Segunda parada:

1. Masaje cardiaco breve
2. Ritmo recuperado

INTERVENCIÓN

implante marcapasos bicameral.

CONCLUSIONES

El implante precoz de marcapasos bicameral fue clave para estabilizar a la paciente.

58

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 32

PRIMER FIRMANTE
Leticia Silva IglesiasAUTORES
Ruth María Romero
Domínguez;
Fernando Nieto
Hernández;
María Teresa Lucas
Calvo;
Rosario García Álvarez;CENTROS DE TRABAJO
UME Ciudad Rodrigo

SÍNDROME DEL UNO Y MEDIO

INTRODUCCIÓN

Acudimos a valorar en domicilio a mujer de 72 años que presenta cuadro de cefalea y mareo de 30 minutos de evolución. Sus familiares refieren que no puede incorporarse debido al mareo y han tenido que ayudarla a llegar hasta el sofá.

PROPÓSITO

Conocer la importancia de realizar una correcta anamnesis y exploración en patologías tiempo- dependientes para minimizar secuelas.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

En la anamnesis la paciente refiere que ha estado parte de la tarde realizando tareas del hogar que la obligaban a mirar hacia abajo y de repente, ha comenzado con cefalea opresiva en aumento y mareo sin claro giro de objetos. Niega diplopía u otra clínica añadida. Niega episodios similares previos.

A la exploración física destaca parálisis del III par derecho, con nistagmo unilateral en ojo izquierdo que bate hacia la izquierda. Resto de exploración neurológica normal.

Constantes: Tensión arterial: 154/87 mmHg. Frecuencia cardíaca: 85 lpm. Saturación: 95% FiO2 21%. Temperatura: 35,7°C. Glucemia 115 mg/dL. Electrocardiograma en ritmo sinusal.

Ante hallazgos de oftalmoplejia internuclear desconocida, se decide activar código ictus con preaviso de cercanía de acuerdo con el Neurólogo de guardia.

A su llegada a Urgencias, se realizó TC craneal, de troncos supra aórticos y de perfusión de acuerdo al protocolo del código ictus, completándose el resto del estudio durante ingreso.

Tras 6 días, fue dada de alta con el diagnóstico de Síndrome del uno y medio debido a un ictus protuberancial en el posible contexto de mal control de factores de riesgo vasculares, presentando mejoría importante de los movimientos en el plano horizontal del ojo derecho y logrando la marcha autónoma.

CONCLUSIONES

El síndrome del uno y medio está producido por una lesión unilateral de la parte dorsal de la protuberancia, que afecta a la formación reticular paramediana, fascículo longitudinal medial ipsilateral y frecuentemente al núcleo abducens. Esta entidad es fácilmente reconocible en la exploración clínica. Su frecuencia de presentación es baja, incluso menor que la oftalmoplejia internuclear. Se puede encontrar, más frecuentemente, en personas adultas con patología neurovascular y en pacientes jóvenes con enfermedades desmielinizantes.

59

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 33

PRIMER FIRMANTE
Leticia Silva IglesiasAUTORES
Ruth María Romero
Domínguez;
Rosario García Álvarez;
Fernando Nieto
Hernández;
María Teresa Lucas Calvo;
Carmen Sayagués García;CENTROS DE TRABAJO
UME Ciudad Rodrigo

ESTATUS EPILÉPTICO

INTRODUCCIÓN

Nos activan desde el Centro Coordinador de Urgencias por posible ictus en un varón de 82 años, hipertenso, dislipémico y con secuelas post- polio. Según su mujer, no es capaz de hablar.

PROPÓSITO

Conocer el adecuado manejo del estatus epiléptico (EE) para reducir la mortalidad y mejorar los resultados a corto y largo plazo.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

A nuestra valoración, el paciente presenta afasia motora y mioclonías faciales de una hora de evolución. Resto de la exploración neurológica normal, salvo las secuelas del síndrome post- polio a nivel motor. Se decide activar código ictus por afasia de inicio súbito.

Constantes: Tensión arterial 175/ 80 mmHg. Frecuencia cardíaca 80 lpm. Saturación 97% basal. Glucemia 210 mg/dL. Electrocardiograma en ritmo sinusal.

Se decide administrar Midazolam intravenoso como tratamiento de las mioclonías, consiguiendo mejoría y emisión no fluida del lenguaje, por lo que se sospecha probable crisis comicial. Se administró dosis de carga de fármaco antiepiléptico (FAE) levetiracetam 60 mg/kg, se repitió dosis de benzodiazepinas y se completó dosis máxima de FAE tras repetirse varios episodios similares. Ya en Urgencias, se realizó TC craneal objetivándose lesión ocupante de espacio por lo que se desactivó el código ictus. Requirió ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para optimización de tratamiento y manejo avanzado de vía aérea por empeoramiento clínico. El paciente pudo ser dado de alta tras 2 semanas con el diagnóstico de estatus focal motor simple secundario a lesión frontal derecha a filiar.

CONCLUSIONES

El EE es una emergencia neurológica que requiere una atención inmediata, ya que pone en riesgo vital a la persona, precisando una interrupción precoz de la actividad epiléptica.

El tratamiento farmacológico debe ser inmediato y escalonado, hasta conseguir lo antes posible su resolución. En un primer nivel (0-5 minutos), están indicadas las benzodiazepinas. En el segundo (5-20 minutos) y tercer nivel (30 minutos), están indicados los FAE. Si persisten las convulsiones, será necesaria la inducción de coma farmacológico, aislamiento de la vía aérea, ventilación mecánica y monitorización hemodinámica para conseguir el control del EE, debiendo ser trasladado a una UCI.

64

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 34

PRIMER FIRMANTE
Carmen Casal

AUTORES

Manuel Losada Mora;
Daniel Diaz Pavón Iliso;
Jorge Pérez Martínez;
Jaime Zapata Herrera;
José Luis Moreno Dotor;CENTROS DE TRABAJO
Servicio de Emergencias
Sanitarias Comunidad
Valenciana

DOBLE DESFIBRILACIÓN SECUENCIAL EN FIBRILACIÓN VENTRICULAR REFRACTARIA: EXPERIENCIA EXTRAHOSPITALARIA Y RELEVANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO

INTRODUCCIÓN

La fibrilación ventricular refractaria constituye una de las situaciones de mayor complejidad en la atención a la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria, con tasas de supervivencia muy bajas. En este contexto, la desfibrilación doble secuencial (DDS) ha emergido como una técnica alternativa en casos seleccionados, aunque aún no existe consenso definitivo en las guías internacionales. La adecuada coordinación entre equipos de emergencias, así como el liderazgo compartido, resultan determinantes para optimizar la respuesta y minimizar tiempos críticos en el escenario extrahospitalario.

PROPÓSITO

Caso clínico de parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria por fibrilación ventricular refractaria en el que se aplicó la técnica de desfibrilación doble secuencial, destacando su ejecución, la coordinación entre dos unidades SAMU y la colaboración interinstitucional con cuerpos de seguridad. Tras descartar éxito de reanimación, se activó código donación en asistolia realizando pre-alerta al SUH La Fe optimizando tiempos de isquemia caliente.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Varón de 60 años que colapsa en vía pública, atendido inicialmente por Policía Local que realiza maniobras de SVB y DESA que realiza dos descargas. A la llegada de una unidad SAMU

constituida por 1 médico, 1 enfermera y 1 TES, continúan con maniobras de SVA. Prácticamente a la vez, llega otra unidad SAMU que había finalizado una asistencia en la misma calle. Estos dos equipos se coordinan realizando las técnicas de acceso intraóseo y administración de fármacos por parte de enfermería, manejo avanzado de vía aérea con IOT y toma de decisiones por parte de medicina; y control de oxígeno, colocación de LUCAS y asistencia por parte de los dos TES. Al disponer de dos monitores desfibriladores manuales, se procedió a la aplicación de la técnica de desfibrilación doble secuencial colocando electrodos en posiciones anterolateral y anteroposterior. La descarga casi simultánea permitió, en algunas ocasiones, la recuperación de la circulación espontánea (ROSC) aunque volvía, al poco tiempo a ritmo desfibrilable. El paciente recibió un total de 23 desfibrilaciones (19 dobles + 4 DESA policía). El procedimiento se desarrolló en un entorno extrahospitalario complejo, donde la coordinación entre equipos y el apoyo logístico de la policía resultaron esenciales para garantizar un manejo eficaz y seguro. Durante el transporte, el paciente sufre de actividad eléctrica sin pulso - asistolia. Se mantiene cardiocompresor y ventilación mecánica y se activa código donación para el H. La Fe donde se realiza búsqueda para posibles receptores. Las dos unidades SAMU atendieron al paciente durante 65 minutos y fueron escoltados por PL para traslado al H. La Fe llegando en 15 minutos.

CONCLUSIONES

La desfibrilación doble secuencial representa una opción terapéutica excepcional en casos de fibrilación ventricular refractaria, siendo imprescindible una adecuada coordinación entre equipos para su implementación. Este caso ilustra la relevancia del liderazgo compartido, la distribución clara de roles y la colaboración interinstitucional en escenarios críticos. Además, resalta la importancia de optimizar los tiempos de asistencia no solo para incrementar la supervivencia, sino también para favorecer la donación de órganos, con un impacto positivo tanto en el ámbito clínico como social.

65

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 35

PRIMER FIRMANTE
Enric Estévez PeñalverAUTORES
Jade Vañó Guerola;
Nami De León Seta;CENTROS DE TRABAJO
SESCV

CENTRO COORDINADOR Y RCP TELEFÓNICA PEDIÁTRICA: ESLABÓN CLAVE EN LA CADENA DE SUPERVIVENCIA

INTRODUCCIÓN

La reanimación cardiopulmonar (RCP) asistida por teléfono es una estrategia crucial para mejorar la supervivencia en paradas cardiorespiratorias (PCR) pediátricas extrahospitalarias. Aunque su incidencia en menores de 18 años es baja, el pronóstico es desfavorable si no se inicia RCP de manera precoz. La RCP telefónica permite que el personal sanitario reconozca rápidamente la PCR y guíe al alertante en el inicio de maniobras básicas. Por consiguiente, la European Resuscitation Council en 2021 reconoció explícitamente un nuevo eslabón de la cadena de supervivencia. Sin embargo, su implementación enfrenta barreras como la dificultad para reconocer la respiración agónica y la afectación emocional de los testigos.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto del personal sanitario del centro de coordinación en el manejo adecuado y temprano de la PCR pediátrica mediante la revisión de la literatura científica actual y la identificación de elementos clave y recomendaciones internacionales.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica en PubMed utilizando los descriptores ["Telephone" AND "CPR" AND "Pediatric"], aplicando límites

de publicación entre 2019 y 2025. Se incluyeron estudios sobre RCP telefónica pediátrica y neonatal, excluyendo artículos centrados en adultos, Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) o cuidados paliativos. De los 50 artículos iniciales, tras selección crítica se incluyeron 5 estudios para análisis cualitativo.

RESULTADOS

Los estudios revisados destacan que la comunicación clara y estructurada del teleoperador es fundamental para superar barreras emocionales y mejorar la calidad de la RCP por testigos. La intervención temprana aumenta significativamente la supervivencia, cada minuto de retraso reduce la tasa de éxito entre 7-10 %. La implementación de guías estandarizadas y formación específica para el personal sanitario mejora el cumplimiento de protocolos y la efectividad de la asistencia telefónica.

CONCLUSIONES

La PCR pediátrica ocasiona un elevado impacto emocional en los alertantes, por ende, las indicaciones han de ser claras y concisas. El personal sanitario en los centros de coordinación juega un papel imprescindible en la detección temprana de la PCR siendo el primer eslabón de la cadena de supervivencia. El uso de protocolos estandarizados y la capacitación permanente de los profesionales sanitarios optimizan la respuesta y mejoran la asistencia en emergencias pediátricas.

72

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 36

PRIMER FIRMANTE
Susana Castillo MarchCENTROS DE TRABAJO
C.S.I. Alzira II

MUERTE SÚBITA POR ANAFILAXIA IDIOPÁTICA UN DESAFÍO TIEMPO-DEPENDIENTE EN EMERGENCIAS

INTRODUCCIÓN

La anafilaxia se caracteriza por el compromiso de múltiples sistemas.

A nivel cutáneo: urticaria y angioedema, que compromete la glotis.

A nivel respiratorio: disnea, sibilancias, broncoespasmo y paro respiratorio.

A nivel gastrointestinal: dolor abdominal tipo cólico, náuseas, vómitos y diarrea.

A nivel cardiovascular: taquicardia, arritmias e hipotensión hasta el paro cardíaco

Cuando hablamos de anafilaxia idiopática es una reacción potencialmente fatal sin desencadenante identificado, lo que dificulta su prevención y tratamiento. Las muertes súbitas por esta causa suponen un desafío asistencial con un impacto devastador en las familias y los profesionales de emergencias. Donde la demora en la identificación y administración precoz de adrenalina puede condicionar la supervivencia del paciente.

OBJETIVOS

Revisar la evidencia disponible sobre mortalidad asociada a la anafilaxia idiopática, describir e identificar posibles factores de riesgo y analizar los avances recientes en su comprensión e investigación.

METODOLOGÍA

Revisión en bases de datos biomédicas (PubMed, Scopus, Embase) entre 2010 y 2025, incluyendo estudios originales, series de casos y revisiones sistemáticas que documentaran muerte asociada a anafilaxia idiopática. Se excluyeron reportes con desencadenantes identificados tras estudio ampliado. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades, circunstancias clínicas del evento, tiempos de actuación y tratamientos administrados.

RESULTADOS

Se identificaron 21 publicaciones relevantes con 132 muertes documentadas entre 2010 y 2025. El 61% ocurrieron en ámbito extrahospitalario, asociadas a retraso en la administración de adrenalina. Los avances en investigación muestran implicación de trastornos mastocitáricos, cofactores, alérgenos previamente no detectados, mecanismos autoinmunes y biomarcadores diagnósticos.

CONCLUSIONES

La muerte por anafilaxia idiopática es un evento tiempo-dependiente de difícil predicción. La evidencia actual sugiere que la categoría de 'idiopática' disminuirá con el desarrollo de nuevas herramientas diagnósticas. La formación específica a pacientes, familiares y a profesionales en la aplicación precoz de adrenalina son esenciales para mejorar la supervivencia.

81

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 37

PRIMER FIRMANTE
Raquel Grado SanzAUTORES
Concepción Guerrero
Bruguera;
María Antigua Martín
Martín;
Juan Carlos Moreno del
Rey;CENTROS DE TRABAJO
UVI móvil Toledo-1

ELECCIÓN DE SUERO SALINO HIPERTÓNICO EN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL

INTRODUCCIÓN

Varón de 43 años, hipertenso y obeso, acude a las 19:40h al Centro de Urgencias de Atención Primaria por hemiparesia derecha y disartria desde hace 20 minutos, y durante valoración clínica, comienza con bajo nivel de consciencia hasta Glasgow (GCS) de 3, administran oxígeno con Venturi y avisan a 112 que activa Soporte Vital Avanzado Medicalizado móvil (UVIm). A su llegada a las 20:15h, paciente con GCS 4/15, presenta descerebración, diaforesis, emergencia hipertensiva, bradicardia, bradipnea y anisocoria (midriasis izquierda arreactiva).

Actuación UVIm: preoxigenación en antitendélemburg, se administra Urapidilo 25 mg intravenoso (IV) y Atropina 0,5 mg IV, analgesia y sedorelajación con Fentanilo 1 mcg/kg, Etomidato 0,3 mg/kg y Rocuronio 1,2 mg/kg IV y se intuba con ayuda de FROVA por Cormack III, conectándose a ventilación mecánica invasiva en modo volumen control. Ante clínica de hipertensión intracraneal (HTIC) con sospecha de herniación cerebral se administra suero salino hipertónico (SSH) al 7,5% en 20 minutos. Se activa código ictus y se realiza transferencia a la unidad para iniciar traslado a centro útil con preaviso. Durante traslado se realiza mantenimiento de sedorelajación. Paciente progresa a midriasis bilateral arreactiva.

En hospital tras escáner de cráneo se confirma hematoma intraparenquimatoso frontoparietal izquierdo con marcado efecto masa que condiciona herniación subfalcina y uncal bilateral, evolucionando el paciente en las siguientes 48 horas a muerte encefálica. Se plantea donación de órganos a familia que aceptan.

PROPÓSITO

En caso de anisocoria aguda por hipertensión intracraneal, el SSH es preferible al manitol.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Ictus hemorrágico con signos de HTIC y herniación cerebral.

CONCLUSIONES

1. En el ictus hemorrágico se produce rotura vascular que daña la barrera hemoencefálica (BHE).
2. El SSH tiene menor difusión por la BHE alterada, evitando el edema por efecto rebote.
3. En anisocoria aguda por HTIC, el SSH es preferible por su inicio más rápido (5-15 minutos), efecto más sostenido, mejor perfil hemodinámico mejorando perfusión cerebral y menor riesgo de edema por efecto rebote.
4. La reversión de la anisocoria por HTIC es posible si la isquemia es aún reversible, por eso cuanto antes se administre el SSH mayor probabilidad.

83

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 38

PRIMER FIRMANTE

Almudena Morales
Sánchez

AUTORES

Héctor Manuel Pablo
Hernández;
Lorena Morales Sánchez;
Raquel Sánchez Martín;
Sergio Sánchez Rubio;
María Jesús Hernández
García;

CENTROS DE TRABAJO

Emergencias Sanitarias
Cyl

SAMUR-PC

UAD cedro

CAUSA

Ambulancias Rodrigo

BREAKING HEALTH EN URGENCIAS: LA AMENAZA EMERGENTE DE LAS NUEVAS DROGAS

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas de diseño o nuevas sustancias psicoactivas (NPS) se ha incrementado en la última década, constituyendo un reto emergente en la asistencia urgente. Su variabilidad química y sus efectos imprevisibles dificultan el diagnóstico y la respuesta asistencial, especialmente en el ámbito extrahospitalario, donde el tiempo resulta determinante.

OBJETIVOS

Analizar la literatura científica reciente (2020-2024) sobre la prevalencia, repercusión clínica y abordaje en urgencias de las intoxicaciones por NPS, con especial énfasis en la atención prehospitalaria.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica en PubMed Central, BMC, MMWR/CDC y NIDA para el periodo 2020-2024, empleando los términos "novel psychoactive substances", "designer drugs", "emergency", "prehospital" y "acute toxicity". Se incluyeron revisiones, estudios epidemiológicos y reportes clínicos relevantes para urgencias.

RESULTADOS

La literatura evidencia un aumento sostenido de incidentes relacionados con NPS, particularmente cannabinoides sintéticos, catinonas y opioides potentes como el fentanilo y sus derivados. Los cuadros clínicos más frecuentes incluyen agitación, psicosis, convulsiones, hipertermia, arritmias y colapso hemodinámico. Se han descrito tendencias crecientes de visitas a urgencias por intoxicaciones cannabinoides y un incremento notable de sobredosis por opioides sintéticos en los últimos cinco años. La mortalidad y la gravedad se asocian a la ausencia de protocolos específicos y a la demora en la atención. Las fuentes revisadas recomiendan priorizar la estabilización de la vía aérea, el soporte vital avanzado, el control de la agitación y la coordinación rápida con centros hospitalarios. Se enfatiza la necesidad de formación específica de los equipos extrahospitalarios y de sistemas de vigilancia epidemiológica en tiempo real.

CONCLUSIONES

Las intoxicaciones por drogas de diseño constituyen un desafío creciente y dinámico en la atención urgente, consideradas ya patologías tiempo-dependientes. La evidencia disponible subraya la importancia de desarrollar protocolos extrahospitalarios, fomentar la capacitación continua de los profesionales y establecer sistemas de vigilancia que permitan adaptar la respuesta asistencial a la evolución de estas sustancias.

87

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 39

PRIMER FIRMANTE

Jorge Pascual Fernández

AUTORES

Marta Giménez

Luzuriaga;

Álvaro Arribas Cerezo;

Raquel López Poza;

Sara Iglesias Gutiérrez;

Florian Wolfgang Karl

Türk;

CENTROS DE TRABAJO

061 LA RIOJA

LAS H´S DE LA PARADA EXISTEN

INTRODUCCIÓN

Las causas reversibles de parada (especialmente las H´S) a menudo caen en el olvido dado el estrés de la situación crítica a la que se enfrenta el equipo asistencial y la falta de medios. La incorporación de nuevos dispositivos para el análisis de muestras venosas y arteriales hace que en el medio extrahospitalario podamos abordarlas de manera adecuada.

Se presenta el caso de un paciente de 72 años Obeso, dislipémico, diabético y con enfermedad renal crónica en diálisis, que es atendido por una Ambulancia soporte Vital básico (ASVB) por malestar general y disnea. Durante la asistencia inicial sufre parada cardiorespiratoria, por lo que inician maniobras de reanimación cardio-pulmonar (RCP) y activan al equipo de la Unidad de soporte vital avanzado (USVA).

A los 3 minutos llega la USVA, encontrando al paciente con DESA que no ha indicado descarga. En el monitor se objetiva actividad eléctrica sin pulso. Se inician maniobras de RCP avanzada, analizando muestra venosa en gasómetro portátil, obteniendo pH 6.8, HCO₃ 7,2mmol/L , EB -26, k⁺ 9 mmol/L, NA 127mmol/L glucosa 499 mg/dl. En virtud de la acidosis metabólica en contexto de hiperpotasemia grave, se inicia tratamiento con 20 ml de Gluconato cálcico, 10 UI de insuli-

na y 50 meq de HCO₃ 1M . Tras 13 min de maniobras se produce retorno de circulación espontánea. En el análisis de control a los 25 min , se objetiva la normalización de k⁺ a 4.7mmol/L. Se traslada a paciente hasta el hospital de referencia donde ingresa en UCI falleciendo pasadas 14 h por arritmias ventriculares no controlables.

PROPÓSITO

demostrar la utilidad de los analizadores portátiles en las paradas cardio-respiratorias

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Parada cardio-respiratoria secundaria a hiperpotasemia en paciente en hemodiálisis.

CONCLUSIONES

El uso sistemático de analizadores sanguíneos portátiles en el paciente grave, y especialmente en la parada, abren nuevas posibilidades de intervención dirigida a la etiología, en el ámbito extrahospitalario.

88

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 40

PRIMER FIRMANTE
Alba Alonso PuertaAUTORES
Pablo Sánchez Fernández;
María De la Fuente Sainz
de Baranda;
Consuelo Mezquita Núñez;CENTROS DE TRABAJO
Hospital General
Universitario Gregorio
Marañón

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTE NEUROQUIRÚRGICO

INTRODUCCIÓN

Varón de 36 años sin antecedentes de interés con diagnóstico de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) durante el postoperatorio de artrodesis lumbar (T12-L2) por fractura de L1 traumática.

La cirugía se realizó en dos tiempos con 72 horas de separación lo que impidió la administración de enoxaparina por riesgo de sangrado, permaneciendo encamado.

PROPÓSITO

El TEP es una patología con múltiples presentaciones clínicas, lo que hace imprescindible mantener la sospecha en pacientes con inmovilización prolongada (1,2).

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Al 5º día de la cirugía presenta dolor torácico intenso que aumenta con la inspiración y no cede con analgesia convencional.

Exploración: Normotenso, normocárdico, eupneico y afebril.

Radiografía de tórax: aumento de densidad en base pleural derecha.

Analítica sanguínea: destaca Dímero D 2873. AngioTAC torácico: TEP en rama segmentaria en lóbulo inferior derecho.

Se inicia enoxaparina a dosis terapéutica presentando una evolución favorable.

CONCLUSIONES

Debido a que la mortalidad del TEP en pacientes neuroquirúrgicos durante la hospitalización es aproximadamente del 10%, la estrategia clínica debe guiarse por la evaluación individualizada y la evidencia más actualizada (2,3).

El riesgo de TEP en un paciente neuroquirúrgico es mayor que en otras especialidades debido a la inmovilidad prolongada, déficits neurológicos, duración extensa de la cirugía y el uso prolongado de esteroides (2,4).

En pacientes de bajo riesgo, se recomienda omitir la profilaxis farmacológica cuando el riesgo de sangrado es alto (5-7), priorizando la profilaxis mecánica con medias de compresión neumática intermitente, ya que han demostrado eficacia comparable (8,9).

92

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 41

PRIMER FIRMANTE
David Rey FernándezAUTORES
Sonía Rodríguez
LLagüerri;
Patricia Cordero
Carnicero;
Andrea Barros Martínez;
Marta San José Mirantes;
María Pérez González;CENTROS DE TRABAJO
Complejo Asistencial
Universitario de León

USO DE LA ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE CAUSAS DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA NO ARRITMOGÉNICAS

INTRODUCCIÓN

La evolución de la ecografía y la formación del personal sanitario ha permitido la extensión de esta técnica a múltiples ámbitos, como es el de los cuidados al paciente crítico. Las paradas cardiorrespiratorias (PCR) son afecciones frecuentes en el entorno de este paciente, para las cuales el personal sanitario tiene que estar formado en su manejo. Este estudio se centra en la viabilidad del diagnóstico diferencial mediante ecografía de las posibles causas de PCR reversibles en ritmos no desfibrilables, que se conocen como las 5 H (Hipoxia, Hipovolemia, Hidrogeniones, Hipo/Hiperkalemia, Hipotermia) y las 5 T (Neumotórax a tensión, Taponamiento cardiaco, Tóxicos, Trombosis pulmonar, Trombosis coronaria).

OBJETIVOS

Determinar la utilidad de la ecografía en el ámbito de la resucitación cardiopulmonar. Describir los casos en los que la ecografía puede ayudar en el diagnóstico y tratamiento de las causas de PCR.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de los últimos 10 años de artículos en inglés y español.

RESULTADOS

La ecografía resulta ser una herramienta útil en el manejo del paciente crítico en situación de PCR.

La ecografía permite valorar la existencia de hipovolemia, trombosis pulmonar, neumotórax a tensión y taponamiento cardiaco en situaciones de PCR.

CONCLUSIONES

La ecografía es de utilidad en el paciente crítico, dirigiendo al personal médico en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, pero no para determinar el pronóstico de la reanimación.

Una adecuada formación permite su realización a la par que las técnicas de soporte vital avanzado sin interferir en ellas, exceptuando en la ecocar-

diografía que se podrían dar interrupciones en las compresiones cardiacas.

Es posible su uso intra o extrahospitalariamente, evitando desplazar al paciente para realizar otros estudios de diagnóstico, los cuales no permitirían las maniobras de soporte vital durante su realización.

Existen protocolos reglados de ecografía en pacientes críticos como el FAST, el E-FAST o el algoritmo CAUSE entre otros, que valoran ecográficamente alteraciones en las cavidades cardiacas, en las pleuras pulmonares y la presencia de líquido libre en pericardio, abdomen y tórax; permitiendo así identificar las siguientes causas reversibles de paro cardiorrespiratorio no cardiogénico: hipovolemia, trombosis pulmonar, neumotórax a tensión y taponamiento cardiaco.

93

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 42

PRIMER FIRMANTE

Loreto Calleja Delgado

AUTORES

Silvia Medina Díez;

Ana María Bueno

González;

Celia María Curieses

Andrés;

Álvaro Velasco Villagarcía;

Elena Bustamante

Munguira;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Clínico

Universitario de Valladolid

PARADA CARDIORRESPIRATORIA POR SHOCK Y MENINGITIS. IMPORTANCIA DE LA REANIMACIÓN PRECOZ Y DE CALIDAD

INTRODUCCIÓN

Hasta un 4% de los ingresos en Unidades de Cuidados Intensivos, sufren una parada cardiorrespiratoria (PCR) durante su estancia en nuestras unidades. El pronóstico depende fundamentalmente de la causa de la parada, la calidad de la reanimación y tiempo de duración de la misma.

Se presenta el caso de una mujer de 82 años, que acude a urgencias por somnolencia y fiebre. Se realiza punción lumbar que resulta positiva para meningococo, confirmándose posteriormente en hemocultivos el diagnóstico de meningococemia. A la llegada a UCI, muy inestable hemodinámicamente, con vasopresores en aumento, sufre PCR presenciada en ritmo de actividad eléctrica sin pulso y posterior asistolia, recuperando pulso tras 15 minutos de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada.

PROPÓSITO

1/ Confirmar la importancia de una RCP avanzada, precoz y de calidad.

2/ Reconocer la complejidad de establecer un pronóstico neurológico tras una PCR, especialmente cuando coexiste patológica neurológica aguda primaria, como una meningitis grave.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Empeoramiento metabólico y hemodinámico franco con shock refractario a resucitación que conduce a PCR. Monitorizada y con RCP avanzada precoz y de calidad, tras 4 adrenalininas se consigue recuperación espontánea de circulación. Mal pronóstico inicial, con trazado brote-supresión en encefalograma a las 72h y enolasa neuroespecífica alta (26ng/ml). Dado que el diagnóstico incluye meningitis grave en fracaso multiorgánico, y planteando que el pronóstico neurológico inicial puede estar influenciado por su patología primaria, se mantiene soporte vital. Con adecuados cuidados postparada, se confirma evolución lenta y favorable, aumentando la reactividad a estímulos a la exploración y en electroencefalogramas repetidos, llegando a obedecer órdenes sencillas y pudiendo ser extubada el 19º día de evolución.

CONCLUSIONES

- El pronóstico neurológico postparada representa un desafío clínico importante que se agrava cuando el paciente presenta una patología aguda primaria. El caso expuesto demuestra cómo a pesar de un pronóstico inicial muy reservado, con edad avanzada, PCR prolongada, shock refractario y EEG de brote supresión, la paciente logra una evolución favorable gracias a la combinación de RCP precoz, tratamiento etiológico eficaz y cuidados postparada intensivos.

- Es fundamental mantener el soporte vital durante un periodo adecuado de observación especialmente en patologías potencialmente tratables.

94

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 43

PRIMER FIRMANTE
Juan Jesús Hernández
González Nicolás;CENTROS DE TRABAJO
CRUZ ROJA OFICINA
CENTRAL

ARIADNA. VIDEO ACTIVACIÓN EN CASO DE PARADA

INTRODUCCIÓN

La aplicación móvil ARIADNA se basa en la creación de un mapa colaborativo de geolocalización de desfibriladores y en la creación de una base de datos de personas con formación en RCP que puedan ser activadas en caso de parada cardíaca. En su proceso de difusión e integración en los 112 de los Servicios de emergencia de las CCAA se realiza un video, gracias a una financiación europea del proyecto PIA (Prevención en Acción), cofinanciado por la Unión Europea dentro de la estrategia #EU4HEALTH. Con esta comunicación oral se pretende presentar el video elaborado.

OBJETIVOS

Dotar al proyecto Ariadna de un video de difusión para que la población general, las administraciones sanitarias y el personal sanitario conozcan la dinámica de acción que proporciona Ariadna.

METODOLOGÍA

El proyecto Ariadna consta de dos fases. En la primera los "rastreadores" (personas que se dan de alta en la app para colaborar) geolocalizan desfibriladores y los registran en la aplicación. En la segunda, la aplicación se incorpora a los paneles de emergencia de los 112 de las CCAA para que puedan ser activadas las personas "colaboradoras", que tienen formación en RCP y que reciben un aviso si existe una detección de parada cardíaca en un radio cercano a su posición, para que puedan llegar y comenzar maniobras de RCP y desfibrilación antes de la llegada de los servicios médicos, reduciendo el tiempo de intervención.

RESULTADOS

La app Ariadna ya está actualmente integrada en los servicios de emergencia de la Junta de Galicia (en el Sergas), a punto de integrarse en Canarias y en pruebas en otras CCAA

CONCLUSIONES

La app Ariadna es un elemento que puede convertirse en una gran aliada en el caso de parada cardíaca, y este video facilita el entendimiento del proceso y la difusión de la misma.

95

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 44

PRIMER FIRMANTE

Gema Fernández Lozano

AUTORES

Laura García Fernández;

Israel Martín González;

María Dolores Gil Moron;

Miguel Arenas García;

CENTROS DE TRABAJO

SUMMA 112

Área Salud Campo de
Cartagena

“DEL USO RECREATIVO AL HOSPITAL: EL POPPER Y SU VÍNCULO CON LA METAHEMOGLOBINEMIA”

INTRODUCCIÓN

Una gran cantidad de compuestos químicos tienen la capacidad de oxidar la hemoglobina ferrosa hasta su estado férrico (metahemoglobina), una forma que no puede transportar oxígeno. El nitrito de amilo y el nitrito de isobutilo (“poppers”), utilizados como estimulantes sexuales, pueden provocar metahemoglobinemia.

La metahemoglobinemia reduce la capacidad transportadora de oxígeno; puede ocasionar mareo, náusea, cefalea, disnea, confusión, convulsiones y estado de coma.

El manejo de la metahemoglobinemia comienza asegurando la vía aérea y aportando oxígeno. El tratamiento para casos graves es el azul de metileno intravenoso en dosis de 1-2 mg/kg.

Presentamos el caso de un paciente varón de 31 años con antecedentes de trastorno de ansiedad y de consumo de sustancias tóxicas que avisa al 112 por episodio de disnea tras consumo de “popper” durante 2 horas. Asocia sensación de inestabilidad y cefalea observando que tiene labios y dedos cianóticos. A la llegada de los servicios de emergencias objetivan regular estado general, palidez y cianosis en partes acras, normohidratado y normoperfundido. Consciente y orientado. Eupneico. Constantes: TA 160/110 sat.O2 80% basal FC 95 lpm acp rítmico, no soplos,

svc sin ruidos añadidos. Exploración neurológica anodina.

Colocan mascarilla reservorio aumentando sat.O2 a 90%. y trasladan a urgencias hospitalarias. Durante su estancia en urgencias realizan pruebas entre las que destaca niveles de metahemoglobina de 18,7% que tras oxigenoterapia a alto flujo disminuyen a 4,8%. Valorado por UCI quienes no instauran tratamiento con antídoto azul de metileno dado la mejoría del cuadro. Finalmente se da el alta recomendándole la abstinencia a tóxicos.

PROPÓSITO

Dado que el uso de popper ha aumentado exponencialmente es imperativo que conozcamos los efectos inherentes a su consumo y cómo tratarlos.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Se trata de un varón con metahemoglobinemia leve (18,7%) por consumo de tóxicos.

CONCLUSIONES

La mayoría de pacientes que presentan metahemoglobinemia por consumo de “popper” evolucionan favorablemente. El manejo consiste en asegurar una vía aérea permeable y aportar oxígeno, sólo en casos graves utilizaríamos el azul de metileno. Además, habría que buscar intoxicaciones concomitantes por otras sustancias en dichos pacientes.

97

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 45

PRIMER FIRMANTE

Gema Fernández Lozano

AUTORES

Laura García Fernández;

Marta Alburquerque

Montoya;

Alba Aparicio Gasch;

Lara María Carrizo

Castillo;

Cristina Sol Alvarado

Cudós;

CENTROS DE TRABAJO

SUMMA 112

Hospital Universitario

La Paz

“ANTECEDENTES FAMILIARES DE MIOCARDIOPATÍA DILATADA Y MUTACIÓN GENÉTICA: CLAVES EN UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA”

INTRODUCCIÓN

La miocardiopatía dilatada por mutación en el gen de la filamina C (FLNC) se caracteriza por la disfunción ventricular izquierda, fibrosis intramiocárdica y alta tasa de arritmias. Estas mutaciones se asocian con alto riesgo de muerte súbita familiar.

La cardiorresonancia, gracias a su capacidad de caracterización tisular, es muy útil en su diagnóstico etiológico. Ciertos patrones de realce tardío de gadolinio (RTG), como el de realce anular (ring-like) subpericárdico/mesocárdico, suponen alto riesgo arrítmico, independientemente de factores de riesgo adicionales.

Varón 31 años antecedentes familiares de miocardiopatía dilatada portador de mutación patogénica en gen filamina C en seguimiento por Cardiología sin cardiopatía estructural, avisan a emergencias porque se desploma en vía pública sin expresar algias previas. Testigos no sanitarios inician masaje cardíaco al no objetivar pulso durante 5 minutos. Cuando llega la uvi objetivan respiración “gasping”, administrando fentanilo, midazolam y rocuronio para intubación orotraqueal. Llega helicóptero de emergencias presentando fibrilación ventricular y taquicardia ventricular sin pulso precisando 4 descargas. Se administra adrenalina y amiodarona. Tras 4º descarga recupera pulso con taquicardia sinusal y elec-

trocardiograma sin alteraciones isquémicas. Realizan preaviso y trasladan en helicóptero al hospital.

A su llegada en ventilación mecánica invasiva con buena saturación, estable hemodinámicamente sin drogas vasoactivas. Se realiza ecocardiograma que no muestra alteraciones. Pasa a Unidad Coronaria para monitorización y control de temperatura.

Inician hipotermia terapéutica a 33°C durante 24 horas. Permanece hemodinámicamente estable, sedado y analgesiado, sin arritmias. A las 48 horas se extuba. En el ecocardiograma transtorácico no presenta disfunción ventricular. Se coloca DAI al 5º día sin incidencias.

PROPÓSITO

Reseñar la importancia del estudio genético de FLNC en pacientes con miocardiopatía dilatada, arritmogénica y restrictiva, especialmente en casos de muerte súbita en jóvenes.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Se trata de un paciente que sufre parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria por fibrilación ventricular con antecedente de MCD con mutación en FLNC.

CONCLUSIONES

En pacientes con MCD debido a mutación en FLNC y presencia de RTG con patrón ring-like, podría considerarse el implante de DAI en prevención primaria para reducir el riesgo de muerte súbita.

98

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 46

PRIMER FIRMANTE
Loreto Rivera

AUTORES

Javier García Requena;
Natalia Alfaro García;
Carmen Fernández
Suárez-Bustamante;CENTROS DE TRABAJO
HOSPITAL CENTRAL DE
LA DEFENSA GOMEZ ULLA
CSVE

EFECTO DE LAS DOSIS DE ADRENALINA DURANTE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA Y LA RECUPERACIÓN NEUROLÓGICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCREH) representa una de las principales causas de muerte a nivel mundial, con una supervivencia en torno al 5-10%.

La activación temprana de la cadena de supervivencia, incluyendo una reanimación cardiopulmonar (RCP) de calidad, desfibrilación precoz y el soporte farmacológico, es determinante en el pronóstico de los pacientes.

La adrenalina constituye el fármaco de referencia en los protocolos internacionales de RCP.

No obstante, su eficacia ha sido reevaluada en los últimos años, ya que, dada su acción vasoconstrictora a nivel de la microcirculación cerebral podría conducir a un daño mayor del que produce la propia PCREH.

OBJETIVO

Evaluar el efecto de la dosis de adrenalina sobre la recuperación neurológica de los pacientes que sufren una PCREH. Como objetivo secundario se valoró el retorno de la circulación espontánea (ROSC).

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática y un metaanálisis de estudios de cohortes retrospectivo y cuasi-experimental. Las fuentes de información

utilizadas fueron: Pubmed y Web Of Science. Se aplicaron filtros de búsqueda y criterios de selección para obtener artículos publicados en los últimos 5 años, en población mayor de 18 años, con PCREH no traumática, que evaluaran el estado neurológico tras el alta hospitalaria en función de la dosis de adrenalina administrada. Se ejecutó una regresión agrupada de datos anidados bajo el modelo de efectos aleatorios. Fueron aplicados los siguientes análisis: tamaño del efecto mediante odds ratio (OR), análisis de heterogeneidad y análisis de sensibilidad.

RESULTADOS

Se incluyeron 6 estudios. Resultado de buen estado neurológico con la administración de adrenalina frente a la no administración: OR=0,61 [0.36-1.03] para IC 95% (p= 0.06; I2=98%); Resultado de buen estado neurológico con dosis bajas de adrenalina: OR= 1.08 [0.91- 1.27] para IC 95% (p=0.21; I2=64%).

En cuanto a ROSC en pacientes tratados con adrenalina frente a la no administración: OR = 1.32 [0.75-2.31] para IC 95% (p= 0.34; I2=99%); ROSC en pacientes con dosis bajas de adrenalina OR = 0.59 [0.50-0.69] para IC 95% (p< 0.00001; I2=62%)

El análisis de sensibilidad reveló que no se modifican significativamente los resultados.

CONCLUSIONES

La no administración o las dosis bajas de adrenalina no modifican de manera significativa la probabilidad de tener un buen estado neurológico con respecto a las dosis estándar.

100
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 47

PRIMER FIRMANTE
Natalia Alfaro García

CENTROS DE TRABAJO
HOSPITAL CENTRAL DE
LA DEFENSA "GÓMEZ
ULLA"

EN UNA HIPOTENSIÓN TRAS LA RECUPERACIÓN DE LA CIRCULACIÓN ESPONTÁNEA, ¿QUÉ DROGAS VASOACTIVAS ESTARÍAN MÁS INDICADAS?: REVISIÓN SISTEMÁTICA

INTRODUCCIÓN

Los cuidados post resucitación tras una parada cardiorrespiratoria, entre los que se engloba la recuperación de la circulación espontánea (RCE), son imprescindibles al tratarse de una fase crítica caracterizada por inestabilidad hemodinámica y alta morbimortalidad. Uno de los síntomas más frecuentes es la hipotensión arterial (TAS < 90 mmHg o TAM < 65 mmHg), signo que se asocia con peor pronóstico vital y neurológico. Por ello, se hace frecuente el uso de agentes vasoactivos para mantener una adecuada perfusión cerebral y tisular, así como para disminuir la recurrencia al paro. Sin embargo, existe incertidumbre sobre cuál es el agente vasoactivo más adecuado a utilizar en este contexto.

OBJETIVOS

Identificar los agentes vasoactivos indicados en la recuperación de la circulación espontánea; comparar el impacto hemodinámico, supervivencia, recurrencia de paro y daño neurológico de los dos agentes vasoactivos más utilizados; orientar la actuación clínica.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática de la literatura en bases de datos biomédicas (PubMed, Medline) y guías internacionales (ILCOR, ERC, AHA) publicadas entre 2012 y 2025. Se incluyeron revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios observacionales y ensayos clínicos que comparan el uso de diferentes agentes vasoactivos tras la RCE.

RESULTADOS

Los estudios revisados reflejan que las drogas vasoactivas más utilizadas son la noradrenalina, la dopamina y la adrenalina, en orden de más a menos uso. Comparando las dos primeras, no existen diferencias significativas en cuanto a la supervivencia hospitalaria o daño neurológico. Sin embargo, se ha observado que la noradrenalina ofrece mayor estabilidad hemodinámica y menor recurrencia de paro. De hecho, algunos ensayos clínicos tuvieron que pararse al observar arritmias con el uso de la dopamina, por su efecto proarrítmico.

CONCLUSIONES

La evidencia disponible no permite establecer con certeza qué vasopresor estaría más indicado en la RCE. No obstante, la noradrenalina se perfila como opción más indicada por su mejor control hemodinámico y menor aparición de efectos adversos.

101

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 48

PRIMER FIRMANTE
Loreto Calleja Delgado

AUTORES
Silvia Medina Díez;
Celia María Curieses
Andrés;
Álvaro Velasco Villagarcía;
Elena Bustamante
Munguira;
Mercedes Artola Blanco;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Clínico
Universitario de Valladolid

TRAUMA OCULTO

INTRODUCCIÓN

El trauma representa una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial, especialmente en pacientes de edad avanzada o con comorbilidades. El tratamiento en centros especializados se asocia a menores tasas de morbilidad y mortalidad. La edad, el estado neurológico inicial, el uso de anticoagulantes y la obesidad influyen negativamente en el pronóstico. Las principales causas de muerte son la hemorragia, la disfunción multiorgánica y la parada cardíaca.

PROPÓSITO

Se expone la relevancia de una evaluación integral y sistemática del paciente politraumatizado, así como la necesidad de identificar signos de alarma ante un estado de shock hipovolémico sin fuente de sangrado evidente. Se enfatiza la utilidad de herramientas diagnósticas como el protocolo FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma), la tomografía computarizada y la exploración quirúrgica precoz. Es necesario el abordaje multidisciplinar y la coordinación interdisciplinar.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Mujer de 74 años, atropellada, trasladada por unidad especializada con sospecha de fracturas.

En Urgencias, presentaba disnea, dolor torácico y en extremidad inferior así como alteraciones analíticas sugestivas de hipoperfusión. La tomografía reveló fracturas múltiples y signos de sangrado activo.

Tras administración de analgesia con morfíco, sufrió una parada cardiorrespiratoria, siendo intubada, reanimada e incluida en protocolo de transfusión masiva. Se observa importante lesión de la arteria femoral superficial y arteria poplítea, además de hematuria franca de gran volumen tras sondaje. Después de embolización se traslada a quirófano para revisión de lesiones vasculares y fijación ósea. Presentó nueva parada cardiorrespiratoria durante traslado a mesa de quirófano en la que decidimos no iniciar maniobras de reanimación durante la movilización, falleciendo.

CONCLUSIONES

La complejidad del manejo del paciente politraumatizado, especialmente cuando cursa con trauma oculto y compromiso hemodinámico progresivo. A pesar de los esfuerzos realizados, el desenlace fue fatal, lo que resalta la necesidad de mantener un alto índice de sospecha clínica ante signos no siempre son evidentes en la evaluación inicial.

Es necesario recalcar la importancia del trabajo en equipo multidisciplinario y protocolos de actuación en la atención del trauma, donde la coordinación eficiente entre personal de urgencias, radiología, cirugía y cuidados intensivos es crucial para el manejo de estos pacientes. .

102

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 49

PRIMER FIRMANTE
Ana Aparicio Cámara

AUTORES
Juan José Fuentes Serna;
Enrique Sillero López;
Daisuke Alberto Fujioka
Burillo;
Rosa María Miñarro
García;
Ana Perales Marcos;

CENTROS DE TRABAJO
SES CV

“MUNICIPIO ACTIVO POR LA VIDA: ESTRATEGIA INTEGRAL CONTRA EL PARO CARDIACO”

INTRODUCCIÓN

La parada cardiaca extrahospitalaria constituye un importante problema de salud pública por su elevada incidencia y mortalidad. En España, la supervivencia sigue siendo baja y presenta desigualdades territoriales. La actuación temprana de los primeros intervinientes es esencial para mejorar la cadena de supervivencia; sin embargo, persisten barreras relacionadas con la falta de conocimiento y confianza de la población en la reanimación cardiopulmonar (RCP) y el uso de desfibriladores externos semiautomáticos (DESA). Este proyecto propone una intervención comunitaria dirigida a reducir dicha brecha mediante estrategias educativas accesibles y visualmente atractivas.

OBJETIVOS

El objetivo principal es empoderar a la ciudadanía de Orihuela facilitando el acceso inmediato a recursos formativos que promuevan la actuación precoz ante una parada cardiorrespiratoria. Los objetivos específicos incluyen identificar ubicaciones estratégicas para instalar carteles con códigos QR, diseñar materiales audiovisuales multilingües e inclusivos (en lenguaje de signos), promover talleres prácticos de RCP, difundir la campaña a través de redes sociales institucionales y valorar la acogida y viabilidad de la intervención mediante encuestas a la población.

METODOLOGÍA

Se desarrolló un estudio descriptivo de tipo proyecto de intervención comunitaria en el municipio de Orihuela (Alicante). La intervención consistió en la colocación de cartelera informativa con códigos QR en espacios públicos urbanos, rurales y costeros, enlazando a un vídeo explicativo sobre RCP y manejo del DESA. El diseño incorporó un enfoque participativo, integrando mecanismos de retroalimentación ciudadana. Las variables contempladas incluyen datos sociodemográficos, nivel educativo, interacción con el material (escaneo del QR, visualización del vídeo), percepción de claridad, utilidad y aumento de conocimientos sobre RCP.

RESULTADOS

Se espera que la intervención incremente el conocimiento básico sobre RCP y el uso del DESA, mejore la percepción de autoeficacia y favorezca la actuación temprana de los testigos ante una emergencia. Asimismo, se prevé una mayor visibilidad de los puntos DESA, un aumento del interés por la formación en RCP y una sensibilización sostenida gracias a la presencia permanente de la cartelera. Los resultados permitirán evaluar la eficacia del proyecto, identificar áreas de mejora y valorar su posible replicabilidad en otros municipios.

CONCLUSIONES

104

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 50

PRIMER FIRMANTE
Álvaro Velasco Villagarcía

AUTORES
Houssein Bouchotrouh;
Fernando Diez Gutiérrez;
Elena Bustamante
Munguira;
Celia María Curieses
Andrés;
Silvia Medina Diez;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Clínico
Universitario de Valladolid

“CURVA SOSPECHOSA: DIAGNÓSTICO OCULTO EN UN TRAZO DE LA ONDA DE LA PIC”

INTRODUCCIÓN

La monitorización de la presión intracraneal (PIC) es fundamental en pacientes neurocríticos, especialmente en aquellos con antecedentes quirúrgicos cerebrales complejos. En pacientes craniectomizados, la elevación de la PIC puede no ser evidente, por lo que el análisis morfológico de su curva, en especial el componente P2, puede aportar información valiosa sobre la complianza cerebral.

PROPÓSITO

Describir el caso de una paciente craniectomizada con infección del sistema de derivación ventricular y deterioro neurológico, donde la alteración de la morfología de la curva de PIC permitió sospechar una disminución de la complianza cerebral y orientar el diagnóstico de un absceso cerebral no evidente clínicamente.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Mujer de 48 años con antecedente de xantoastrocitoma pleomórfico recidivado y derivación ventrículo-peritoneal, posteriormente craniectomizada por empiema. Ingresa en UCI tras infección del sistema de derivación y colocación de drenaje ventricular externo, presentando crisis comiciales y broncoaspiración con necesidad de ventilación mecánica. Sin signos de hipertensión intracraneal, se observa en la monitorización un incremento del componente P2 de la curva de PIC, indicativo de alteración en la complianza cerebral. Ante la falta de mejoría neurológica y electroencefalograma (EEG) sin crisis, se realiza neuroimagen que revela un absceso cerebral, el cual se drena percutáneamente, normalizándose posteriormente la morfología de la curva de PIC.

CONCLUSIONES

El análisis morfológico del componente cardíaco de la curva de PIC, particularmente el incremento de P2, puede indicar una disminución de la complianza cerebral incluso sin elevación de la PIC. Este hallazgo es especialmente relevante en pacientes craniectomizados, en quienes los signos clásicos de hipertensión intracraneal pueden no manifestarse. En este caso, la alteración de la curva guió la sospecha diagnóstica hacia un absceso cerebral, confirmando el valor añadido de esta herramienta en el monitoreo de pacientes neurocríticos complejos.

105

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 51

PRIMER FIRMANTE

Álvaro Velasco
Villagarcía

AUTORES

Roberto Alcalde Susi;
Mercedes Artola Blanco;
Elena Bustamante
Munguira;
Esther Portugal
Rodríguez;
Loreto Calleja Delgado;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Clínico
Universitario de
Valladolid

“¡CABOOM!: HEMORRAGIA MASIVA COMO CAUSA DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA”

INTRODUCCIÓN

El carcinoma nasofaríngeo, aunque infrecuente en países occidentales, puede presentar complicaciones graves como epistaxis masiva, especialmente en fases avanzadas o tras tratamientos agresivos como la radioterapia. En pacientes con necrosis tumoral, estas hemorragias pueden evolucionar rápidamente hacia el colapso hemodinámico, requiriendo intervención intensiva inmediata, incluyendo maniobras avanzadas de reanimación cardiopulmonar (RCP).

PROPÓSITO

Describir un caso clínico de hemorragia masiva en un paciente con carcinoma nasofaríngeo recidivante, que derivó en parada cardiorrespiratoria. Se enfatiza el papel crítico de la RCP avanzada y las dificultades asociadas a su ejecución en el contexto de una exanguinación activa y una vía aérea complicada.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Paciente varón de 42 años con carcinoma nasofaríngeo estadio IV (Virus Epstein Barr (VEB) positivo) en recaída, tratado con quimiorradioterapia. Acude a Urgencias por epistaxis y síncope, con recidiva tumoral y necrosis del cavum. Tras nuevos sangrados y descenso progresivo de hemoglobina, ingresa en UVI por alto riesgo de hemorragia y vía aérea difícil. Ocho horas después presenta epistaxis masiva. Se activa el protocolo de hemorragia masiva y se realiza aislamiento de la vía aérea mediante videolaringoscopia tras fracaso de cricotiroidotomía. Durante este proceso, el paciente entra en bradicardia extrema seguida de asistolia. Se inicia RCP avanzada, incluyendo la administración de adrenalina y soporte ventilatorio mecánico, con transfusión en curso. Sin embargo, la severa exanguinación impide la recuperación hemodinámica, por lo que, tras varios minutos sin respuesta, se decide suspender maniobras de reanimación.

CONCLUSIONES

Este caso destaca la dificultad de realizar una RCP efectiva en contextos de hemorragia masiva activa, donde la hipovolemia extrema compromete la eficacia de cualquier intervención. La presencia de una vía aérea difícil y el sangrado continuo añaden complejidad al manejo, incluso con el soporte de protocolos establecidos. La rápida instauración de la asistolia y la ausencia de respuesta tras medidas avanzadas subrayan la necesidad de reconocer precozmente pacientes de alto riesgo y actuar con máxima celeridad. La RCP, aunque ejecutada de forma inmediata y adecuada, no fue suficiente ante una situación de colapso circulatorio por pérdida sanguínea masiva.

107

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 52

PRIMER FIRMANTE
Sandra Giménez Revert

AUTORES
María Grabulosa Rodero;
Paula Blanco Ganda;

CENTROS DE TRABAJO
EAP Sardenya, Barcelona,
España.

CAP Can Bou, Barcelona,
España.

MANEJO INICIAL DE UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST (IAMCEST) EN ATENCIÓN PRIMARIA: ROL DE ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de elección del infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) es la reperfusión precoz, idealmente antes de los 90 minutos desde el primer contacto médico (PCM) hasta la inserción del catéter. Las redes asistenciales han demostrado disminuir la morbimortalidad.

PROPÓSITO

Describir la actuación enfermera ante un IAMCEST en atención primaria (AP), destacando la valoración inicial y la coordinación efectiva con el Servicio de Emergencias Médicas (SEM).

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Varón de 58 años acude al centro de atención primaria (CAP) por dolor torácico opresivo de 25 minutos, irradiado al brazo izquierdo, con disnea, sudoración y náuseas. Inicio brusco mientras desayunaba en una cafetería. Antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia. Sin alergias conocidas.

A su llegada, la enfermera realiza valoración ABCDE: vía aérea permeable; taquipnea (FR 27 rpm), SaO₂ 89%, auscultación pulmonar anodina; TA 145/90 mmHg, FC 92 lpm, rítmica, ECG con elevación del ST en DII, DIII y aVF, pulsos periféricos presentes, piel fría y sudorosa; glucemia 127 mg/dl, GCS 15, ansioso, sin focalidad neurológica; EVA 7/10, afebril (36,2 °C).

ECG de 12 derivaciones en <10min desde PCM, valorado por médica de AP. Ante sospecha de afectación de ventrículo derecho, se repite con derivaciones V3R, V4R y V7-V9. Diagnóstico de IAMCEST inferior (Killip II). Se activa Código IAM. Monitorización continua, oxigenoterapia (gafas nasales 4 L/min), vía venosa periférica y analgesia (fentanilo 75 µg). Administración del 1º antiagregante (adiro 300 mg v.o. masticado).

Coordinación con SEM y traslado en Unidad de Soporte Vital Avanzado a hospital con capacidad de angioplastia primaria 24h. El tiempo total desde la llegada al CAP hasta el hospital <90 minutos, cumpliendo estándares de calidad.

CONCLUSIONES

- La Enfermera Familiar y Comunitaria (EFyC) desempeña un papel esencial en la atención precoz del IAMCEST, siendo clave en su diagnóstico inicial, la valoración del riesgo y el inicio del tratamiento prehospitalario.
- La EFyC constituye un eslabón esencial dentro de la cadena de supervivencia en las patologías tiempo-dependientes.
- La actuación enfermera, determinante para reducir los tiempos críticos, favorece una coordinación eficaz entre los distintos niveles asistenciales, optimizando la continuidad de la atención y mejorando el pronóstico del paciente.

109

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 53

PRIMER FIRMANTE

Almudena Morales
Sánchez

AUTORES

Raquel Sánchez Martín;
Héctor Manuel Pablo
Hernández;
Leticia Silva Iglesias;
Lorena Morales Sánchez;
Sergio Sánchez Rubio;

CENTROS DE TRABAJO

Emergencias Sanitarias
CyL

CAUSA

SAMUR-PC

UAD Cedro

Ambulancias Rodrigo
SLUEL CAMALEÓN AÓRTICO: SÍNDROME AÓRTICO AGUDO CON
PRESENTACIÓN ATÍPICA EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

INTRODUCCIÓN

Los síndromes aórticos agudos constituyen una urgencia vital tiempo-dependiente. Su presentación clínica puede ser atípica y engañosa, simulando cuadros neurológicos, abdominales o torácicos, lo que dificulta el diagnóstico precoz en el entorno extrahospitalario.

PROPÓSITO

Describir un caso clínico con clínica inicial neurológica y posterior evolución con dolor abdominal y lumbar, que supuso un desafío asistencial y orientó hacia la sospecha de síndrome aórtico agudo complicado.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Varón de 60 años, con antecedentes de amputación supracondílea de miembro inferior derecho y amputación de tres dedos de pie izquierdo por enfermedad de Buerger y aterosclerosis. Fumador activo (5 cigarrillos/día). En tratamiento con estatinas, adiro y omeprazol.

Aviso inicial por plejía de extremidad inferior izquierda. A la llegada había recuperado movilidad, presentando dolor abdominal difuso e intenso en región periumbilical. Refiere episodio previo de dolor centrotorácico con cortejo vegetativo durante actividad sexual,

resuelto al momento de la valoración.

Constantes: TA 146/70 mmHg, FC 78 lpm, FR 23 rpm, SatO₂ 96%. EKG sin hallazgos patológicos. Exploración: AC con soplo sistólico, AP con murmullo vesicular conservado, abdomen en tabla, extremidad inferior izquierda con pulso inguinal palpable pero ausencia de pulso pedio y frialdad distal. Durante el traslado presentó dolor lumbar irradiado a EII, de carácter insoportable. Se administró fentanilo para control del dolor y omeprazol.

En el hospital, la angio-TC confirmó disección aórtica Stanford tipo A desde raíz aórtica, con extensión a ambas subclavias, carótida común derecha, mesentérica superior, aorta infrarrenal izquierda, íliaca común y femoral común izquierda, esta última repermeabilizada por colaterales. Se inició tratamiento con labetalol para control de tensión arterial y frecuencia cardíaca.

CONCLUSIONES

El síndrome aórtico agudo puede debutar con clínica cambiante y aparentemente inconexa, lo que le confiere un carácter "camaleónico". Reconocer la asociación de dolor torácico-abdominal-lumbar con déficit neurológico focal y datos de hipoperfusión en pacientes con antecedentes vasculares es fundamental para activar precozmente protocolos de máxima prioridad y garantizar un traslado inmediato a centro útil. La sospecha clínica precoz sigue siendo la herramienta más valiosa para mejorar el pronóstico.

115
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 54

PRIMER FIRMANTE
Paula Blanco Ganda

AUTORES
Sandra Giménez Revert;
María Grabulosa Rodero;

CENTROS DE TRABAJO
CASAP Can Bou

EAP Sardenya

ATENCIÓN A UN ICTUS EN DOMICILIO: EL PAPEL CLAVE DE LA FAMILIA TRAS UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

INTRODUCCIÓN

En España, el ictus es la principal causa de muerte en mujeres y discapacidad en adultos. La detección precoz de sus signos y la activación inmediata del Servicio de Emergencias Médicas (SEM) resultan determinantes para mejorar el pronóstico. La educación comunitaria en salud ha demostrado ser una herramienta eficaz para reducir los tiempos de respuesta.

PROPÓSITO

Destacar la relevancia de las intervenciones comunitarias en salud para la detección precoz de ictus, así como su impacto en la cadena de supervivencia y en la mejora del pronóstico neurológico.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

ANAMNESIS: Varón de 68 años. Su mujer, previamente formada en una intervención comunitaria sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma de ictus y la activación del SEM, identifica la aparición súbita de desviación de la comisura labial hacia la izquierda, afasia y pérdida de fuerza en miembro superior derecho. Realiza el test RAPID, obtiene resultado positivo y llama rápidamente al 061. El SEM activa el Código Ictus y envía una Unidad de Soporte Vital Avanzado (USVA).

EXPLORACIÓN: La enfermera de atención primaria acude al domicilio, realiza valoración inicial y comunica la información al centro de coordinación:

- Tiempo de evolución <1h desde el inicio de los síntomas.
- RANCOM -. Síntomas neurológicos focales de inicio súbito. RAPID +.
- Escala RACE: 6 puntos. NIHSS 13.
- GD: 178 mg/dl. TA: 185/95 mmHg. FC: 92 lpm. FR 16rpm. SaO₂ 95%. T° 36,2 °C. No tratamiento anticoagulante. Afebril.
- Rankin Modificada 0.

RESOLUCIÓN: El paciente es trasladado a un hospital Centro de Referencia Ictus (CRI) para trombectomía mecánica.

CONCLUSIONES

- La sensibilización comunitaria en el reconocimiento de signos de alarma de ictus es una medida coste-efectiva con un impacto directo en la asistencia urgente.
- Este caso pone de manifiesto cómo la educación sanitaria a la población permite reducir el retraso en la atención, optimizando el acceso a terapias específicas, mejorando la calidad asistencial y contribuyendo a mejorar el pronóstico neurológico de los pacientes.

ENFERMERIA

117
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 55

PRIMER FIRMANTE
Manuel Rosa Jiménez

AUTORES
Mohamed El Idrissi Taki

CENTROS DE TRABAJO
Hospital del Mar

INTRODUCCIÓN

La hemorragia subaracnoidea (HSA) representa un reto diagnóstico en urgencias por su presentación clínica inespecífica en fases iniciales, ya que la mayoría de los pacientes consultan por cefalea súbita que puede interpretarse como migraña o crisis hipertensiva. Esta confusión retrasa el diagnóstico y el tratamiento, aumentando la morbimortalidad. En este contexto, la enfermera en triaje juega un papel crucial: la correcta clasificación inicial puede marcar la diferencia entre una intervención neuroquirúrgica precoz y la aparición de complicaciones irreversibles.

OBJETIVOS

General: Explorar la relevancia del triaje enfermero en la detección precoz de la HSA en pacientes que consultan por cefalea en trueno en urgencias.

Específico: Identificar los principales errores de clasificación y las estrategias propuestas en la literatura para mejorar el reconocimiento temprano de la cefalea centinela y de la HSA en triaje.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa en PubMed, CINAHL y Web of Science (2020-2025) en español y en inglés con las siguientes palabras clave: "subarachnoid hemorrhage", "thunderclap headache", "emergency", "triage" y "nursing". Se excluyeron los estudios en población pediátrica.

RESULTADOS

Se han seleccionado un total de ocho artículos, de los cuales tres fueron casos clínicos, tres estudios observacionales, una revisión bibliográfica y un protocolo hallado en la literatura. La presentación clínica más habitual de la HSA es la cefalea en trueno, descrita como el peor dolor de cabeza de la vida del paciente. Sin embargo, en el contexto del triaje en urgencias, esta manifestación se asocia con una baja sospecha diagnóstica cuando no existen déficits neurológicos acompañantes. Entre los errores más frecuentes en la valoración inicial se encuentran la clasificación de la cefalea en trueno dentro de niveles de baja prioridad, al considerarse un síntoma inespecífico, lo que se traduce en un manejo inadecuado y retrasos diagnósticos. Asimismo, se ha identificado la ausencia de protocolos específicos para la atención de la cefalea súbita como un factor que contribuye a la variabilidad en la respuesta clínica. Estos fallos repercuten directamente en los tiempos críticos de diagnóstico: en diversos estudios, los retrasos en la realización del TAC craneal superan las tres horas cuando la clasificación inicial no reconoce la gravedad del cuadro. Para revertir esta situación, la literatura sugiere varias estrategias de mejora, entre las que destacan la formación específica de enfermería en urgencias neurológicas y la implementación de algoritmos de triaje que contemplan la cefalea súbita en trueno como criterio de alta prioridad, lo que permite agilizar la detección de casos graves y optimizar el manejo inicial.

CONCLUSIONES

La HSA sigue siendo una patología infradiagnosticada en el triaje de urgencias. La enfermera ocupa un rol clave: reconocer la "cefalea en trueno" como signo centinela puede mejorar la supervivencia y reducir secuelas. La implementación de protocolos y la formación específica en cefalea aguda son medidas necesarias para aumentar la seguridad del paciente.

120
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 56

PRIMER FIRMANTE
Joan García Pérez

AUTORES
Pedro Lanau Fuster;
Eva Mingall Casado;
Xavier Boronat Garrido;

CENTROS DE TRABAJO
Health Services Ga-Lan /
Hospital de Igualada

Health Services Ga-Lan /
SEM

Charité -
Universitätsmedizin Berlin

DESIGUALDADES EN LA COBERTURA DE DESFIBRILADORES EXTERNOS AUTOMATIZADOS (DEA) EN CATALUÑA: EVALUACIÓN DE ACCESIBILIDAD Y BRECHA SOCIOECONÓMICA

INTRODUCCIÓN

La parada cardiaca extrahospitalaria constituye un importante problema de salud pública. La disponibilidad temprana de un desfibrilador externo automatizado (DEA) aumenta significativamente la supervivencia, aunque su distribución territorial no siempre es equitativa. Este estudio analiza la cobertura y accesibilidad de los DEA en Cataluña, así como su relación con el nivel socioeconómico de los municipios.

OBJETIVOS

Evaluar la distribución y accesibilidad de los DEA en el territorio catalán y determinar la existencia de desigualdades socioeconómicas y geográficas en la cardioprotección pública.

METODOLOGÍA

Se empleó el registro oficial de DEA fuera del ámbito sanitario, junto con datos de población del Instituto Nacional de Estadística y renta media por sección censal del Atlas de Renta. Se calcularon ratios de DEA por 10 000 habitantes y niveles de accesibilidad (distancia y población cubierta a 300, 400 y 500 metros). Los municipios se clasificaron en quintiles de renta (Q1 = menor) y se aplicaron análisis de desigualdad (curva de Lorenz e índice de Gini) y autocorrelación espacial (LISA) para detectar clústeres de accesibilidad.

RESULTADOS

Cataluña dispone de 11 320 DEA, con una media de 15 por 10 000 habitantes. Sin embargo, más de 300 municipios carecen de dispositivos. Se observó un gradiente socioeconómico: el quintil de menor renta (Q1) presenta 28 DEA/10 000 hab., frente a 40 en el quintil más alto (Q5). El índice de Gini (0,21) refleja desigualdad moderada: el 50 % de la población con menor cobertura accede únicamente al 35 % de los DEA. La cobertura poblacional alcanza el 66 % a 400 m y el 71 % a 500 m. El análisis espacial identificó "desiertos de cardioprotección" en áreas rurales y de baja renta.

CONCLUSIONES

Existen desigualdades socioeconómicas y territoriales en la distribución de DEA en Cataluña. Las zonas rurales y de menor renta presentan menor densidad y accesibilidad. Se recomienda priorizar la instalación de DEA en municipios vulnerables, actualizar los registros incluyendo dispositivos privados y aplicar criterios de equidad en los planes de cardioprotección

PALABRAS CLAVE

Desfibrilador externo automatizado, parada cardiaca extrahospitalaria, accesibilidad, desigualdad, equidad, Cataluña

ÉXITO EN CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA: PACIENTE DE 70 AÑOS RECUPERA RITMO SINUSAL TRAS FIBRILACIÓN AURICULAR

123
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 57

PRIMER FIRMANTE
Laura García Fernández

AUTORES
Gema Fernández Lozano; Maravillas Fernández Lozano; Marta Albuquerque Montoya; Sara Hernández Bellot;

CENTROS DE TRABAJO
SUMMA 112

HOSPITAL DE LA VEGA
LORENZO GUIRAO

HOSPITAL UNIVERSITARIO
INFANTA LEONOR

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en adultos. Se encuentra en un 2-4% de la población y hasta en un 20% de los ancianos mayores de 80 años. Se prevé que su prevalencia se duplique por la mayor longevidad de la población, (la edad es el principal factor de riesgo). Hasta un 25% de los casos de FA atendidos en los servicios de Urgencias son primeros episodios.

En el manejo urgente de la FA hay que tener en cuenta el tiempo de evolución y si existe cardiopatía estructural de base, decidiendo si controlaremos ritmo (<48 horas anticoagulados) o frecuencia cardíaca (tiempo de evolución desconocido o >48 horas en no anticoagulados).

Presentamos el caso de un varón de 72 años antecedentes de hipertensión, fumador de 4 cigarrillos diarios, que acude a su Centro de Salud por comenzar desde hace 2 horas con palpitaciones sin disnea ni dolor torácico. Niega clínica previa.

A la exploración física TA 148/89 mmHg. Fc 144 lpm. SatO2 98% Buen estado general. AC: taquiarrítmica sin soplos. Resto anodino. En electrocardiograma: FA con respuesta ventricular a 145 lpm. Se decide control del ritmo (<24 horas), se anticoagula con heparina bajo peso molecular y se realiza cardioversión eléctrica previa sedación con midazolam

intravenoso, volviendo a ritmo sinusal. Se traslada a urgencias hospitalarias permaneciendo en ritmo sinusal siendo dado de alta con seguimiento en Cardiología.

PROPÓSITO

Dar a conocer que se puede realizar cardioversión eléctrica de manera segura en pacientes seleccionados previa anticoagulación y sedación. Cardioversión eléctrica.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Se trata de un varón de 70 años con fibrilación auricular de novo (<24 horas) en el que se intenta controlar el ritmo mediante CVE.

CONCLUSIONES

Una estrategia de control del ritmo puede aplicarse de manera segura y brinda una mejoría de los síntomas relacionados con la FA. Los objetivos del control del ritmo a largo plazo son mantener el ritmo sinusal, mejorar la calidad de vida, retardar la progresión de la FA y reducir la morbilidad asociada a los episodios de FA.

124
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 58

PRIMER FIRMANTE
Laura García Fernández

AUTORES
Gema Fernández Lozano;
Alberto Blanco Lara;
Maravillas Fernández
Lozano;

CENTROS DE TRABAJO
SUMMA 112

HOSPITAL DE LA VEGA
LORENZO GUIRAO

ASISTENCIA PRECOZ SALVA LA VIDA A UN PACIENTE CON SCACEST TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo. Dentro de estas la cardiopatía isquémica es la que presenta una mayor tasa de mortalidad. Los síndromes coronarios agudos (SCA) son la manifestación de la cardiopatía isquémica con mayor impacto sobre la mortalidad. Emplear de manera precoz estrategias de reperfusión en el infarto agudo de miocardio con elevación segmento ST (IAMCEST) para mejorar la evolución de estos pacientes es crucial, disminuye la mortalidad en fase aguda, disminuye el tamaño del infarto, así como la probabilidad de desarrollar una insuficiencia cardíaca.

Os presentamos un varón de 69 años sin antecedentes de interés que a las 17 horas pierde el conocimiento. Un vecino enfermero comprueba que no respira ni responde y comienza RCP básica hasta la llegada de la UVI móvil. A las 17.04 se activa UVI, un SVB y Policía Local. A la llegada de la UVI Móvil a las 17:17h presenta actividad eléctrica sin pulso, se realiza intubación orotraqueal y se perfunden hasta 4 adrenalinas, tras 20 minutos de rcp avanzada se recupera pulso a las 17:28 horas. En electrocardiograma se objetiva IAMCEST anterolateral, se realiza preaviso hospitalario. En hospital se realiza cateterismo colocando hasta dos stents. Tras

un ingreso prolongado en la UCI y posteriormente en Cardiología el paciente es dado de alta a domicilio.

PROPÓSITO

Resaltar la importancia de la RCP básica y la asistencia precoz. Previo a la llegada de la UVI móvil un vecino enfermero y luego policía realiza RCP básica de calidad.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Se trata de un varón de 70 años que sufre una parada cardiorrespiratoria por SCACEST lateral Killip III.

CONCLUSIONES

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en la población, los SCA son la manifestación de la cardiopatía isquémica con mayor impacto en la mortalidad. Una asistencia precoz y una RCP básica triplican las posibilidades de supervivencia de los pacientes que sufren una parada cardiorrespiratoria y da tiempo a los servicios de emergencias a llegar. Utilizar el DESA si está indicado podría aumentarlas aún más.

127
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 59

PRIMER FIRMANTE
Meritxell Leal Ferrandis

AUTORES
Patricia María Vicario
Badía;
Lucía Pérez Fiérrez;
Laura Fernández Puerta;

CENTROS DE TRABAJO
Universidad Europea de
Valencia

INTEGRACIÓN DE REALIDAD VIRTUAL INMERSIVA EN LA ENSEÑANZA DE RCP EN ENFERMERÍA UNIVERSITARIA: EXPERIENCIA DOCENTE EN UN ENTORNO URBANO SIMULADO

INTRODUCCIÓN

La enseñanza de la reanimación cardiopulmonar (RCP) en el ámbito universitario exige estrategias innovadoras que potencien la motivación, el aprendizaje significativo y la transferencia al entorno clínico. En este marco, la Realidad Virtual (RV) inmersiva se presenta como una estrategia docente innovadora, capaz de complementar el entrenamiento convencional y enriquecer la experiencia formativa en Soporte Vital Básico (SVB).

OBJETIVOS

Describir la implementación de un programa formativo mixto en RCP, que incorpora simulación inmersiva mediante RV como complemento al entrenamiento tradicional, y plantear su aplicabilidad y aceptación en estudiantes de tercer curso del Grado en Enfermería.

METODOLOGÍA

En el marco de la asignatura universitaria de "Cuidados Críticos en Enfermería", se desarrolló una intervención educativa compuesta por una sesión teórica y una práctica estructurada en dos fases: entrenamiento convencional en SVB con maniqués Laerdal CPR conectados a aplicación móvil con feedback en tiempo real, seguido de una simulación

inmersiva mediante gafas MetaQuest 2 y la aplicación CPR Simulator (AATE VR). El escenario virtual representaba una situación de parada cardiorrespiratoria en la vía pública, en la que el alumnado debía aplicar la conducta PAS, activar el sistema de emergencias, realizar maniobras de RCP de alta calidad y utilizar un desfibrilador externo automático (DEA).

RESULTADOS

La experiencia fue altamente valorada por el alumnado, que destacó el realismo, la interactividad, innovación y el impacto emocional de la simulación como elementos facilitadores del aprendizaje. Desde la perspectiva docente, la integración de la RV permitió consolidar contenidos, fomentar la reflexión crítica y promover la transferencia de conocimientos a escenarios complejos, en un entorno seguro y motivador.

CONCLUSIONES

La aplicación de tecnologías inmersivas como la Realidad Virtual en la formación en RCP universitaria representa una herramienta de gran potencial pedagógico. Su integración con metodologías tradicionales puede favorecer una enseñanza más dinámica, contextualizada y centrada en el estudiante. Esta experiencia abre nuevas líneas para su desarrollo e investigación sistemática en el ámbito académico.

128

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 60

PRIMER FIRMANTE
Héctor Manuel Pablo
Hernández

AUTORES
Almudena Morales
Sánchez;
Raquel Sánchez Martín;
Sergio Sánchez Rubio;
Lorena Morales Sánchez;
José Izquierdo Castellano;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

Emergencias Sanitarias

CAUSA

Ambulancias Rodrigo SLU

UAD Cedro

VER MÁS ALLÁ DEL ALCOHOL: UN MAREO, UN HEMATOMA Y UNA LECCIÓN CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

Los cuadros de mareo e inestabilidad en pacientes con consumo crónico de alcohol suponen un reto diagnóstico en el medio extrahospitalario. Los síntomas del alcohol pueden enmascarar patologías neurológicas graves, lo que conlleva el riesgo de subestimar la gravedad del cuadro. Una exploración completa y la observación activa son fundamentales para detectar signos de alarma ocultos.

PROPÓSITO

Presentar un caso clínico de un paciente alcohólico con inestabilidad que resultó ser un hematoma subdural agudo, destacando la importancia de mantener una actitud clínica vigilante y una valoración neurológica sistemática en este tipo de pacientes.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Nos avisan desde el bar por un varón con antecedentes de alcoholismo crónico, que presenta mareo e inestabilidad. A nuestra llegada paciente consciente, orientado con importante fetor enólico y poco colaborador. Testigos refieren que se encontraba tomando copas, que subió a su domicilio y al bajar presentó episodio de mareo con caída al suelo e inestabilidad posterior, sin relajación de esfínteres ni movimientos tónicoclónicos. El paciente refiere haberse cambiado de panta-

lón por micción involuntaria en domicilio sin recordar de forma precisa lo sucedido.

Ante la sospecha de caídas previas y posible cuadro convulsivo en domicilio, se decide traslado en SVA con monitorización y canalización de vía venosa. Exploración física: Romberg positivo y dismetría bilateral. Pares craneales normales, fuerza, sensibilidad y tono normal. No rigidez de nuca ni signos meníngeos. No mordedura de lengua ni relajación esfinteriana actualmente. Constantes dentro de la normalidad. Durante el traslado presenta crisis convulsiva tónico-clónica generalizada, que se yugula con 5 mg de midazolam, seguida de fase postcrítica de cinco minutos con amnesia del episodio.

En el hospital se evidencia hematoma subdural crónico y alteración de la coagulación.

CONCLUSIONES

En pacientes con intoxicación etílica o antecedentes de alcoholismo, los episodios de mareo o pérdida de equilibrio no deben atribuirse de forma automática al consumo de alcohol. La presencia de caídas, amnesia o síntomas neurológicos sutiles debe hacer sospechar lesiones intracraneales. La observación continua, el traslado monitorizado y una valoración prudente son esenciales para evitar errores diagnósticos y mejorar el pronóstico neurológico de estos pacientes.

129

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 61

PRIMER FIRMANTE

Héctor Manuel Pablo
Hernández

AUTORES

Raquel Sánchez Martín;
Almudena Morales
Sánchez;
Lorena Morales Sánchez;
Sergio Sánchez Rubio;
Rosario García Álvarez;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

CAUSA

Emergencias Sanitarias
CYL

UAD Cedro

Ambulancias Rodrigo
SLU

DEL CO AL MULTIGÁS: UNA NUEVA ERA DE SEGURIDAD EN LA ESCENA DE EMERGENCIAS

INTRODUCCIÓN

La intoxicación por monóxido de carbono (CO) continúa siendo una de las principales causas de envenenamiento accidental en el ámbito extrahospitalario. Su presentación clínica inespecífica puede retrasar el diagnóstico y poner en riesgo tanto al paciente como al personal sanitario. En los últimos años, la tecnología de detección ha evolucionado hacia dispositivos multigás portátiles capaces de identificar, además del CO, otros compuestos peligrosos como sulfuro de hidrógeno (H₂S), gases combustibles o deficiencias de oxígeno. Esta innovación supone un avance clave en la seguridad operativa y en la prevención de exposiciones inadvertidas durante las intervenciones.

OBJETIVOS

Analizar el papel de los detectores multigás como herramienta preventiva y diagnóstica en el entorno extrahospitalario, valorando su posible incorporación en los recursos sanitarios de emergencias.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica descriptiva en las bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science, complementada con Google Scholar para documentos técnicos y guías operativas publicadas entre 2015 y 2025.

Se seleccionaron estudios, revisiones y documentos institucionales que abordaran la utilidad, validación o recomendaciones de uso de detectores multigás en servicios de emergencia, bomberos o entornos prehospitalarios.

RESULTADOS

Los estudios revisados coinciden en que los detectores multigás permiten una detección simultánea y en tiempo real de CO, H₂S, gases combustibles y niveles de oxígeno, aumentando la seguridad de pacientes y profesionales. Su uso en ambulancias y equipos de primera intervención reduce la exposición inadvertida y mejora la toma de decisiones clínicas. Asimismo, se destaca la importancia de una correcta ubicación del detector en el EPI del personal, preferiblemente a nivel respiratorio y alejada de interferencias, para asegurar una detección eficaz. También se subraya la necesidad de calibración periódica, formación específica y mantenimiento preventivo que garanticen lecturas fiables y continuidad operativa.

CONCLUSIONES

El detector multigás representa una evolución lógica del detector personal de CO, ampliando la capacidad de reconocimiento de gases tóxicos y mejorando la seguridad global en la atención extrahospitalaria. Su integración en los recursos de emergencia, junto con una formación adecuada y una disposición óptima en el equipo de protección individual, debe consolidarse como parte esencial de la seguridad sanitaria moderna.

131

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 62

PRIMER FIRMANTE
Sara Cano Sánchez

AUTORES
Antonio Botella Martínez;
Noelia García Aracil;
Verónica Horrillo Gordillo;
Rosario Pilar López Picazo;
María del Carmen Solano
Ruiz;

CENTROS DE TRABAJO
a136 Villena SES Alicante

a141 Alicante SES
Alicante y HGU Dr. Balmis

a111 Denia SES Alicante y
UA

Servicio de Salvamento
Marítimo Cruz Roja de Altea,
Alicante

GUETS SESCAM y UA

Universidad de Alicante

TOMA DE DECISIÓN: EL FIN DE UNA VIDA O EL INICIO DE UNA REANIMACIÓN. REVISIÓN SISTEMÁTICA

INTRODUCCIÓN

En el ámbito extrahospitalario, la Parada Cardio-Respiratoria (PCR) es una emergencia prevalente. Para revertirla, se dispone de la maniobra salvadora llamada Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP), sin embargo, se han evidenciado resultados desalentadores tras su aplicación indiscriminada. Esta realidad, obliga al personal de emergencias a enfrentarse a una toma de decisión rápida y compleja para determinar la indicación o no de la maniobra, dentro de un marco ético-legal con falta de consenso a pesar de las recomendaciones y guías. Se trata de un reto de alta responsabilidad clínica que involucra al conjunto del equipo asistencial de prehospitalaria: personal médico, enfermero y técnico.

OBJETIVO

Identificar los factores descritos en la literatura científica que influyen en la decisión del personal sanitario de no iniciar, detener o no continuar la RCP ante una parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática de la literatura según la guía PRISMA. Se elaboraron protocolos de búsqueda para las bases de datos PubMed, WOS y SCOPUS, complementadas con la técnica de bola de nieve, inclu-

yendo estudios en español e inglés publicados entre 2019 y 2025 que abordaran el proceso de toma de decisiones ante una PCR extrahospitalaria. La calidad metodológica se evaluó mediante las herramientas del Joanna Briggs Institute y el protocolo fue registrado en PROSPERO.

RESULTADOS

Se identificaron 529 artículos, de los cuales se analizaron 22, en ellos se encontraron diversos factores que influyen en la decisión, agrupados en 9 categorías= "factores clínicos y criterios de futilidad", "factores no clínicos", "familia, testigos y comunicación", "guías, protocolos y organización", "aspectos del entorno y escena", "recursos y tiempos", "experiencia profesional", "consideraciones.

CONCLUSIONES

La decisión de no iniciar o suspender la RCP en el ámbito extrahospitalario está influenciada por una compleja interacción de factores clínicos, contextuales, éticos y organizativos. La evidencia resalta la necesidad de integrar múltiples aspectos que orienten la toma de decisión ante escenarios de alta presión asistencial. Comprender y abordar esta complejidad resulta esencial para favorecer decisiones compartidas, coherentes y éticamente justificadas en contextos de urgencia y elevada exigencia profesional.

132

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 63

PRIMER FIRMANTE
Pablo Sánchez
Fernández;

AUTORES
Alba Alonso Puerta;
Consuelo Mezquita
Nuñez;
María De la Fuente Sainz
de Baranda;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Gregorio
Marañón

CÓDIGO CRISIS INTRAHOSPITALARIO

INTRODUCCIÓN

Paciente varón de 57 años, sin antecedentes de epilepsia, sometido a resección de meningioma en región temporal izquierda, tratamiento profiláctico con Levetiracetam 1000mg cada 12 horas.

Sufre cuadro de convulsión generalizada, activándose código crisis intrahospitalario en un hospital de referencia.

PROPÓSITO

Mejorar los conocimientos sobre la activación de código crisis intrahospitalario.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Convulsión generalizada mayor de 5 minutos (Estado Epileptico (EE)) presenciada por Enfermería.

Aviso a Neurocirugía y, tras evaluación, se contacta con Neurología de guardia que activa Código Crisis.

Tras monitorizar y asegurar permeabilidad de la vía aérea, se canaliza 2º acceso intravenoso, extracción de analítica, administración de benzodiacepinas intravenosas (1 mg Clonazepam) y 2º antiepiléptico intravenoso (200 mg Lacosamida).

Realizado TC que descarta patología aguda y EEG valorado por Neurofisiología que confirma actividad epileptiforme.

Traslado a UCI por presentar bajo nivel de conciencia (GCS 11).

CONCLUSIONES

La epilepsia es una patología que requiere de atención urgente (1-5).

La aplicación estructurada del Código Crisis en hospitalización permite una respuesta rápida, coordinada y segura, minimizando complicaciones y mejorando el pronóstico funcional (1-3).

Para el diagnóstico adecuado de las crisis epilépticas se establecen los siguientes tiempos (2,4):

-T1 para definir EE: 5 minutos para EE convulsivo, 10 minutos para EE focal y 15 minutos para EE de ausencias.

-T2 para sospechar de daño neuronal que puede ser irreversible: 30 minutos para EE convulsivo y 60 minutos para EE focal.

Se debe priorizar la administración de los medicamentos anticrisis ya que un retraso está asociado con mayor refractariedad y peor pronóstico (3,5).

133

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 64

PRIMER FIRMANTE

Fernando Nieto
Hernández

AUTORES

Leticia Silva Iglesias;
Ruth María Romero
Domínguez;
María Teresa Lucas Calvo;
Ana María Fernández
Herrero;
Leticia Sánchez del Río;

CENTROS DE TRABAJO

UME Ciudad Rodrigo Sacyl

UME Ávila Sacyl

OTRA DEMOSTRACIÓN DE QUE LA CADENA DE SUPERVIVENCIA FUNCIONA

INTRODUCCIÓN

Entra un aviso a través del 1-1-2 de un varón de unos 70 años inconsciente en vía pública. Son las 20 horas de una tarde oscura de marzo y se pone en funcionamiento un engranaje perfecto tras detectar telefónicamente el regulador sanitario del Centro Coordinador de Urgencias la presencia de una parada cardiorrespiratoria.

Reanimación cardiopulmonar (RCP) por testigos, comienzo del Soporte Vital Básico (SVB) con ambú y desfibrilador semiautomático (DESA) por parte de Policía Local, llegada de Protección Civil con ambulancia de Soporte Vital Avanzado Enfermero (SVAE) y Vehículo de Intervención Rápida y finalmente la intervención de la Unidad Medicalizada de Emergencias (UME) fue la clave para que en 45 minutos el paciente llegara al hospital consciente.

PROPÓSITO

Reiterar la importancia de cada eslabón de la cadena de supervivencia y de cómo una rápida actuación y una adecuada formación de todas las partes implicadas mejora el pronóstico ante una parada cardiorrespiratoria.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

A la llegada del SVAE de Protección Civil se encuentra a Policía Local realizando RCP estando un enfermero ventilando con ambú e indican que el DESA ha realizado una descarga y han administrado adrenalina 1mg intramuscular. Se proporciona oxígeno, se canaliza una vía venosa periférica y se realiza glucemia.

Mientras se monitoriza al paciente y a la llegada de la UME, el DESA recomienda nueva descarga objetivando una fibrilación ventricular. Efectuada la descarga se recupera consciencia, respiración y pulso precisando sedoanalgesia para el traslado al centro sanitario por parte de la UME.

En el hospital se determinan troponinas de 153 ng/ml y elevación del ST de V1-V4 por lo que se realiza traslado interhospitalario a la sala de hemodinámica del hospital de referencia.

CONCLUSIONES

La detección precoz y el comienzo inmediato de la RCP por testigos con la llegada de la Policía Local con DESA a los 2 minutos del evento y posteriormente la llegada a los 4 minutos del primer recurso avanzado de Protección Civil sumado a la llegada de la UME a los 7 minutos hizo que el paciente fuese dado de alta a los 9 días sin secuelas.

134

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 65

PRIMER FIRMANTE
Sandra Giménez Revert;

AUTORES
Paula García Blanco;
María Grabulosa Rodero;

CENTROS DE TRABAJO
EAP Sardenya

PARADA CARDÍACA EXTRAHOSPITALARIA: LOS NIÑOS SALVAN VIDAS

INTRODUCCIÓN

La parada cardíaca extrahospitalaria (PCEH) requiere una activación inmediata de la cadena de supervivencia: reconocimiento precoz, alerta a los Servicios de Emergencias (SEM), reanimación cardiopulmonar (RCP) temprana, desfibrilación rápida, soporte vital avanzado (SVA) y cuidados post resucitación. Según las Guías 2021 del European Resuscitation Council (ERC), la coordinación eficaz entre testigos, primeros intervinientes y equipos especializados mejora significativamente la supervivencia de PCEH.

PROPÓSITO

Describir un caso de PCEH que ilustra la relevancia del aviso precoz, la respuesta comunitaria y la intervención integrada de todos los eslabones de la cadena de supervivencia.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Mujer de 47 años, con antecedentes de hipertensión arterial, presenta pérdida brusca de consciencia tras referir dolor torácico durante el día. Su hijo de 11 años, único testigo, llama de inmediato al 112, describe la situación y sigue las indicaciones del médico coordinador: mueve a su madre a un lugar accesible y deja la puerta abierta para facilitar el acceso.

A los 4 minutos del aviso llega el equipo de atención primaria (EAP), primer recurso en el lugar. Inician RCP avanzada mientras se recoge información del menor. Se conecta el desfibrilador externo semiautomático, que identifica ritmo desfibrilable; se aplica una descarga y se continúa RCP durante dos ciclos. Posteriormente llegan Policía Local y el equipo de Soporte Vital Básico, que colaboran con apoyo logístico, seguidos del equipo de SVA y Bomberos para la extracción de la paciente.

Tras 7 minutos de maniobras, se consigue recuperación de la circulación espontánea (RCE). El electrocardiograma posterior muestra un Infarto Agudo de Miocardio con elevación del ST, activándose el Código Infarto y coordinándose traslado a un hospital con sala de hemodinámica para angioplastia primaria. La paciente ingresa estable en UCI, falleciendo semanas después por complicaciones derivadas del evento inicial.

CONCLUSIONES

- La alerta precoz del hijo fue el primer y decisivo eslabón de la cadena de supervivencia, permitiendo la activación inmediata del SEM.
- La intervención inmediata del EAP hizo posible una RCP de alta calidad y la RCE.
- La educación comunitaria y la respuesta rápida son fundamentales para mejorar los tiempos de actuación ante PCEH.
- Aunque el desenlace final no fue favorable, el trabajo en equipo de todos los recursos implicados garantizó una asistencia eficaz, segura, continua y basada en la evidencia, consolidando la cadena de supervivencia recomendada por la ERC.

136

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 66

PRIMER FIRMANTE
José María Arevalo la
Calle

AUTORES
Ruth Libertad Gomez
Bravo;
Kapil Laxman Nanwani
Nanwani;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR PROTECCION
CIVIL

MUERTE SÚBITA EN ADULTO JOVEN: ¿PODEMOS PREDECIRLO?

INTRODUCCIÓN

La muerte súbita en el adulto joven supone una importante repercusión emocional y social. Las miocardiopatías congénitas, canalopatías, miocarditis son algunas de las etiología más frecuentes, las cuales no suelen presentar clínica previa, lo que supone una importante dificultad en su detección precoz.

OBJETIVOS

El objetivo del trabajo se basa en analizar las características de la parada cardiaca en los jóvenes, buscando factores metabólicos o epidemiológicos que pudieran predecir esa muerte súbita

METODOLOGÍA

Estudio observacional analítico descriptivo, retrospectivo con base de datos prospectiva. Cohorte de pacientes mayores con edades comprendidas entre 30 y 40 años, asistidos por un Servicio de Emergencias Médicas entre 2021-2024. Se dividieron los pacientes en dos grupos (30-35 años, y 35-40 años) Se valoraron variables epidemiológicas (edad, sexo, antecedentes, ritmo inicial, presencia de testigos, valores metabólicos iniciales) variables independientes (2 rangos de edad 30-35 y 35-40), siendo la variable dependiente la supervivencia con buen resultado neurológico (CPC I-II). El análisis inferencial se realizó con

Chi cuadrado para las variables categóricas y con t de Student para variables cuantitativas. SPSS V29.

RESULTADOS

39 pacientes con una edad media de 36,2 (DE:3,22). 84,6% hombres. El ritmo inicial fue desfibrilable en el 46,2% de los casos. Mínimos antecedentes conocidos: 5,1% cardiopatía isquémica previa, HTA y tabaquismo. Ningún antecedente en el grupo de 30-35 años. Hubo testigos haciendo RCP en el 56,4 %. Los valores metabólicos medios iniciales expresaron alteraciones importantes de la gasometría e iones. Ph:7,04 (DE-0,18), Lactato:10,87(DE-6,3), PCO2:71,1(DE:21,9), EB:-11(DE:6,3), K:5,85(DE-3,7) o Glucemia:200(DE-109). Hubo recuperación de pulso (ROSC) en el 74,4%, siendo el CPC I-II del 53,8%(21 pacientes). En el análisis inferencial de las variables independientes (2 grupos de edad),no se objetivaron diferencias significativas estadísticamente ni en ROSC (58,6%vs41,4% p=0,403) ni en supervivencia CPC I-II (57,1%vs42,9% p=0,391) pero con tendencia a mejores datos en el grupo de mayor edad. En cuanto a los valores metabólicos en la escena, solo hubo diferencias significativas en el Hematocrito [50,33%vs46,22% p<0,05] y en la glucemia (252,3 vs 165,8 p=0,018) en ambos casos mayores en pacientes más jóvenes.

CONCLUSIONES

Aún con cifras claramente patológicas de los valores metabólicos, y un porcentaje de ritmos desfibrilables y RCP previa por testigos similar a cualquier población, es evidente que la parada en pacientes jóvenes tiene ratios de ROSC y supervivencia neurológica (cifras mayores al 50%) que no son habituales de las cifras globales de supervivencia. La ausencia de antecedentes posiblemente sea la causa de esa mayor tasa de recuperación tanto cardiaca como neurológica.

En cuanto a la comparación de los rangos de edad en esa década evaluada, no existen diferencias significativas entre ambos rangos, más allá de unas cifras mayores de glucemia y hematocrito en el lustrado de mayor edad.

137

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 67

PRIMER FIRMANTE
Raquel Lopez Poza;

AUTORES
Sara Iglesias Gutiérrez;
Jorge Pascual
Fernández;
José De la Fuente
Moreno;

CENTROS DE TRABAJO
061 LA RIOJA

SU HIJO COMO PRIMER INTERVINIENTE EN UNA PCREH

INTRODUCCIÓN

El primer eslabón de la cadena de supervivencia en una parada cardiorespiratoria (PCR) es vital, e incluso un menor de edad puede ser la clave de ello.

PROPÓSITO

Llamada al 112 de un niño de 11 años avisando de que su madre tenía problemas de corazón y no respondía, había dejado de respirar y no le encontraba pulso.

Se trataba de una mujer de 51 años diagnosticada de cardiopatía isquémica tipo angina de Prinzmetal en 2015, que estaba pendiente de una coronariografía ambulatoria en los próximos días a este suceso. Su hijo que la acompañaba en ese momento, fue testigo del desplome de la paciente y supo detectar la situación de PCR y alertar a los servicios de emergencias, así como de comenzar a realizar compresiones torácicas, siendo por tanto el primer interviniente (a las 14:37h).

Como segundo interviniente fueron los compañeros de la soporte vital básico (SVB) a las 14:41h, relevando al menor y continuando con RCP básica, colocando además el desfibrilador semiautomático (DESA). A nuestra llegada al domicilio, 3 minutos más tarde (14:44h), continuamos con la RCP avanzada, consiguiendo la recuperación de la circulación espontánea a los 5 min (14:49h). Recuperó pulso con ritmo en monitor de un bloqueo auriculoventricular (BAV) 2:1 con elevación del ST en cara inferolateral. Fue trasladada a la sala de hemodinámica para cateterismo urgente (ICP)

El diagnóstico de la ICP fue de arterias coronarias epicárdicas sin estenosis angiográficas, espásticas, con disfunción ventricular moderada.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

SCACEST. MINOCA. Posible vasoespasmo de coronaria derecha.

Miocardopatía de estrés.

CONCLUSIONES

La cadena de supervivencia resume los pasos vitales necesarios para poder obtener una resucitación exitosa. Como primer eslabón de dicha cadena está el reconocimiento precoz de la situación de urgencia y la activación de los servicios de emergencias. En este caso, se reafirma el hecho de que el primer testigo, y por ende, primer eslabón, puede ser cualquier persona que haya recibido unas nociones básicas de RCP. Este niño no sólo había obtenido conocimientos de ello en el colegio, sino que, debido a la situación de su madre, se había informado por su cuenta de cómo podía ayudarla si le sucedía algo.

138

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 68

PRIMER FIRMANTE
María Teresa Soriano de
Antonio

AUTORES
Eduardo González
Sánchez

CENTROS DE TRABAJO
SUMMA 112

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN POSIBLE INCIDENTE MÚLTIPLES VÍCTIMAS DURANTE LA CELEBRACIÓN DE UN FESTEJO POPULAR EN SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES

INTRODUCCIÓN

Los espectáculos taurinos populares son aquellos festejos tradicionales en los que se conduce, corren o torear reses bravas, sin que la muerte del animal se produzca en presencia del público. Los espectáculos taurinos siguen siendo frecuentes en España.

A pesar de las medidas de seguridad, protocolos, recomendaciones, etc; continúan produciéndose numerosos accidentes durante los mismos y el número de heridos es elevado. A este tipo de pacientes, se les debe de considerar siempre como pacientes politraumatizados.

En concreto, los encierros de San Sebastián de los Reyes son considerados uno de los festejos más importantes de la Comunidad de Madrid; donde hay una gran afluencia de público y además cuenta con un gran despliegue de medios sanitarios (...)

OBJETIVOS

- Presentar un modelo de protocolo de actuación ante un posible riesgo previsible de IMV en un evento popular.
- Establecer la coordinación multidisciplinar entre diferentes cuerpos de seguridad y asistencia sanitaria, además de los demás intervinientes del festejo ante un posible IMV.
- Resaltar la importancia de la interconexión entre los diferentes escalones sanitarios (asistencia in situ- Puesto sanitario avanzado-Hospital de referencia).

METODOLOGÍA

- Tipo de Estudio: Estudio descriptivo observacional (protocolo)
- Ámbito de aplicación: Festejo popular en la localidad de San Sebastián de los Reyes (Madrid).

RESULTADOS

El dispositivo de seguridad y sanitario está diseñado para hacer frente a cualquier situación que se pueda producir durante el encierro, y distribuido a ambos lados a lo largo de todo recorrido para intervenir donde se produzca el hecho, y asegurando el repliegue de medios a la entrada de la plaza ya que es el punto más crítico del encierro ante el riesgo de que se produzca un tapón.

El recorrido se dividirá en tres tramos más el interior de la plaza de toros.

- Tramo nº1: comprende el espacio de la manga que se encuentra entre el final de la calle Leopoldo Gimeno, hasta la confluencia en la calle Postas, en su límite final con la plaza del Tejar

- Tramo nº2: comprende el espacio de la manga que se encuentra entre el final de la calle Postas, en su límite con la Plaza del Tejar, hasta la calle Real, en su confluencia con la calle San Roque

- Tramo nº3: Comprende el espacio de la manga que se encuentra entre la confluencia de la calle Real con la calle San Roque, discurre por la totalidad de la calle Estafeta hasta su acceso al coso taurino en la avenida de Plaza de toros.

(...)

CONCLUSIONES

En espectáculos con gran afluencia de público y/o participantes, es necesario tener un protocolo de actuación en caso de producirse un IMV ya que es un riesgo previsible.

Por ello, este protocolo muestra la actuación organizada, coordinada y preparada ante un riesgo previsible en un evento popular no exento de riesgo.

La interconexión de todos los equipos participantes es primordial, en la asistencia de un incidente de IMV, para pasar del caos al control completo de la situación en poco tiempo.

Este protocolo muestra como el tener un equipo quirúrgico in situ en este tipo de festejos hace que el riesgo vital de los participantes se vea disminuido ya que la intervención se realizará en un corto espacio de tiempo, así como la comunicación en tiempo real con el hospital de referencia hace que la transferencia.

139

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 69

PRIMER FIRMANTE

Francisco Feliciano
Suárez Izquier

AUTORES

Héctor Manuel Pablo
Hernández; Alejandro
Rodríguez García;
Almudena Morales
Sánchez; María Jesús
Hernández García;
Lorena Morales Sánchez;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR_PC

Ambulancias Rodrigo S.L.U

Gerencia de Emergencias
Sanitarias SACYLComplejo Asistencial
Universitario de
Salamanca SACYL

UAD Cedro

EL ESCUDO INVISIBLE: LA IMPORTANCIA DEL SOPORTE VITAL
BÁSICO EN LOS INCENDIOS FORESTALES

INTRODUCCIÓN

Los incendios forestales suponen una emergencia de elevada complejidad operativa que exige una respuesta sanitaria inmediata, coordinada y segura. En este contexto, los equipos de Soporte Vital Básico (SVB) desempeñan un papel esencial, no solo en la atención sanitaria de los intervinientes y la población afectada, sino también como elemento preventivo frente a los riesgos inherentes a este tipo de emergencias.

OBJETIVOS

Analizar la relevancia del SVB en los dispositivos preventivos durante incendios forestales, destacando su papel en la protección de los intervinientes, la detección precoz de riesgos sanitarios y la atención inicial a posibles víctimas o equipos de extinción.

METODOLOGÍA

Reflexión basada en la revisión de guías nacionales e internacionales de atención sanitaria en incendios forestales, incluyendo el Plan Estatal de Protección Civil ante Emergencias por Incendios Forestales (MITECO, 2023), el Manual de Intervención Sanitaria en Incendios Forestales (DGPCyE, 2019), y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) y de la Dirección General de Protección Civil y Ayuda Humani-

taria de la Unión Europea (ECHO, 2022). Se consideraron además publicaciones recientes que analizan la respuesta asistencial prehospitalaria en estos escenarios (Cabañas et al., Emergencias 2018; Rodríguez-Núñez et al., Med. Secur. Trab. 2020).

RESULTADOS

La presencia de unidades SVB en primera línea de apoyo permite una actuación inmediata ante patologías tiempo-dependientes, la prevención de lesiones por calor y la atención inicial de emergencias derivadas del entorno hostil. Su capacidad de evaluación y comunicación con los mandos operativos mejora la seguridad global del dispositivo, facilitando la activación temprana de recursos avanzados. La proximidad, la formación y la capacidad de anticipación del personal de SVB constituyen una barrera fundamental frente a la morbilidad durante incendios prolongados o de gran extensión.

CONCLUSIONES

Los dispositivos de SVB son un elemento clave en la estrategia sanitaria durante los incendios forestales. Su labor preventiva, asistencial y de coordinación contribuye a reducir el impacto sanitario de este tipo de emergencias. Reforzar su presencia, dotación y formación específica en entornos de alta temperatura y exposición prolongada resulta esencial para garantizar la seguridad tanto de los equipos de extinción como de la población afectada.

140
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 70

PRIMER FIRMANTE

Francisco Feliciano Suárez
Izquier

AUTORES

Almudena Morales Sánchez;
María Jesús Hernández García
Rosario García Álvarez;
Lorena Morales Dánchez;
Héctor Manuel Pablo
Hernández;

CENTROS DE TRABAJO
AMBULANCIAS RODRIGO
S.L.U

Gerencia de Emergencias
Sanitarias SACYL

Complejo Asistencial
Universitario de Salamanca.
SACYL

UAD Cedro

SAMUR-PC

¿ES REALMENTE UN VÉRTIGO? DESENMASCARANDO EL ICTUS POSTERIOR CON EL TEST HINTS

INTRODUCCIÓN

El ictus vertebrobasilar representa un desafío diagnóstico en el medio extrahospitalario. Sus manifestaciones suelen ser –mareo, vértigo, vómitos o inestabilidad–, y no es raro su confusión con cuadros de vértigo vestibular periférico benigno. Esta similitud clínica puede implicar una demora en la activación del código ictus, con las consiguientes repercusiones pronósticas y funcionales del paciente.

PROPÓSITO

Describir un caso clínico con presentación inicial vertiginosa que resalta la necesidad de considerar siempre el ictus del territorio posterior ante cuadros de vértigo, apoyándose en una exploración dirigida y en el uso del test HINTS para su valoración extrahospitalaria.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Varón de 67 años, con antecedentes de cáncer de colón, fibrilación auricular, hipertensión arterial y exfumador de 36 cigarrillos/día. A las 05:30 h, tras levantarse para ir al baño, presenta sensación brusca de giro de objetos, caída al suelo y episodio de emesis al intentar incorporarse.

A la exploración: consciente y orientado, nistagmo horizontorrotatorio y Romberg con desviación hacia la izquierda, sin paresias ni plejías. Afebril. Constantes: TA 147/89 mmHg, FC 98 lpm, SatO₂ 95 % (FiO₂ 21 %). ECG: fibrilación auricular sin alteraciones.

Se canalizan dos vías venosas periféricas y se administra ondansetrón para control de la emesis. Se realiza test HINTS: Head impulse test normal (reflejo vestíbulo-ocular conservado), nistagmo bidireccional no inhibido por fijación visual y desviación vertical leve al destapar el ojo izquierdo en el test of Skew. La combinación de estos hallazgos orientó hacia un vértigo de origen central. Ante la sospecha de ictus vertebrobasilar se activa el código ictus y se traslada urgente a centro útil para estudio de neuroimagen y tratamiento especializado.

CONCLUSIONES

El ictus vertebrobasilar puede debutar con síntomas vertiginosos aislados, dificultando su identificación precoz. Ante todo vértigo agudo, incluso de apariencia periférica, debe considerarse siempre la posibilidad de un ictus en territorio posterior. El test HINTS es una herramienta rápida, sensible y de gran valor diagnóstico en el ámbito extrahospitalario, permitiendo diferenciar el vértigo central del periférico. Su incorporación sistemática en la exploración neurológica puede optimizar la detección temprana de ictus posteriores y mejorar significativamente el pronóstico funcional de estos pacientes.

141

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 71

PRIMER FIRMANTE
Carmen Zárate OñateAUTORES
Trinidad Cantero Gil;
Antxon Loyola Sergio;
Itsaso Sexmilo Ayarra;
Leire Loyola Sergio;
Mashhour Abdulla
Abdulla;CENTROS DE TRABAJO
SUE Tafalla

CS Dr San Martón

CS Sangüesa

CS Dr San Martín

LO QUE EL PACIENTE NO ME CONTÓ

INTRODUCCIÓN

Varón de 70 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, Diabetes Mellitus y hepatopatía en relación con consumo de alcohol, con tratamiento habitual con dulaglutida 1,5mg semanal, metformina/pioglitazona 15/850mg/12h, empaglifozina 25mg/24h, atorvastatina 40mg/24h, ramipril 10 mg/24h, omeprazol 20mg/24h y furosemida 40mg/24h. Acudimos a su domicilio por aviso por dolor centrotorácico opresivo de unas 4 horas con cortejo vegetativo y disnea con mínimos esfuerzos. A la exploración destaca mal estado general con palidez, sudoración y taquipnea pero con auscultación cardiopulmonar normal y sin edemas en extremidades inferiores y con tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno normales.

Se realiza ECG donde se observa bloqueo de rama derecha del haz de His con descenso generalizado del ST. Ante síndrome coronario agudo, se solicita traslado a urgencias hospitalarias en Ambulancia de Soporte Vital Avanzado(ASVA).

Durante el traslado en la ASVA, se avisa a Cardiología y se activa código infarto. A su vez se administra media ampolla de Acetilsalicilato de lisina, 70.000 unidades de Heparina sódica y fentanilo 50mcg iv.

Al llegar a la urgencia hospitalaria se le rea-

liza analítica de sangre y llama la atención Hemoglobina 3,5g/dl. Ante este hallazgo, se realiza anamnesis por aparatos y al preguntar por las heces cuenta que llevaba 3 días con melenas. Seguidamente se le administra omeprazol 80mg, somatostatina 250mcg, suero salino fisiológico 1000ml y 1 concentrado de hematíes iv.

PROPÓSITO

El propósito de este caso clínico es recordar que no hay que dar nada por hecho y que siempre hay que hacer una anamnesis general por aparatos para poder recabar datos que el paciente no nos diga de forma espontánea.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Hemorragia digestiva alta con anemia grave y angina hemodinámica.

CONCLUSIONES

Si bien es cierto que la mayoría de las veces el paciente nos relata de forma espontánea los hechos más relevantes, hay que tener en cuenta que el paciente puede desconocer la importancia de algunos síntomas, puede no recordarlos o no poder contarlos en un momento crítico. Por eso, además de una anamnesis por aparatos, debemos también estar muy atentos a los signos clínicos.

143

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 72

PRIMER FIRMANTE
Mónica Garriga PérezAUTORES
Encarnación González
Díaz; Olga García Lauroba;
Xavier Canari Mas;
Núria Hernández Frutos;CENTROS DE TRABAJO
Hospital del Mar

Hospital de la Esperanza

DEBRIEFING POST RCP : UNA HERRAMIENTA DE ACOMPAÑAMIENTO TÉCNICO Y EMOCIONAL

INTRODUCCIÓN

La participación del personal sanitario en maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) implica una elevada carga emocional y psicológica, especialmente en contextos intrahospitalarios de alta presión.

El debriefing (DB), además de ser un instrumento de aprendizaje, es una estrategia de actuación de carácter preventivo de posibles futuros trastornos mentales, contribuyendo al adecuado rendimiento de los profesionales y a la salud individual y grupal.

Su objetivo es favorecer el apoyo "intragrupo". Se pretende generar una guía que articule la expresión, de forma segura, pensamientos, sentimientos, y reacciones relacionadas de lo vivido.

La elaboración de un decálogo post RCP contribuirá a estructurar las normas necesarias para garantizar su correcta aplicación.

OBJETIVOS

Diseñar un decálogo para la elaboración de un DB sistematizado post RCP que incluya tanto componentes técnicos como elementos para el acompañamiento emocional del personal participante tras su intervención en episodios de RCP intrahospitalaria orientado a mejorar la calidad asistencial, promover el bienestar psicológico y a reducir el impacto

emocional negativo en el servicio de Urgencias de un hospital de 3er nivel.

METODOLOGÍA

El diseño se basó en una búsqueda bibliográfica. Las Bases de Datos consultadas fueron PubMed y Google Scholar con las palabras clave CPR + Debriefing y los criterios de selección libros, documentos y revisiones publicados en español y/o inglés desde 2020 hasta la actualidad.

RESULTADOS

La elaboración de un decálogo determinará las pautas durante la realización del DB post RCP.

Estas recomendaciones promoverán un aprendizaje integral y un acompañamiento emocional efectivo.

Se garantizará la seguridad psicosocial del personal participante mediante la "suposición básica" y el establecimiento de normas claras. Se abordarán los objetivos clave del aprendizaje mediante la revisión de los eventos ocurridos, construyendo un modelo mental compartido. Se optará por la realización de preguntas abiertas y uso del silencio al equipo, como estrategias de articulación y análisis. Se integrarán el aprendizaje técnico y emocional.

CONCLUSIONES

La elaboración de un decálogo favorece la identificación de áreas de mejora, la comprensión de las acciones emprendidas y de los procesos de pensamiento implicados, consolidando un aprendizaje práctico y emocional.

Constituye una propuesta innovadora y necesaria en el entorno hospitalario, potencialmente replicable en otras instituciones.

147

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 73

PRIMER FIRMANTE
Leire Loyola Sergio

AUTORES

Antxon Loyola Sergio;
Itsaso Sexmilo Ayarra;
Carmen Zárate Oñate;
Adriana Bueno Murillo;
Lorea De Carlos Esparza;

CENTROS DE TRABAJO
CS Sangüesa

Hospital Universitario
de Navarra

SUE Tafalla

Urgencias Hospital
García Orcoyen

SUR Valtierra-Milagro

¿DOCTORA QUÉ ME PASA? CUANDO VOMITAR TE PUEDE SALVAR LA VIDA

INTRODUCCIÓN

Mujer, 75 años. Antecedentes: hipotiroidismo, hipertensión arterial. Sin alergias conocidas.

Valorada por bronquitis, se pauta amoxicilina-clavulánico y prednisona. Toma de penicilina previa sin complicaciones.

Estando en domicilio toma la medicación, 15-30 minutos después comienza con mareo, visión borrosa, vómitos, diarrea, dolor hipogástrico, exantema. No dolor torácico ni disnea, no sensación de presión a nivel faríngeo. Refiere que ha vomitado medicación ingerida.

Valorada en domicilio, paciente consciente, habla, buen estado general y bien perfundida. Hipotensión 86/77 mmHg, resto de constantes estables, sin compromiso respiratorio, habones cutáneos, ausencia de angioedema. Se reevalúa tensión arterial mientras enfermera carga adrenalina, mejora espontáneamente a 105/70 mmHg.

Se decide no administrar adrenalina intramuscular y mantener vigilancia activa. Se canaliza vía venosa y administramos 250+500 mL de suero fisiológico con mejoría progresiva y espontánea de presión arterial 115/71-130/79 mmHg. Se administra polaramine, metilprednisolona intravenosos.

Paciente vive en medio rural a 40 minutos del hospital. Ante alta sospecha de anafilaxia

se deriva en soporte vital avanzado a pesar de mejoría espontánea. En urgencias precisa nueva dosis de polaramine y metilprednisolona quedándose en observación unas horas. Triptasa sérica: 20,5 µg/L.

Actualmente en estudio por Alergología confirmando impresión diagnóstica de anafilaxia, sospecha de mejoría espontánea debido al vómito de medicación.

PROPÓSITO

El propósito del caso es incidir en la importancia de la sospecha clínica y rapidez de actuación ante una posible anafilaxia por ser una patología tiempo dependiente. Incidir en la importancia de traslado en ambulancia medicalizada ante sospecha de cuadro anafiláctico, incluso cuando la evolución clínica no es la esperada.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Anafilaxia por amoxicilina.

CONCLUSIONES

La anafilaxia es una reacción alérgica grave, generalizada, de instauración rápida. Se trata de una emergencia potencialmente mortal que requiere diagnóstico y tratamiento precoces. Presenta múltiples síntomas: clínica cutáneo-mucosa, cardiovascular, respiratoria y de tracto gastrointestinal, pudiendo darse todos o solo algunos de estos.

La sospecha clínica es crucial. Se realiza si los síntomas, signos y cronología del cuadro clínico concuerdan. Tras ello, hay que solicitar la triptasa sérica para confirmarlo. Ante sospecha de anafilaxia debemos actuar de forma inmediata y realizar una observación posterior al paciente dado que pueden darse reacciones bifásicas.

148

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 74

PRIMER FIRMANTE

Dacil Rosario De León
Pérez

AUTORES

Mercedes Moledo Rivero;
María Remedios Suárez
Barragan; Francisco Javier
Fernández Curbelo;
Sara Alonso Valles;
Zaida Brea Vizcaino;CENTROS DE TRABAJO
HOSPITAL GENERAL DE
FUERTEVENTURA

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN NIÑOS EN PLAYAS Y PISCINAS

INTRODUCCIÓN

El ahogamiento constituye una de las principales causas de muerte accidental en la población pediátrica a nivel mundial. En España, según la Real Federación Española de Salvamento y Socorrismo, fallecen entre 30-40 niños cada año por esta causa. La mayoría de ahogamientos ocurren en piscinas privadas y zonas de baño con poca supervisión.

PROPÓSITO

Niña de 11 años encontrada boca abajo en la piscina del hotel, se desconoce el tiempo que estuvo en este estado. Testigos comienzan Resucitación Cardiopulmonar (RCP) básica. A la llegada del Soporte Vital Avanzado (SVA), se comienza RCP avanzada, logrando la recuperación de la circulación espontánea tras 8 minutos (se administran 4 dosis de Adrenalina IV, se procede a intubación orotraqueal y ventilación mecánica para el traslado). A su llegada al SUH, presenta Glasgow de 3 puntos (sin sedación previa), pupilas mióticas (derecha arreactiva e izquierda con escasa reactividad). Constantes vitales: TA: 83/41mmHg, FC: 130 lpm, SatO₂: 97%. Se realiza placa de tórax y extracción sanguínea, cuyos parámetros relevantes fueron:

- Lactato: 11.70 mmol/l.
- Ph: 7,04.
- PO₂: 201 mmHg.
- BE (B) (in vitro): -17,7 mmol/l.
- HCO₃: 11,8 mmol/l.
- SatO₂: 98,8%.

La paciente es estabiliza hemodinámicamente y se inicia tratamiento con Midazolam, Fentanilo, sueroterapia y Bicarbonato 1 M. Se traslada al hospital de referencia.

Tras varios días de ingreso en la unidad de cuidados intensivos y la realización de pruebas neurológicas, se confirma muerte encefálica. Se informa a la familia y se limitan los esfuerzos terapéuticos hasta su fallecimiento.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Muerte encefálica secundaria a PCR por ahogamiento.

CONCLUSIONES

La mayoría de los ahogamientos en la población pediátrica pueden prevenirse.

La concienciación social sobre los riesgos del baño sin supervisión en entornos acuáticos es esencial, junto a la implementación de estrategias de prevención adaptadas a los grupos de edad.

La formación básica en RCP entre la población en general, es clave para mejorar el pronóstico de las víctimas.

152
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 75

PRIMER FIRMANTE
Manuel José González
León

AUTORES
Ángel Luis Burgos Saco

CENTROS DE TRABAJO
SUMMA112

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE FIBRINÓGENO EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIAS EN LA ATENCIÓN AL TRAUMA GRAVE UNA ESTRATEGIA CLAVE EN LA REANIMACIÓN HEMOSTÁTICA

INTRODUCCIÓN

La hemorragia constituye la segunda causa de mortalidad en el trauma grave y representa hasta el 50% de los fallecimientos durante las primeras 24 horas. La hipofibrinogenemia, componente esencial de la coagulopatía inducida por el trauma, aparece de forma precoz y se asocia con una disminución significativa de la supervivencia. En el entorno prehospitalario, la medición de los niveles de fibrinógeno no suele ser factible, lo que justifica la necesidad de explorar la administración de concentrado de fibrinógeno (CF) mediante escalas indirectas en la atención extrahospitalaria.

OBJETIVOS

Revisar la evidencia científica actual sobre la administración prehospitalaria de fibrinógeno en el paciente con trauma grave y hemorragia masiva, evaluando su eficacia, seguridad y aplicabilidad clínica.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos de alto impacto (PubMed, Embase, Scopus, Cochrane Library y guías europeas) entre 2015 y 2025. Se incluyeron ensayos clínicos, estudios observacionales, revisiones sistemáticas y consensos internacionales sobre el uso del CF en el trauma grave, tanto en ámbito intra como extrahospitalario.

RESULTADOS

La hipofibrinogenemia ($<1,5$ g/L) se identifica en más del 40% de los pacientes politraumatizados con shock. Escalas como el Índice de Shock, TICCS y COAST presentan capacidad predictiva moderada para hemorragia masiva. Los estudios FLINTIC (2021) y revisiones recientes (2022-2024) demuestran que la administración precoz de 2-4 g IV de CF es segura y puede mejorar la estabilidad hemostática y reducir la mortalidad. Las guías HEMOMAS-II (2023), las guías europeas (2023) y el consenso ESTES (2025) recomiendan considerar la administración precoz del CF ante hemorragia activa.

CONCLUSIONES

La implementación de la administración temprana de fibrinógeno en un Servicio de Emergencias prehospitalarias constituye una estrategia viable, segura y potencialmente eficaz en el manejo del trauma grave con hemorragia masiva, mejorando los parámetros de coagulación. Aunque la calidad de la evidencia actual es moderada, los resultados apoyan su incorporación a los nuevos protocolos de reanimación hemostática extrahospitalaria, inicialmente con dosis de 2 g IV administradas de forma empírica, pudiendo en el futuro, verse incrementadas con los estudios en curso.

PALABRAS CLAVE:

Trauma grave · Hemorragia masiva · Fibrinógeno · Prehospitalaria · Coagulopatía traumática

AL BORDE DEL COMA: EL DESAFÍO DE LA HIPONATREMIA GRAVE

154
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 76

PRIMER FIRMANTE
Ruth Libertad Gómez
Bravo

AUTORES
José María Arevalo la Calle;
Rosa María Jiménez
Gallego;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR PC

INTRODUCCIÓN

La hiponatremia ($\text{Na}^+ < 135 \text{ mEq/l}$) es el trastorno hidroelectrolítico más común, pese a lo cual es frecuentemente infravalorado. La clasificación de la hiponatremia depende de la velocidad de instauración, la gravedad de la clínica, la osmolaridad plasmática y urinaria y la volemia que presente el paciente. Así mismo su presentación clínica también abarca un amplio abanico de síntomas entre los que destacan por ser potencialmente graves las convulsiones.

PROPÓSITO

Presentamos el caso de una mujer de 73 años con antecedentes de HTA en tratamiento con Captopril y Olmesartan/HCTZ que precisa apertura de puerta en su propio domicilio. La paciente se encuentra consciente, responde a estímulos verbales con emisión de sonidos incomprensibles, destacando la presencia de movimientos estereotipados en manos y reflejo de chupeteo. GCS 12, no localiza mirada ni cierre ocular a amenaza. No obedece ordenes, Fuerza no valorable en MMSS y MMII, movimientos espontáneos de ambos miembros. Signos meníngeos ausentes, reflejos oculomotores conservados, no desviación conjugada de la mirada. No valorable campimetría, ROT conservados. NIHSS aproximado 2. Glucemia 145 mg/dl. Afebril.

Como primera impresión diagnóstica se plantea posible Código Ictus. Se realizan estudios complementarios: ECG:RS a 53lpm BAV 1er grado sin otras alteraciones.

Análítica sanguínea destacando: Na^+ :111 mmol/L Ca^{++} :0.99 Cl^- : 83mmol/L, Glu:134 mg/dl

Se inicia tratamiento agudo con infusión de 100 ml de Suero Hipertónico 3% a pasar en los primeros 20 minutos, se traslada como preaviso hospitalario.

Se descartó etiología neurológica mediante TAC craneal y se realizó ingreso en UCI. Posteriormente, es trasladada a planta, permaneciendo ingresada 7 días. La paciente fue dada de alta sin secuelas neurológicas.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Hiponatremia hipoosmolar grave en probable contexto de tratamiento con tiazidas y preparación de colonoscopia.

CONCLUSIONES

La hiponatremia grave es responsable de alteraciones neurológicas producidas por el desarrollo de edema cerebral. Las crisis epilépticas son una complicación frecuente y grave de la hiponatremia, que indica la necesidad de una corrección rápida, al menos parcial, de las cifras de sodio.

El papel del analizador de gases en ámbito extrahospitalario es un pilar esencial en el diagnóstico de confirmación de la hiponatremia grave, cuyo tratamiento ha de ser lo más precoz y eficiente posible.

155

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 77

PRIMER FIRMANTE
Francisco Javier
Fernández Curbelo

AUTORES
María de los Remedios
Suárez Barragán;
Dácil Rosario De León
Pérez;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital General de
Fuerteventura

SHOCK SÉPTICO CON HIPOGLUCEMIA RECURRENTE Y PARADA CARDÍACA: COLECISTITIS COMPLICADA CON ISQUEMIA INTESTINAL COMO CAUSA DE FALLECIMIENTO EN PACIENTE CRÍTICA

INTRODUCCIÓN

La sepsis de origen abdominal puede evolucionar rápidamente hacia el shock séptico, siendo la hipoglucemia un marcador temprano de mal pronóstico. La detección precoz y la reevaluación continua del estado clínico son esenciales para una adecuada toma de decisiones terapéuticas.

PROPÓSITO

Mujer de 74 años trasladada por el personal de soporte vital avanzado (SVA) por bajo nivel de consciencia, bradicardia (45 lpm) e hipotensión (80/40 mmHg). Tratamiento administrado por SVA: atropina 1 mg IV y 500 cc de suero fisiológico. A su llegada al servicio de urgencias hospitalarias (SUH), TA 59/40 mmHg, FC 160 lpm, glucemia capilar de 13 mg/dL. Tratamiento administrado por SUH: glucosa al 50 % (20 ml IV), fluidoterapia (2000 cc IV), amoxicilina 2 g IV, hidrocortisona 500 mg IV y noradrenalina (0,05 mcg/kg/min).

A los pocos minutos la paciente realiza parada cardiorrespiratoria (asistolia). Se iniciaron maniobras de reanimación cardiopulmonar administrando adrenalina 1 mg IV y glucosa al 50 % (20 ml IV, glucemia 27 mg/dL), recuperando pulso tras dos minutos. Dado su bajo nivel de consciencia se procedió a intubación orotraqueal conectada a ventilación mecáni-

ca. Se canalizó vía venosa central. Posteriormente desarrolló fibrilación auricular rápida tratada con amiodarona 300 mg IV.

El TAC abdominal mostró una colecistitis complicada. Se administraron imipenem 1g IV, complejo de protrombina 1000 UI IV y vitamina K 10 mg IV. En la laparotomía se evidenció necrosis intestinal masiva y perforación colónica. Ante la situación clínica irreversible, se limitaron los esfuerzos terapéuticos, falleciendo la paciente una hora después.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Shock séptico de origen abdominal con hipoglucemia recurrente y parada cardiorrespiratoria, en el contexto de colecistitis complicada con isquemia intestinal grave.

CONCLUSIONES

Este caso evidencia cómo la hipoglucemia recurrente en un cuadro de shock séptico puede indicar un fallo metabólico grave, derivado del aumento del consumo de glucosa y de la alteración del metabolismo energético, siendo un signo de mal pronóstico. En estos casos, el diagnóstico precoz, el inicio rápido de antibioterapia y el control del foco infeccioso son fundamentales para disminuir la mortalidad. La decisión de limitar los esfuerzos terapéuticos fue coherente con la situación clínica y los hallazgos quirúrgicos.

CONSECUENCIAS DE UN RODILLAZO JUGANDO AL FOOTBALL

156
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 78

PRIMER FIRMANTE

Adrian Karim Bengelloun
García

AUTORES

Diego Martin Rubio;
Esther Minguela Puras;
Paula Izquierdo de la
Torre; Carmen Cauqui
Díaz; Jorge Arredondo
Alcayna;

CENTROS DE TRABAJO
C.S. Valle de la Oliva

Consultorio Colmenarejo

INTRODUCCIÓN

Varón de 35 años sin antecedentes personales de interés que, jugando al football, presenta traumatismo en región costal por el impacto de la rodilla de otro jugador, presentando dolor importante y dificultad respiratoria. Es trasladado a un centro hospitalario, donde realizan tomografía computarizada (TC) objetivándose varias fracturas costales desplazadas, con contusión pulmonar, sin derrame. Permanece en observación 48 horas, siendo dado de alta con analgesia. Ocho días después es revisado en consulta de cirugía torácica con radiografía de tórax, presentando cuatro fracturas costales e infiltrado alveolar difuso en hemitórax derecho. Le indican continuar con reposo deportivo y revisión en un mes. Dado que se encontraba en situación de incapacidad temporal, acude a consulta de Atención Primaria, donde, al reexplorar, se observa disnea de moderados esfuerzos y disminución del murmullo vesicular en base derecha, con saturación de oxígeno basal de 93%.

PROPÓSITO

Dada la situación del paciente, se realiza ecografía en consulta, empleando los puntos de Lichtenstein, apreciándose en la base derecha una lengüeta hiperecogénica móvil con los movimientos respiratorios en una zona anecoica, impresionando de condensación neumónica en lóbulo inferior izquierdo con derrame pleural de moderada cuantía. Se deriva a Urgencias Hospitalarias, confirmando mediante TC la presencia de derrame pleural derecho severo, con colapso de lóbulos superior, medio e inferior. En el análisis sanguíneo presenta disminución de dos puntos de hemoglobina respecto al previo, por lo que se procede a videotoroscopia derecha para evacuación del derrame y expansión pulmonar.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Derrame pleural y atelectasia compresiva

CONCLUSIONES

Lichtenstein propuso en 2008 la utilización de la ecografía pulmonar como método diagnóstico rápido en disnea aguda en adultos, mediante protocolo BLUE (Bedside Lung Ultrasound in Emergency), con una precisión diagnóstica del 90% y alta especificidad y sensibilidad, detectando pequeñas cantidades de líquido de hasta 20 cc. Grandes derrames pueden acompañarse de atelectasia, que se visualiza con el denominado "signo de la medusa" (lengüeta móvil de tejido pulmonar dentro del contenido anecoico). La ecografía es de gran utilidad en todos los ámbitos (Atención Primaria, Urgencias Extrahospitalarias y Hospitalarias) para hacer un diagnóstico rápido de una posible complicación y poder actuar en consecuencia.

157

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 79

PRIMER FIRMANTE
Itsaso Sexmilo Ayarra

AUTORES
Carmen Zarate Oñate;
Leire Loyola Sergio;
Antxon Loyola Sergio;
Itxaso Manzanos Areta;
Jared Marin Gallardo;

CENTROS DE TRABAJO
SUC Tafalla

CS Sangüesa

Hospital Universitario
Navarra

FOCALIDAD NEUROLÓGICA.... ¿Y SI NO ES ICTUS?

INTRODUCCIÓN

Mujer de 82 años con antecedentes de HTA, insuficiencia cardiaca y fibrilación auricular anticoagulada con Xarelto. Encontrada por la mañana en su domicilio tras un episodio sincopal con afasia, desviación de la mirada a la derecha y hemiparesia izquierda. A la llegada de SVA, en decúbito, con tiraje abdominal y disminución de nivel de consciencia. TA 227/100mmHg, taquicardia y glucemia 312mg/dl. Tratamiento con insulina, metimazol, labetalol y oxigenoterapia. Se activa código ictus y traslado al hospital terciario. Durante el traslado, mejoría de la focalidad, refiere cefalea holocraneal. Al llegar a urgencias, súbitamente Glasgow 9 con TA 90/60.

Valorada por neurología y tras pruebas de neuroimagen descartaron patología cerebral aguda, clasificándose como ictus mimic.

En urgencias, la paciente presenta signos de infección sistémica con shock séptico y disfunción multiorgánica. Se objetiva sedimento urinario patológico y colecistitis alitiásica. Se inicia tratamiento antibiótico y soporte hemodinámico. Valorada por Cirugía General y UCI, no es candidata a ingreso en su servicio. Deterioro clínico progresivo a pesar del tratamiento, por lo que se decide adecuación del esfuerzo terapéutico

PROPÓSITO

Reflexionar sobre el diagnóstico diferencial y los cuadros imitadores del ictus, para orientar mejor tanto la causa como el manejo de las personas con clínica de focalidad neurológica y en la medida de lo posible, mejorar también su pronóstico.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Shock séptico con síndrome de disfunción multiorgánica
Ictus mimic

CONCLUSIONES

El ictus es una patología con gran impacto socio sanitario que consiste en un trastorno brusco de la circulación cerebral, que altera la función de una determinada región del cerebro. Sin embargo, pacientes con afecciones diferentes a la isquemia cerebral pueden

presentar sintomatología similar.

El diagnóstico diferencial es muy amplio, se deben considerar otros trastornos de inicio agudo que causan disfunción neurológica, como tumor cerebral, absceso cerebral, coma hiperglucémico no cetósico, infecciones sistémicas, crisis de esclerosis múltiple, convulsiones, aura migrañosa, amnesia global transitoria, hipoglucemia, diversas encefalopatías tóxicas o metabólicas...

Además, los pacientes que sufren un ictus pueden presentar otras afecciones médicas graves, por lo que la evaluación inicial requiere una evaluación rápida y amplia para realizar una adecuada orientación diagnóstica y mejorar el pronóstico del paciente.

EFICACIA DE DISPOSITIVOS DE RCP MECÁNICA FRENTE A RCP MANUAL EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

159
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 80

PRIMER FIRMANTE
María José Mena González;

AUTORES
Raul Ortega Marina;
Blanca Betes Tejero;
Nazaret Romero Pizarro;
Antonio González
Presmanes;
Adrián Ferrer Calvo;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

INTRODUCCIÓN

La reanimación cardiopulmonar (RCP) de alta calidad es determinante para la supervivencia en la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria, aunque en determinadas circunstancias se puede ver limitada su efectividad; para lo que se han diseñado dispositivos de compresiones torácicas mecánicas disponibles en España, sobre los que la evidencia científica disponible plantea dudas sobre si mejoran realmente los desenlaces clínicos frente a la RCP manual.

OBJETIVOS

- Comparar la eficacia de los dispositivos disponibles en España de compresiones torácicas frente a la RCP manual, en términos de supervivencia y calidad de compresiones.
- Analizar los resultados de ensayos clínicos aleatorizados (RCTs) y estudios experimentales que evalúan estos dispositivos.

METODOLOGÍA

Se ha utilizado una revisión narrativa de la literatura científica (ensayos clínicos aleatorizados, estudios observacionales, experimentales en animales y revisiones sistemáticas). Tras la revisión se han comparado los resultados en términos de Supervivencia global y con buen estado neurológico, parámetros hemodinámicos (EtCO₂, presión arterial y

ventajas operativas (uso en transporte, reducción de fatiga) de los dispositivos de cardiocompresión y la RCP manual.

RESULTADOS

- LUCAS 3: Ensayos PARAMEDIC y LINC demostraron no superioridad frente a RCP manual en supervivencia a 30 días y neurológica, aunque garantizan compresiones estandarizadas y son útiles en transporte.
- AutoPulse: El ensayo ASPIRE mostró incluso tendencia a peores resultados; el CIRC evidenció supervivencia equivalente a la RCP manual. No se ha demostrado beneficio clínico superior.
- Easy Pulse: Estudios experimentales sugieren mejores parámetros fisiológicos, pero sin ensayos clínicos amplios que confirmen mayor supervivencia.
- Corpuls CPR: Estudios piloto y en transporte demuestran compresiones de alta calidad y estabilidad hemodinámica, aunque aún no existen grandes RCTs con desenlaces de supervivencia.

CONCLUSIONES

1. La RCP manual de alta calidad sigue siendo la técnica de referencia en la atención extrahospitalaria.
2. Ninguno de los dispositivos de cardiocompresión mecánicos han demostrado mejorar la supervivencia neurológica a largo plazo frente a la RCP manual.
3. Los dispositivos aportan ventajas operativas ante circunstancias en las que la RCP manual puede presentar limitaciones como por ejemplo, durante transporte, reducción de interrupciones y fatiga del reanimador, su utilización debe reservarse a escenarios donde la RCP manual de calidad sea difícil de mantener.

160
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 81

PRIMER FIRMANTE

María de los Remedios
Suárez Barragán

AUTORES

Mercedes Moledo
Rivero; Dácil del
Rosario De León
Pérez; Francisco Javier
Fernández Curbelo;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital General de
Fuerteventura

PARADA CARDIORRESPIRATORIA COMO DESENLACE DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO Y OBESIDAD

INTRODUCCIÓN

Según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud del año 2023, el 16% de la población presenta obesidad.

La obesidad constituye un factor de riesgo para el desarrollo de patologías como la diabetes, la hipertensión o la enfermedad coronaria. Numerosos estudios evidencian la relación entre obesidad y eventos como el tromboembolismo pulmonar (TEP).

El TEP constituye una de las principales causas de morbimortalidad cardiovascular, solo superada por el infarto agudo de miocardio y el accidente cerebrovascular. Su clínica puede ser inespecífica y, en casos graves, provocar parada cardiorrespiratoria (PCR). El diagnóstico y el tratamiento precoces son determinantes para la supervivencia.

PROPÓSITO

Mujer de 32 años que contacta con el servicio de emergencias por disnea súbita. A la llegada de los técnicos sanitarios, refiere dolor torácico que aumenta con la inspiración.

Constantes: TA:95/71 mmHg, FC:135lpm, SatO2 basal:89%, afebril.

Antecedentes: Obesidad mórbida.

A su llegada al servicio de urgencias hospitalarias, presenta respiración agónica tipo "gasping", con reservorio conectado a O2 al 100%. En cuestión de segundos realiza PCR, asistolia. Se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada, incluyendo manejo de vía aérea y masaje cardíaco.

Ante la imposibilidad de canalizar acceso venoso, se coloca vía intraósea y se administra adrenalina 1mg cada 3-5 minutos. Se logra canalizar dispositivo de acceso venoso. Durante la RCP, se sospecha de TEP y se administra 10.000 ui de tenecteplasa. En la analítica posterior destaca un dímero D de 7259 ng/ml.

Se mantienen maniobras de RCP avanzada tras 60 minutos del fibrinolítico, sin lograr la recuperación de la circulación espontánea.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

PCR secundaria a TEP masivo.

CONCLUSIONES

El TEP constituye una causa potencialmente reversible de PCR, por ello es fundamental ante un alto grado de sospecha clínica, administrar tratamiento fibrinolítico precoz. Las PCR secundarias a TEP tratadas con fibrinolítico son situaciones especiales de RCP, por lo que hay que prolongar el tiempo de maniobras de RCP hasta 60-90 minutos tras la administración del fármaco.

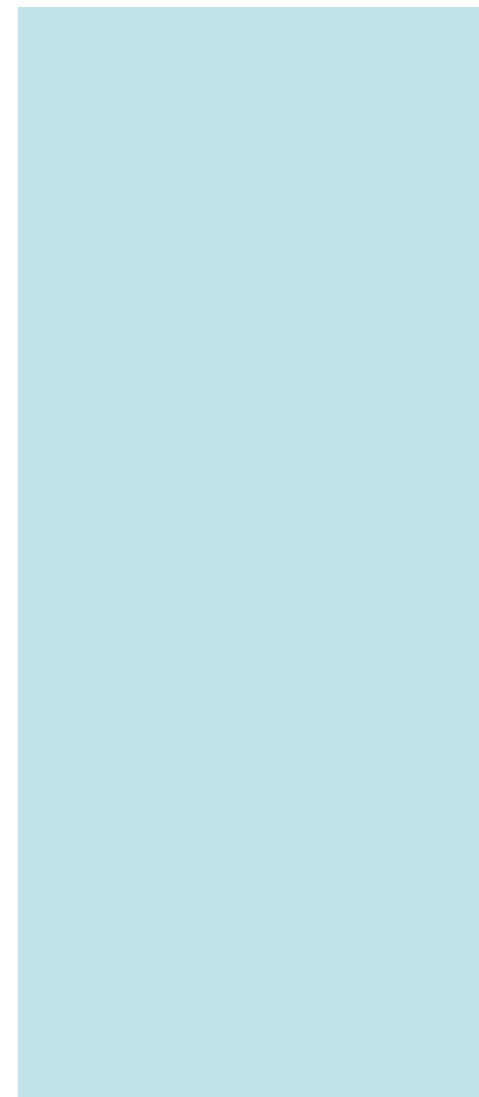
El exceso de tejido adiposo compromete la eficacia de las compresiones externas durante la RCP y aumenta la fatiga de los reanimadores, comprometiendo una RCP de calidad.

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 82

PRIMER FIRMANTE

PÓSTER RETIRADO DE LA EXPOSICIÓN



164

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 83

PRIMER FIRMANTE

Francisco Javier
Fernández Curbelo

AUTORES

María de los Remedios
Suárez Barragán;
Dácil Rosario De León
Pérez; Mercedes Moledo
Rivero;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital General de
Fuerteventura**SHOCK SÉPTICO CON HIPOGLUCEMIA RECURRENTE Y PARADA CARDÍACA: COLECISTITIS COMPLICADA CON ISQUEMIA INTESTINAL COMO CAUSA DE FALLECIMIENTO EN PACIENTE CRÍTICA****INTRODUCCIÓN**

La sepsis de origen abdominal puede evolucionar rápidamente hacia el shock séptico, siendo la hipoglucemia un marcador temprano de mal pronóstico. La detección precoz y la reevaluación continua del estado clínico son esenciales para una adecuada toma de decisiones terapéuticas.

PROPÓSITO

Mujer de 74 años trasladada por el personal de soporte vital avanzado (SVA) por bajo nivel de consciencia, bradicardia (45 lpm) e hipotensión (80/40 mmHg). Tratamiento administrado por SVA: atropina 1 mg IV y 500 cc de suero fisiológico. A su llegada al servicio de urgencias hospitalarias (SUH), TA 59/40 mmHg, FC 160 lpm, glucemia capilar de 13 mg/dL. Tratamiento administrado por SUH: glucosa al 50 % (20 ml IV), fluidoterapia (2000 cc IV), amoxicilina 2 g IV, hidrocortisona 500 mg IV y noradrenalina (0,05 mcg/kg/min).

A los pocos minutos la paciente realiza parada cardiorrespiratoria (asistolia). Se iniciaron maniobras de reanimación cardiopulmonar administrando adrenalina 1 mg IV y glucosa al 50 % (20 ml IV, glucemia 27 mg/dL), recuperando pulso tras dos minutos. Dado su bajo nivel de consciencia se procedió a intubación orotraqueal conectada a ventilación mecáni-

ca. Se canalizó vía venosa central. Posteriormente desarrolló fibrilación auricular rápida tratada con amiodarona 300 mg IV.

El TAC abdominal mostró una colecistitis complicada. Se administraron imipenem 1g IV, complejo de protrombina 1000 UI IV y vitamina K 10 mg IV. En la laparotomía se evidenció necrosis intestinal masiva y perforación colónica. Ante la situación clínica irreversible, se limitaron los esfuerzos terapéuticos, falleciendo la paciente una hora después.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Shock séptico de origen abdominal con hipoglucemia recurrente y parada cardiorrespiratoria, en el contexto de colecistitis complicada con isquemia intestinal grave.

CONCLUSIONES

Este caso evidencia cómo la hipoglucemia recurrente en un cuadro de shock séptico puede indicar un fallo metabólico grave, derivado del aumento del consumo de glucosa y de la alteración del metabolismo energético, siendo un signo de mal pronóstico. En estos casos, el diagnóstico precoz, el inicio rápido de antibioterapia y el control del foco infeccioso son fundamentales para disminuir la mortalidad. La decisión de limitar los esfuerzos terapéuticos fue coherente con la situación clínica y los hallazgos quirúrgicos.

165

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 84

PRIMER FIRMANTE
Nuria Sánchez Esteban

AUTORES
Mario Cortés Béjar;
María Ángeles Alcoya
Carricas;
María Auxiliadora
Hernández Ledesma;
Álvaro Arribas Cerezo;

CENTROS DE TRABAJO
CUIDADOS PALIATIVOS LA
RIOJA

SES 061 LA RIOJA

LA IMPORTANCIA DE LA MONITORIZACIÓN

INTRODUCCIÓN

Paciente de 83 años , con antecedentes de Parkinson, que sufre caída accidental en su domicilio. La paciente dice que iba a coger algo y se cae y la familia piensa que se ha podido tropezar como le ocurrió hace dos semanas que tuvo un TCE sin clara pérdida de consciencia que precisó sutura. La familia avisa al 112 por persona inconsciente tras un TCE.

PROPÓSITO

El objetivo de este caso es resaltar la importancia de la monitorización y evaluación cardiovascular inmediata en pacientes ancianos con caídas y pérdidas de consciencias, dado que el origen del episodio puede ser secundario a una alteración en el ritmo cardiaco.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Traumatismo craneoencefálico con pérdida de consciencia secundario a un bloqueo auriculoventricular de segundo grado tipo Mobitz II.

CONCLUSIONES

El presente caso pone de manifiesto la relevancia de la monitorización cardíaca precoz en pacientes de edad avanzada que presentan pérdidas de consciencia debidas a caídas aparentemente accidentales.

En este paciente la monitorización precoz permitió detectar un bloqueo auriculoventricular de 2º tipo Mobitz II, probablemente la causa también del TCE de días previos, ingresar e implantar un marcapasos definitivo por cardiología, evitando futuros síncope y reduciendo el riesgo de traumatismos secundarios.

PCR (PARADA CARDIORRESPIRATORIA) VS SÍNCOPE. EL PESO DEL DESA (DEFIBRILADOR EXTERNO SEMIAUTOMÁTICO)

166
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 85

PRIMER FIRMANTE
Julia De Lara Terán

AUTORES
María del Mar Amorós Sabater;
Ruben Rizo Valero;
María Brotons Seguí;
Ana Llinares Burguet;
Paloma Hernández Picó;

CENTROS DE TRABAJO
SESCV

ASV

Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy

INTRODUCCIÓN

Varón 67 años, inglés, con Hipertensión Arterial (HTA) y obesidad cae desplomado mientras jugaba al fútbol en el polideportivo municipal. Desde el centro coordinador activan helicóptero y ambulancia medicalizados (a 35 minutos del incidente) y Soporte Vital Básico (SVB). Al llegar, el paciente estaba siendo atendido por el SVB. Indican que ha perdido consciencia y el conserje del polideportivo le ha colocado el DESA (guiado por centro coordinador de emergencias) que ha recomendado una descarga, tras la que recupera consciencia. No se han llegado a realizar compresiones torácicas. El paciente está en posición lateral de seguridad (PLS), consciente, sudoroso, con náuseas y leves molestias centrotorácicas. Con oxigenoterapia a FiO₂:1 mantiene SatO₂ al 99%. En este momento llega el helicóptero. Se realiza glucemia normal y electrocardiograma (ECG) sin elevación ST o patrones OMI (Infarto de Miocardio por Oclusión).

Se canaliza vía periférica y se inicia fluidoterapia ante hipotensión, metoclopramida, analgesia y dosis de carga con 300mg de ácido acetil salicílico vía oral con buena respuesta. Se realiza traslado con ambulancia medicalizada a hospital secundario permaneciendo estable.

En el hospital, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) contacta con el servicio de hemodinámica del hospital terciario que acepta su traslado antes de tener los resultados de la troponina.

Se continúa con los cuidados postparada, se completa doble antiagregación con 180mg de ticagrelol y se realiza traslado sin incidencias.

Resultado coronariografía: estenosis severa de Descendente Anterior Media (DAM) con lesión trombótica en ostium con implantación de stent e inicio de perfusión de tirofiban.

PROPÓSITO

Fomentar el uso del DESA en espacios públicos para mejorar la supervivencia en la PCR extrahospitalaria.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

PCR recuperada

CONCLUSIONES

- El uso del DESA por legos tiene el mismo valor que si lo empleara el equipo sanitario (incluso aunque no hayan presenciado la PCR).
- La relevancia de la cadena de supervivencia en la PCR.
- Una descarga del DESA en paciente con factores de riesgo cardiovascular tiene suficiente peso para trasladar a hemodinámica sin pasar por hospital secundario incluso aunque el ECG sea normal.

171

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 86

PRIMER FIRMANTE
María Grañeda Iglesias

AUTORES
Cora Alonso Lamas;
Cristina Vázquez Donis;
María Teresa Cuetos
Azcona; Manuel Vázquez
de Prada Sánchez Giron;
María Jesús Sánchez
Santiago;

CENTROS DE TRABAJO
Emergencias Sanitarias de
Castilla y León

SVA valladolid 3 SACYL

SVA Cervera de Pisuerga
SACYL

Hospital Clínico
Universitario de Valladolid

¡QUÉ CALOR HAY EN AGOSTO!

INTRODUCCIÓN

Varón de 66 años con hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad obstructiva crónica (EPOC), fumador y tratamiento antidepressivos. En la mañana del 16/08/2025 acude a su centro de salud por confusión, inestabilidad y mareo, que le trata un diagnóstico de infección del tracto urinario (ITU). En la tarde empeora con disnea por lo que se activa Unidad Medicalizada de Emergencias (UME) que se encuentra paciente con Escala Glasgow (GCS) 3, livideces, tiraje intercostal, agotamiento respiratorio con apneas y edemas en extremidades inferiores. TA 60/30 mmHg, Frecuencia cardiaca (FC) 80, Temperatura (T°) 41°C , Glucemia 129 mg/dl y gasometría venosa pH 7.34, $p\text{O}_2$ 84 mm Hg, $p\text{CO}_2$ 36 mm Hg, HCO_3 19.7 mmol/l, Láctico 3,6 mmol/l. Tras intubación orotraqueal, tratamiento hipertermia, y perfusión vasoactiva se traslada a Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) del hospital. Las pruebas diagnósticas realizadas, objetivan signos de hipovolemia grave, se aumenta soporte vasoactivo y continúan con tratamiento hipertermia con sueros fríos y medidas físicas. Finalmente realiza un fallo multiorgánico y fallece a las 72h.

PROPÓSITO

Con las olas de calor, encontramos enfermedades asociadas al calor. Se presentan de una manera leve como edemas y calambres, síncope, a formas más severas como golpes de calor o heatstroke que compromete la vida del paciente, se caracteriza por hipertermia con $T^{\circ} > 40^{\circ}\text{C}$ y disfunción del sistema nervioso central. Esto sucede porque la ganancia de calor es mayor que la pérdida de calor, el gasto cardiaco no puede compensar, efecto citotóxico y respuesta inflamatoria que causa finalmente un fallo multiorgánico, esta emergencia médica tiene una alta mortalidad.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Golpe de Calor

CONCLUSIONES

A pesar del diagnóstico por $T^{\circ} > 40^{\circ}\text{C}$, alteración neurológica, patología crónica, altas temperaturas de Agosto, el paciente tuvo un fallo multiorgánico. El tratamiento prehospitalario debe ser precoz para reducir de forma rápida la temperatura central y evitar daño tisular permanente.

173

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 87

PRIMER FIRMANTE
María De la Fuente

AUTORES
Alba Alonso Puerta;
Pablo Sánchez
Fernández;
Consuelo Mezquita
Núñez;

CENTROS DE TRABAJO
HGU GREGORIO
MARAÑÓN

SINCOPE POR FA

INTRODUCCIÓN

Paciente de 75 años de edad, varón, sin antecedentes personales de interés, que mientras conducía sufre síncope con pérdida de conocimiento.

A la llegada de la ambulancia, el paciente se encuentra dentro del vehículo, consciente y orientado, pero no recuerda lo sucedido. No refiere sintomatología previa al síncope (no mareos, no palpitaciones)

Tras la valoración de los servicios médicos deciden traslado a centro hospitalario cercano.

A la llegada al centro hospitalario, el paciente se encuentra consciente y orientado. Normotenso, normocárdico y afebril. Eupneico. El electrocardiograma muestra una Fibrilación auricular a 140 lpm

PROPÓSITO

El síncope causado por fibrilación auricular es una manifestación clínica poco frecuente pero relevante, especialmente en adultos mayores con comorbilidades cardiovasculares.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Días posteriores al evento, el ECG muestra un ritmo sinusal a 72lpm. omplejos QRS anchos con morfología de bloqueo completo de la rama derecha.

Así mismo tras la realización del Holter de 48h se concluye el diagnóstico de bloqueo bifascicular.

Al alta, se realiza estudio electrofisiológico y dado que los intervalos de conducción AV basales son normales, se decide la implantación de un holter subcutáneo.

CONCLUSIONES

El síncope por fibrilación auricular puede ser de origen cardíaco o en casos menos frecuente, puede estar mediado por mecanismos neurales

La presencia de FA en el contexto de síncope aumenta la probabilidad de etiología cardíaca, lo que implica mayor riesgo de eventos adversos y requiere la evaluación detallada con ECG, monitorización ambulatoria y ecocardiografía.

175
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 88

PRIMER FIRMANTE
María del Mar Carmona
Zurita

AUTORES
Mauricio Holden
Fernández

CENTROS DE TRABAJO
HOSPITAL TAULI

TRABAJO EN EQUIPO COMO CLAVE DEL ÉXITO

INTRODUCCIÓN

El estudio OHSCAR (out-of-hospital Spanish Cardiac Arrest Regist) 2022(1) , analizando 18 Servicios de Emergencias Médicas (SEM) de España; se realizaron maniobras de reanimación cardiovascular (RCP) en unos 24,2 casos por 100.000 habitantes, con supervivencia, con buen estado neurológico al alta, del 9,8% (2). Asimismo, los resultados obtenidos son muy variables entre los diferentes SEM(3).

En base a estos datos, y al conjunto de factores que condicionan la seguridad del paciente, se aplican conceptos muy desarrollados en el sector aeronáutico (4), como el trabajo en equipo, el liderazgo y la distribución de funciones; y que son incorporados en las guías del European Resuscitation Council (ERC) 2021(5), remarcando la importancia de programas de formación en habilidades no técnicas (HNT).

PROPÓSITO

El propósito de este caso es evidenciar la importancia del abordaje del paciente en PCR, desde el trabajo en equipo y las HNT, con el fin de optimizar los resultados obtenidos en RCP.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Activación de unidad de soporte vital avanzado medicalizado (SVAm) y soporte vital básico (SVB) por precipitada a vía de tren desde andén de estación.

Llegada de policía, que acordonan una zona segura de trabajo para equipos santiarios. Llegada de bomberos, que en consenso con empresa de estructura ferroviaria, aseguran acceso seguro a vías de tren.

Acceso a la paciente de unidades de SVA y SVB, en las que previamente, el médico de SVA, asumiendo función de líder asistencial, ha distribuido funciones entre los diferentes intervinientes. Encuentran paciente en PCR, por lo que inician maniobras de RCP; confirmando el líder, que cada asistencial desarrolla las diferentes funciones asignadas, finalmente se obtiene recuperación de ritmo cardíaco. Se procede a monitorización y estabilización de la paciente, mientras se coordina evacuación con bomberos y policía.

Se contacta con central de coordinación para que indique, y preavise a hospital de destino, para asegurar tratamiento precoz de la paciente.

CONCLUSIONES

Este caso, evidencia la necesaria capacidad de los profesionales de emergencias extrahospitalarias, de trabajar en equipo desarrollando habilidades técnicas y no técnicas, con su equipo y con el resto de profesionales, que desarrollan su función en la vía pública.

177

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 89

PRIMER FIRMANTE
Jessica Gutiérrez
Hernández;

AUTORES
Virginia Vara Mañanas

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario
Río Ortega

Hospital Campo Grande

IMPORTANCIA DEL PRIMER INTERVINIENTE FORMACIÓN EN ESCUELAS

INTRODUCCIÓN

La preadolescencia es una etapa en la que se comienza a desarrollar la capacidad de abstracción y razonamiento. También mejoran las capacidades de memoria, y no sólo entienden con mayor profundidad, sino que recuerdan mucho mejor lo que aprenden. Es una época en la cual todavía no aparecen factores externos que dificultan este aprendizaje como ocurrirá más adelante en la adolescencia. Es por ello, que consideramos que esta es una buena etapa para comenzar con una formación básica en primeros auxilios.

OBJETIVOS

Aprovechar este periodo de la infancia para introducir conocimientos sobre primeros auxilios y en concreto, sobre la reanimación cardiopulmonar utilizando los puntos fuertes de estos niños como la curiosidad e incidiendo sobre los puntos débiles como son la facilidad de distracción mediante unas clases mayoritariamente prácticas y llenas de métodos interactivos como los juego, puesto que el aprendizaje mediante estas técnicas es mucho más eficaz y duradero.

METODOLOGÍA

Sesiones graduales en cuanto a dificultad y precisión sobre la valoración primaria y posterior reanimación en los casos que sea necesario.

Éstas se realizarán a niños de 6º de primaria, es decir, niños con 11-12 años. Y de forma posterior, en 3º-4º de la ESO, para ofrecer la posibilidad de consolidar y ampliar conocimientos como es el uso de DESA siempre en periodo extraescolar y de forma voluntaria para así escoger el grupo de alumnos realmente interesados.

RESULTADOS

Actualmente son muchos colegios los que llevan aprovechándose de esta iniciativa desde 2013, en concreto durante el curso escolar de 2017-2018 se formaron un total de 394 alumnos de ciclo superior de primaria y 424 de la ESO.

CONCLUSIONES

Consideramos que los primeros auxilios forman parte de una asignatura olvidada que debería impartirse en todos los colegios, puesto que sabemos que esto no es así y los cambios son largos y lentos, un grupo de enfermeros especialistas y motivados por el tema estamos intentando suplir esta carencia mediante estos cursos y estamos muy orgullosos de los resultados que vamos obteniendo ya que las valoraciones anónimas tanto por parte de alumnos, profesores y padres no dejan de mejorar.

179

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 90

PRIMER FIRMANTE
Álvaro Arribas Cerezo

AUTORES
Idoya Adanero Calvo;
Ana Ezquerro de Diego;
Nuria Sánchez Esteban;
María Hernández
Ledesma;
José Antonio Zuazo Moral;

CENTROS DE TRABAJO
Servicio de Emergencias
Sanitarias 061 La Rioja

Inspección Médica La
Rioja

MIDIENDO LA EXANGUINACIÓN... A OJO DE BUEN CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

La principal indicación de colocación de un torniquete es por hemorragia externa masiva que no puede controlarse con compresión directa; sin embargo, debemos tener en cuenta que también se debe valorar como primera medida en una hemorragia exanguinante evidente.

PROPÓSITO

Seguir el XABC, evitando distractores. Aplicar un tratamiento dirigido y efectivo, consiguiendo así adelantarnos a la progresión de la patología del paciente.

CASO CLÍNICO

Varón de 43 años sin antecedentes personales de interés. Tras una discusión por dinero y drogas, recibe, según nos comentan, puñaladas en mano y pecho.

Llegamos a los 4 min de recibir la activación. El paciente se encuentra atendido por un técnico de emergencias sanitarias de una ambulancia convencional que pasaba por el lugar y agentes de la Policía Nacional que se encuentran realizando compresión directa en la muñeca derecha del paciente.

Regular estado general. Palidez de piel y mucosas. Sudoroso. Glasgow 15. Taquipneico. Sin llegar a levantar la compresión directa de la muñeca, apreciando el volumen de sangre en la escena, teniendo en cuenta nuestra rá-

pida llegada y más todavía la de los primeros intervinientes; decidimos colocar torniquete en raíz de miembro derecho.

Realizamos únicamente una exposición de la herida, para cortar el reloj que porta y valorar la lesión. Herida profunda de unos 7 cm en cara anterolateral de muñeca derecha con exposición de estructuras. Colocamos gasas y vendaje para mantener compresión directa.

Valoramos el resto de lesiones. Heridas superficiales de 5 y 2 cm en zona superior de pectoral izquierdo e inmediatamente inferior a mamila izquierda. No sangrado activo. Realizamos lavado superficial con suero fisiológico sin retirar coágulos y colocamos gasas húmedas sobre ambas heridas. No otras lesiones tras revisión rápida de trauma. Estabilizamos y trasladamos a Urgencias manteniendo analgesia con fentanilo.

Tras atención y pruebas diagnósticas en Urgencias, Traumatología realiza bajo anestesia general anastomosis de arteria radial.

CONCLUSIONES

Aunque en nuestra práctica habitual no las utilizamos, tenemos que tener en mente todos los tratamientos y dispositivos, independientemente de lo agresivos que sean. Así conseguiremos abordar al paciente de manera óptima y adelantarnos a la progresión de la patología.

IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN RCP EN UN HOSPITAL COMARCAL DE DIFÍCIL COBERTURA

180
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 91

PRIMER FIRMANTE
Jesús Barrera Perdomo

AUTORES
Joana Noguera Mas

CENTROS DE TRABAJO
Hospital de Denia

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria es una situación de gravedad extrema y su abordaje no puede improvisarse. Por ello la formación en RCP (Reanimación Cardiopulmonar) ha demostrado ser eficaz. El Ministerio de Sanidad ha dispuesto estándares y recomendaciones para implementar equipos de RCP en las urgencias hospitalarias, sin embargo, algunos centros no cuentan con recursos físicos o humanos suficientes para llevarlas a cabo.

OBJETIVOS

Diseñar e implementar programas de formación en RCP en personal sanitario de una zona de difícil cobertura y con reciente cambio de gestión sanitaria de privada a pública. Acreditar los talleres formativos. Crear el comité permanente de RCP para dar continuidad a los programas.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo mediante el análisis del nivel de formación previo a los programas formativos y posteriormente con la implementación de intervenciones educativas utilizando role playing, simulación de alta fidelidad e instructores certificados en simulación clínica. Cumplimentar requisitos de acreditación para certificar los programas de formación.

RESULTADOS

Con la gestión privada no se había llevado a cabo ningún curso de RCP. Del personal sanitario el 76% de los auxiliares de enfermería, 63% de enfermería y 48% de médicos nunca habían hecho un curso de RCP o si lo hicieron fue hace más de 3 años. El 71% del personal sanitario de la urgencia participó en programas de formación en RCP dentro del estudio. 7 talleres están en proceso de acreditación. Se creó el comité permanente de RCP. Hay programados 40 talleres más para formar a 325 sanitarios del área de urgencias y de atención primaria de la comarca.

CONCLUSIONES

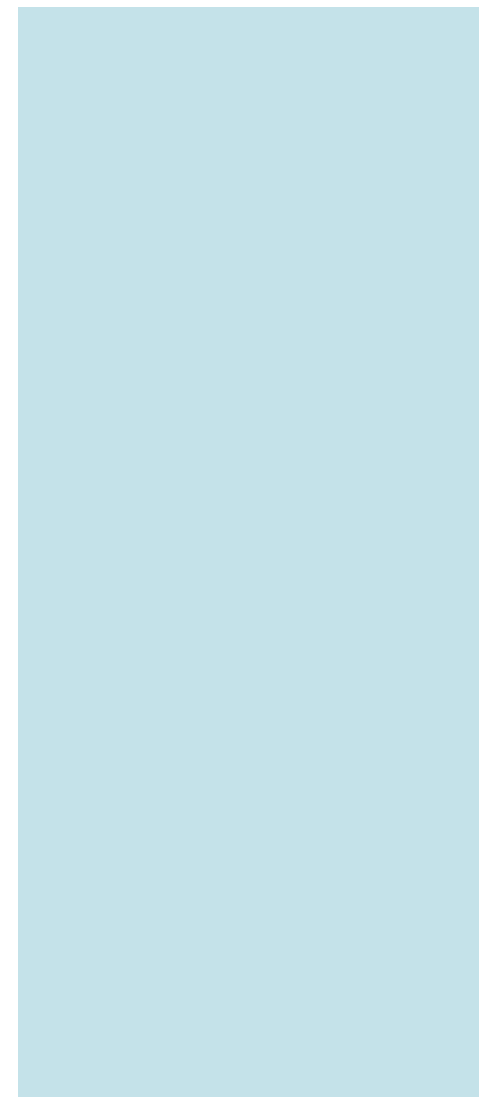
El cambio en el tipo de gestión sanitaria evidenció un vacío en los procesos de formación, mayormente en el área de RCP que se ha empezado a llenar con la creación de protocolos y talleres que han permitido formar a la mayoría del equipo de urgencias hospitalarias, a su vez, se asegura su continuidad al establecer un comité permanente de RCP. Aunque se han sometido a acreditación los cursos aún se está a la espera de la aceptación por parte de las entidades responsables lo que podría disminuir el interés de algunos participantes.

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 92

PRIMER FIRMANTE

PÓSTER RETIRADO DE LA EXPOSICIÓN



2

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 93

PRIMER FIRMANTE

Ángel López González

AUTORES

Joséba Rabanales-Sotos;
Jaime López Tendero;
Sonia Piñero Saez;
Carmen María Guerrero
Agenjo; Javier González
Monedero;

CENTROS DE TRABAJO

Servicio Salud de Castilla-
La ManchaFacultad Enfermería de
Albacete

SATURACIÓN DE OXÍGENO DEL BÍCEPS BRAQUIAL Y ERECTOR ESPINAL DURANTE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN ALTITUD EXTREMA

INTRODUCCIÓN

La calidad de la RCP no sólo está influenciada por la forma física del reanimador, factores ambientales del lugar en que esta se realice pueden influir en su calidad. Realizar y mantener una RCP de calidad a gran altura podría implicar un desafío físico importante para los reanimadores.

La saturación de oxígeno muscular (SmO_2) determina el porcentaje de oxígeno que capta el tejido muscular durante el metabolismo oxidativo para obtener energía, y puede estimarse mediante espectroscopia de infrarrojo cercano (NIRS), técnica para evaluar el rendimiento durante un esfuerzo físico.

Durante las compresiones torácicas (CT) los músculos bíceps braquial (BB) y erector de la columna (EC) juegan un papel importante en su ejecución.

OBJETIVOS

Determinar la SmO_2 de BB y EC durante 10 minutos de RCP en altitud simulada de 5.000 m y si la calidad de las CT realizadas se influyen por los valores de SmO_2 .

METODOLOGÍA

Estudio transversal en el que 14 participantes realizaron 10 minutos de CT sobre maniquí Laerdal-Resusci-Anne-SkillReporter® a 670 m y en hipoxia normobárica simulando

5000 m de altitud (Ialtitude (Madrid, Spain). A cada participante se le colocaron dos dispositivos NIRS (Humon Hex®) en su lado dominante, uno en la zona de mayor diámetro del BB, y otro en el punto medio del EC, obteniendo valores de SmO_2 . FC en reposo y tras la RCP fue medida con un sensor Polar-Team-H7.

RESULTADOS

En hombres ($n=6$), los valores en peso, talla e IMC fueron mayores. El porcentaje de CT correctas alcanzadas en ambas alturas fue de 82% (Q-CTE (%) = [%CTE con profundidad 5-6 cm) + %CTE con ritmo 100-120 compresiones/minuto) + %CTE con reexpansión completa del tórax]/3). FC fue mayor al finalizar la RCP.

A 670 m, FC inicial fue de 81,6 lpm y de 169,1 al finalizar la RCP. SmO_2 inicial fue de 56,85 (BB) y 72,79 (EC) y se incrementó hasta alcanzar a los 10 minutos de CT, 58,28 (BB) y 74,47 (EC)

A 5000 m, FC inicial fue de 92,7 lpm y de 167,4 al finalizar la RCP. SmO_2 inicial fue de 61,14 (BB) y 66,34 (EC) y de 60,75 (BB) y 65,12 (EC) a los 10 minutos de RCP

CONCLUSIONES

Los resultados de este trabajo pueden utilizarse para comprender la participación de cada grupo muscular y las consecuencias de su fatiga en la mecánica de ejecución de las CT durante una reanimación.

En grandes altitudes SmO_2 disminuye en los músculos que participan en la realización de CT.

3

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 94

PRIMER FIRMANTE

Ángel López González

AUTORES

Zoila esperanza Leiton Espinoza; Maritza Evangelina Villanueva Benites; Yrene Esperanza Yurbina Rojas; Joséba Rabanales-sotos; María del Pilar Gómez-Luján;

CENTROS DE TRABAJO

- Facultad Enfermería Universidad Nacional de Trujillo

-Departamento de Ciencias Clínicas.

- Facultad Enfermería Universidad Nacional de la Amazonía Peruana
- Facultas Enfermería Universidad Nacional de Tumbes

- Facultad Enfemería de Albacete

IDONEIDAD DE UN SIMULADOR DE BAJA FIDELIDAD/COSTE EN LA ENSEÑANZA DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA “HANDS-ONLY CPR” EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN

Los simuladores de bajo coste son esenciales para impartir formación práctica en reanimación cardiopulmonar (RCP) a futuros profesionales sanitarios en sus primeras fases de formación. Existe desconocimiento sobre la idoneidad y la calidad de la enseñanza con estos simuladores en las Facultades de Enfermería.

“SalvandoaRosita®” es un simulador económico para la formación práctica de “hands-only-CPR”. Compuesto por un corazón de material plástico, con dureza similar a otros simuladores de RCP. Utiliza un sistema de retroalimentación que se activa cuando se presiona correctamente. El corazón se coloca sobre una figura dibujada en un tapiz con el algoritmo de RCP impreso.

OBJETIVOS

Determinar la idoneidad del simulador “SalvandoaRosita®” en la adquisición de habilidades “hands-only-CPR” por estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. Perú.

METODOLOGÍA

Entre noviembre de 2024 se realizó un estudio cuantitativo cuasi-experimental con un solo grupo experimental que incluyó 89 estudiantes.

Fase 1: Se recogieron datos personales y antropométricos. Se evaluó la actitud de los

participantes hacia “hands-only-CPR”.

Fase 2: Recibieron una sesión teórica “hands-only-CPR”, seguida de práctica con el simulador “SalvandoaRosita®” (secuencia de cuatro pasos).

Etapa 3: Realizaron 2 minutos de “hands-only-CPR” en “SalvandoaRosita®”. Posteriormente indicaron su percepción del esfuerzo requerido (Borg), nivel de ansiedad (STAI), opinión de utilidad de “Salvando a Rosita®” y autopercepción de corrección de las compresiones torácicas (CT) realizadas. Finalmente se reevaluó la actitud hacia “hands-only-CPR”.

RESULTADOS: STAI-TA puntuó 17,30 y STAI-SA puntuó 37,00. Las mujeres mostraron mayor nivel de SA ($p=0,002$). El esfuerzo requerido fue descrito por las mujeres como elevado y por los hombres como ligero ($p<0,001$). El ritmo de compresión fue de 125,7, y CT con profundidad adecuada del 89,6%. Individuos con sobrepeso/obesidad realizaron más CT correctas ($p<0,01$). Las actitudes hacia alertar a los servicios de emergencia, mantener la calma ante un paro cardíaco, aplicar la secuencia de RCP y realizar CT mejoraron tras recibir formación. Mayoritariamente consideraron que “SalvandoaRosita®” es útil para aprender “hands-only-CPR” por estudiantes de los primeros ciclos de la Licenciatura de Enfermería.

CONCLUSIONES

El simulador “SalvandoaRosita®” es una herramienta adecuada para enseñar “hands-only-CPR” a estudiantes de primeros ciclos de Enfermería.

4

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 95

PRIMER FIRMANTE
Alba Ben GarcíaAUTORES
Ana Paz Aparicio

CENTROS DE TRABAJO

ESTUDIO COMPARATIVO DEL CONOCIMIENTO EN SOPORTE VITAL BÁSICO

INTRODUCCIÓN

El Soporte Vital Básico (SVB) engloba una serie de actuaciones dirigidas a algunas de las entidades más prevalentes en el mundo cuya atención temprana tiene gran impacto en su resolución. La obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño y la fibrilación ventricular son causa de muchas paradas cardiorrespiratorias en todo el mundo, motivo por el que se han diseñado algoritmos de tratamiento que puede aplicar cualquier ciudadano con intención de salvar una vida.

OBJETIVOS

1) Evaluar los conocimientos y conocer la autoevaluación y la percepción de conocimientos relacionados con la reanimación cardiopulmonar (RCP) en población general y en profesiones como enfermería, medicina, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y técnicos en emergencias sanitarias (T.E.S). 2) Evaluar la influencia de los factores sociodemográficos en la adquisición de habilidades en SVB. 3) Precisar si el hecho de tener un familiar con enfermedad cardíaca es un factor determinante en el interés por el SVB.

METODOLOGÍA

Estudio transversal tipo encuesta con una estrategia de muestreo no probabilístico de tipo bola de nieve. Complimentaron correctamente el cuestionario 612 personas mayores de edad. Se recogieron datos para abordar 3 aspectos del SVB: la influencia de los factores sociodemográficos en su formación, los conocimientos sobre este tema y el adiestramiento que se recibe sobre el mismo. Se comparó a la población general con aquellos que se dedican a las profesiones mencionadas anteriormente.

RESULTADOS

Se comprobó cómo, principalmente, el ocuparse a alguna de las profesiones mencionadas tiene una influencia positiva en los 3 puntos estudiados. Aproximadamente el 68% de los encuestados dicen saber cómo realizar RCP. Las entidades que más ofrecen formación en este dominio son los centros educativos.

CONCLUSIONES

- 1) La autopercepción sobre la formación en este ámbito es muy buena. Sin embargo, al evaluar los conocimientos reales con preguntas prácticas, alrededor del 80% de los encuestados falla al menos una respuesta.
- 2) El ser técnico en emergencias sanitarias es el factor sociodemográfico que establece una asociación más fuerte para la adquisición de habilidades en SVB.
- 3) Tener familiares con patología cardíaca no hace que la población tenga más interés ni formación en SVB.

8

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 96

PRIMER FIRMANTE
Asier Losada CarballoAUTORES
Iraide Herrero Cerdeira;
Ruth Salaberria Udabe;
Andima Larrea Redin;
Erik Alonso González;
Iraia Isasi Iñigero;CENTROS DE TRABAJO
EMERGENTZIAK
OSAKIDETZAUNIVERSIDAD DEL PAIS
VASCO

INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y BIOMARCADORES PARA DETECTAR PULSO EN PARADA CARDÍACA EXTRAHOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Durante una parada cardiorrespiratoria extra-hospitalaria (PCREH), los servicios de emergencia médica (SEM) se enfrentan a la necesidad de determinar rápidamente si ha habido retorno a circulación espontánea (ROSC, por sus siglas en inglés). La detección temprana del ROSC es fundamental para garantizar una atención post-resucitación oportuna. En este contexto, los biomarcadores prehospitalarios podrían ser de gran ayuda. Por tanto, el objetivo de este estudio fue evaluar la capacidad predictiva de varios biomarcadores prehospitalarios para la identificación del ROSC, utilizando el área bajo la curva (AUC, por sus siglas en inglés) de un clasificador Random Forest (RF).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se recopilaron datos de 106 pacientes con PCREH (59 con ROSC / 47 sin ROSC) atendidos por los SEM del País Vasco (España), utilizando un analizador epoc® (Siemens Healthcare GmbH) entre abril de 2024 y marzo de 2025. Los datos incluyeron variables demográficas (edad, sexo, ritmo inicial, tiempo

de respuesta del SEM) y 18 biomarcadores: pH, presión parcial de CO₂, presión parcial de O₂(pO₂), bicarbonato, exceso de bases (BE), saturación de oxígeno (cSO₂), sodio, potasio, calcio, cloro, CO₂ total, hematocrito, hemoglobina, glucosa, lactato, nitrógeno ureico en sangre, urea y creatinina.

Se utilizó una validación cruzada (CV) anidada cuasi-estratificada para: 1) seleccionar el mejor subconjunto de K características mediante selección progresiva de variables en un CV interno de 5 pliegues (maximizando el AUC), y 2) calcular el AUC en un CV externo de 5 pliegues utilizando un clasificador RF. Este procedimiento se repitió 15 veces para la estimación estadística del AUC.

RESULTADOS

El AUC medio mostró un incremento progresivo a medida que se añadían más características al clasificador RF, alcanzando su valor máximo con K = 7 (AUC medio ± desviación estándar: 0.80 ± 0.01). Las siete características más seleccionadas fueron: cSO₂, glucosa, pO₂, potasio, ritmo inicial, cloro y BE.

CONCLUSIONES

Los biomarcadores prehospitalarios muestran un valor predictivo prometedor para identificar el ROSC durante la PCREH. Se espera que el poder predictivo mejore con un conjunto de datos más amplio, ya que la optimización de los algoritmos de aprendizaje automático depende sustancialmente del tamaño de la muestra.

10

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 97

PRIMER FIRMANTE
José Garrido Molina

AUTORES
Verónica Victoria Márquez
Hernández; Alba García
Viola; Esteban Montoya
Giménez; José Miguel
Garrido Carricondo; María
del Carmen Rodríguez
García;

CENTROS DE TRABAJO
Universidad de Almería

Distrito Sanitario de
Almería, Almería, España

Tercio Don Juan de Austria
3º de la Legión. Almería.

Hospital HLA
Mediterráneo, Almería,
España.

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR A PARTIR DE LA INNOVACIÓN DOCENTE MEDIANTE EL APRENDIZAJE-SERVICIO

INTRODUCCIÓN

El conocimiento de los procedimientos de reanimación cardiopulmonar (RCP) por parte de los estudiantes de enfermería se considera una necesidad formativa que debe basarse en evidencia actualizada. Esta competencia se incluye en determinadas asignaturas de los diferentes planes de estudios universitarios existentes. Una formación eficaz en RCP requiere un uso óptimo de las estrategias educativas; una de estas estrategias educativas que ha demostrado su eficacia en el ámbito de la enfermería es el aprendizaje-servicio.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio fue desarrollar un proyecto de aprendizaje-servicio sobre reanimación cardiopulmonar llevado a cabo por estudiantes de enfermería y dirigido a colegios, asociaciones y colectivos vulnerables.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuasi-experimental. El tamaño de la muestra se obtuvo mediante muestreo por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: 1) estudian-

tes matriculados en la asignatura de Enfermería de Urgencias del Grado en Enfermería de la Universidad de Almería durante el curso académico 2024/2025. La intervención se dividió en las siguientes fases: 1) información sobre el proyecto, 2) selección de participantes, 3) planificación de actividades, 4) implementación de la intervención, 5) finalización de la actividad y retroalimentación, y 6) análisis y difusión de resultados.

RESULTADOS

Un total de 67 participantes llevaron a cabo la intervención en 22 centros diferentes, entre los que se encontraban centros educativos, centros deportivos, fuerzas de seguridad, asociaciones de colectivos vulnerables, asociaciones de vecinos, etc. Las acciones fueron tuteladas por cuatro profesores pertenecientes al proyecto de innovación docente. Los cuestionarios de satisfacción aplicados al finalizar las intervenciones mostraron una alta valoración tanto por parte de los estudiantes como de la población beneficiaria, destacando el impacto positivo en la confianza para actuar ante una parada cardiorrespiratoria

CONCLUSIONES

La implementación de un proyecto de aprendizaje-servicio en RCP puede contribuir significativamente tanto a la formación integral de los futuros profesionales de enfermería como a que la población beneficiaria de la intervención responda de manera eficaz ante una parada cardíaca. Una intervención oportuna puede ser decisiva para salvar una vida.

13

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 98

PRIMER FIRMANTE

Óscar Grela Beres

AUTORES

José Antonio Iglesias
Vázquez;

CENTROS DE TRABAJO

Fundación Pública
Urxencias Sanitarias de
Galicia - 061

PRONÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS DE LA PARADA CARDÍACA EXTRAHOSPITALARIA ASISTIDA POR HEMS EN GALICIA

INTRODUCCIÓN

La parada cardíaca extrahospitalaria (PCEH) es una de las principales causas de muerte súbita, siendo la tercera causa de muerte en Europa, con una incidencia mundial de 30 a 170 casos por 100.000 habitantes al año. En España, la incidencia es de 24,2 casos por 100.000 habitantes, con una tasa de supervivencia con buen pronóstico neurológico del 9,8 %. En la variabilidad de la incidencia y el pronóstico de la PCEH influye la respuesta de los distintos servicios de emergencias médicas (SEM).

Además de los recursos terrestres, los helicópteros de emergencias médicas (HEMS) son fundamentales para proporcionar atención sanitaria urgente en zonas remotas, mejorar los tiempos de respuesta y facilitar el traslado a centros especializados. Galicia cuenta con dos HEMS que operan en horario diurno a lo largo de 29.575 km², con una tripulación formada por dos pilotos, personal médico y de enfermería. Los HEMS complementan los recursos terrestres del SEM, que cuenta con 107 ambulancias de soporte vital básico y 17 de soporte vital avanzado.

OBJETIVOS

Este estudio analiza el pronóstico y las características de la atención prehospitalaria a la PCEH por helicópteros medicalizados en Galicia, evaluando el estado actual y los factores pronósticos.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo de PCEH

asistida por HEMS realizado en Galicia entre enero de 2022 y abril de 2024. Las variables resultado fueron recuperación de circulación espontánea al ingreso y supervivencia al alta. Se analizaron variables explicativas como factores sociodemográficos, clínicos, intervenciones realizadas, tiempos de respuesta y hospital de destino. Los datos fueron recogidos según el estilo Utstein.

RESULTADOS

Se incluyeron 141 paradas cardíacas extrahospitalarias asistidas por HEMS. El 24,12 % recupera circulación espontánea en algún momento, pero solo el 13,47 % (IC 95 % 7,76 - 19,18) llega con vida al hospital. Todos fueron trasladados a un centro útil. Un 4,96 % (IC 95 % 1,34 - 8,59) sobrevivió al alta y todos ellos sin secuelas neurológicas. Se hallaron diferencias en la tasa de RCE según sexo, con mayor tasa de RCE en mujeres. El tiempo de asistencia HEMS desde la llamada al SEM fue inferior a 20 minutos en el 17,7 % de los casos e inferior a 15 minutos en el 6,4 %. Menores tiempos de respuesta e inicio precoz de las maniobras de reanimación mejoraron los resultados, observando diferencias estadísticamente significativas en cuanto a: tiempo desde parada cardíaca a asistencia HEMS, activación del recurso, primer intento de reanimación y duración de maniobras de reanimación. El personal HEMS fue el primer equipo sanitario que asiste la PCEH en el 58,9 % de los casos, pero se reduce al 46,8 % si excluimos las presenciadas por este mismo.

CONCLUSIONES

El HEMS proporciona soporte vital avanzado in situ de manera precoz y garantiza el traslado a un centro útil, pero su eficacia depende en gran medida de los primeros intervinientes.

14

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 99

PRIMER FIRMANTE

José Antonio Subiela
García

AUTORES

Juan José Aguilón Leiva;
Juan Carlos López
Martínez; Jaime Danilo
Calle Barreto;
Antonio Manuel Torres
Pérez; María Isabel
Peñalver Soto;

CENTROS DE TRABAJO

- Universidad de Zaragoza
- Servicio Murciano de
Salud
- Hospital Universitario
Los Arcos del Mar Menor
- Hospital Comarcal de
Alcañiz. Servicio Aragonés
de Salud.
- Hospital Universitario
Los Arcos del Mar Menor**DISPOSITIVOS DE SUCCIÓN EN CASO DE ATRAGANTAMIENTO:
COMPARATIVA 2025 Y MAPA DE DESARROLLOS****INTRODUCCIÓN**

La obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño es una urgencia vital tiempo-dependiente. El manejo inicial incluye golpes interescapulares y compresiones abdominales o torácicas. En años recientes se han propuesto dispositivos de succión como recurso complementario en casos refractarios. Sin embargo, organismos como la FDA, el Resuscitation Council UK y el CERCP desaconsejan su uso rutinario por la evidencia limitada y el riesgo de retrasar intervenciones validadas.

OBJETIVOS

Comparar en 2025 los dispositivos de succión comercializados (LifeVac, Dechoker, LifeSev y Alividae) y revisar desarrollos aún no disponibles (Anti-Choking Device, Néo-Life, Willnice, Rescue y Save-a-Life), evaluando mecanismo de acción, tallas, autoaplicación, certificaciones, evidencia, riesgos y precios de referencia.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa de literatura y documentos de organismos internacionales (ILCOR, ERC, FDA y UKRC), complementada con búsqueda en páginas de fabricantes y distribuidores de España, la UE y Chile, así como en bases de patentes (USPTO y Google Patents). Se analizaron mecanismo, tallas,

autoaplicación, certificación declarada, evidencia, reportes de seguridad y precios de venta.

RESULTADOS

Los dispositivos disponibles muestran diferencias de precio, certificaciones y distribución: LifeVac (España/UE, kits 70-100 €), Dechoker (España, 112-135 €), Alividae (España, con marcado CE, sin precio visible) y LifeSev (Chile, aproximadamente 70 €, con repuestos).

La evidencia sigue siendo de baja certeza: estudios en maniqués y uno en cadáveres sugieren eficacia limitada, mientras que un estudio prospectivo independiente (2023) informó altas tasas de resolución tras fracaso de maniobras convencionales. Aun así, las guías internacionales mantienen la recomendación de no utilizarlos de forma rutinaria. Entre los desarrollos no comercializados destacan Anti-Choking Device (EE. UU., 2014), Rescue (EE. UU., 2016), Willnice (EE. UU., 2022), Néo-Life (Francia, 2024, sin patente pública) y Yarnasa (España, 2025, sin patente pública).

CONCLUSIONES

Estos dispositivos deberían considerarse solo tras el fracaso de las maniobras estándar, evitando retrasos, y siempre con formación, protocolos definidos y certificación verificable. En compras institucionales conviene priorizar trazabilidad, soporte formativo y recambios, excluyendo productos sin certificación. Se precisa investigación prospectiva, independiente y de mayor calidad para establecer su verdadero papel en la práctica clínica.

15
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 100

PRIMER FIRMANTE
Carlos Federico Lübbe
Vázquez

AUTORES
Jorge Reyes Díaz;
Martha Báez Gutiérrez;
Michelle Tout
Castellano; Leticia del
Mar Díaz Suárez;
Azahara González
Curbelo;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario
de Gran Canaria Doctor
Negrín

DETERMINANTES DE LA AUTOCOMPETENCIAS EN RCP: EXPERIENCIA PROFESIONAL, CATEGORÍA LABORAL Y NECESIDADES DE RECICLAJE

INTRODUCCIÓN

La autopercepción de competencias en reanimación cardiopulmonar (RCP) depende de múltiples factores. Analizar la influencia de la experiencia profesional, la categoría laboral y la percepción de necesidades de reciclaje permite identificar determinantes y orientar programas de formación más eficaces.

OBJETIVOS

Explorar la relación entre experiencia profesional, categoría laboral y percepción de reciclaje con la autopercepción de competencias en SVB y SVA, en el personal de un hospital de tercer nivel.

METODOLOGÍA

Estudio transversal basado en encuesta autocomplimentada (n=586). Se calcularon índices globales de competencias percibidas en SVB (14 ítems Likert, escala 1-6) y SVA (15 ítems Likert, escala 1-6), expresados como medias \pm DE. Para analizar determinantes, se compararon medias entre categorías profesionales, grupos de años de experiencia y frecuencia de reciclaje deseada. Se aplicaron pruebas de ANOVA para comparaciones múltiples y t-test de Welch para comparaciones binarias. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo, interpretándose como evidencia suficiente para

rechazar la hipótesis nula de igualdad entre grupos. Valores de $p \geq 0,05$ se consideraron no significativos (ns).

RESULTADOS

Las puntuaciones en SVB fueron significativamente mayores en médicos/enfermeras frente a TCAE/no sanitarios (ANOVA $F=10,17$; $p < 0,001$). En SVA las diferencias fueron aún más marcadas entre categorías ($F=37,46$; $p < 0,001$). Por experiencia profesional, se hallaron diferencias en SVB ($F=4,42$; $p=0,0016$), sin efecto en SVA ($F=0,28$; $p=0,89$). Respecto a la percepción de reciclaje, quienes recomendaron ≤ 1 año mostraron puntuaciones superiores en SVB ($t=3,23$; $p=0,001$), pero no en SVA ($t=0,82$; $p=0,42$). El interés en recibir formación en su propio centro alcanzó el 99,4%

CONCLUSIONES

La categoría profesional y la frecuencia de reciclaje percibida se asocian significativamente a la autopercepción de competencias en RCP, mientras que la antigüedad profesional no predice mejor nivel en SVA. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de programas de formación regular ≤ 2 años, con simulación avanzada adaptada a cada perfil profesional, para mantener y homogeneizar las competencias críticas.

16

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 101

PRIMER FIRMANTE
José Antonio Subiela
García

AUTORES
Juan Carlos López
Martínez; Juan José
Aguilón Leiva; Jaime
Danilo Calle Barreto;
Antonio Manuel Torres
Pérez; María Isabel
Peñalver Soto;

CENTROS DE TRABAJO
- Servicio Murciano de
Salud
- Universidad de Zaragoza
- Hospital Universitario
Los Arcos del Mar Menor
- Hospital Comarcal de
Alcañiz. Servicio Aragonés
de Salud.

TECNOLOGÍA MÓVIL Y EMERGENCIAS: PANORAMA ACTUAL DE LAS APLICACIONES 112 EN ESPAÑA

INTRODUCCIÓN

El 112 es el número único de emergencias en España y la Unión Europea. Además de la atención telefónica, varias comunidades han desarrollado aplicaciones móviles que permiten pedir ayuda de forma ágil y precisa, incorporando geolocalización automática, comunicación por chat y sistemas adaptados para personas con dificultades auditivas o del habla.

OBJETIVOS

Presentar el estado actual de las apps 112 en España, describiendo sus funcionalidades, distribución territorial y grado de accesibilidad. Asimismo, exponer los avances hacia la interoperabilidad europea mediante el estándar PEMEA (Pan-European Mobile Emergency App), que permitirá el uso de cualquier app homologada en toda la Unión Europea (UE).

METODOLOGÍA

Se revisaron fuentes oficiales, evaluaciones de accesibilidad y páginas de servicios de emergencia autonómicos, junto con literatura técnica sobre adaptaciones recientes y proyectos piloto vinculados a PEMEA.

RESULTADOS

Actualmente existen distintas aplicaciones 112 según la comunidad autónoma:

- My112: Implantada en Madrid, Castilla y León, Cataluña, Cantabria, Melilla, Ceuta, Navarra, La Rioja y Castilla-La Mancha. Ofrece llamada, ubicación automática y envío de fotos.
- 112 Andalucía: Geolocalización, envío de imágenes y atención multilingüe.
- 112 Región de Murcia: Llamada, "aviso sin voz", chat traducido, fotos, datos médicos; útil para discapacidad auditiva o del habla.
- SOS Deiak (Euskadi): Chat, geolocalización, envío de imágenes y alertas.
- 112 Canarias: Voz, chat, fotos y avisos de protección civil.
- 112 Accesible: Orientada a discapacidad sensorial; ubicación mediante pictogramas (Cataluña, Cantabria, Melilla, La Rioja, Castilla-La Mancha, Ceuta).
- GVA 112 Avisos: Recibe alertas en Valencia; para emergencias se recomienda la llamada. Comunidades como Galicia, Asturias, Aragón, Baleares, Extremadura y Comunidad Valenciana carecen de app propia e integración en My112. El avance hacia la interoperabilidad europea progresa, con experiencias piloto de conexión entre regiones y países.

CONCLUSIONES

Se recomienda a ciudadanía y profesionales sanitarios usar y configurar la app disponible en su comunidad, con GPS activo y priorizando la llamada de voz o chat según accesibilidad. El futuro despliegue de PEMEA permitirá apps interoperables en toda la UE, facilitando la asistencia en movilidad y viajes. España avanza en la adaptación de sistemas; la integración completa mejorará la respuesta, especialmente para colectivos vulnerables.

21

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 102

PRIMER FIRMANTE
Miriam Sabín Morales

CENTROS DE TRABAJO

FIBRILACION VENTRICULAR REFRACTARIA: FACTORES QUE PODRIAN ASOCIARSE A MAL PRONÓSTICO

INTRODUCCIÓN

La fibrilación ventricular refractaria (FVR) se define como fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso que persiste tras al menos tres intentos de desfibrilación estándar y periodos intermedios de reanimación cardiopulmonar (RCP). Su reconocimiento es fundamental, dado que representa un ritmo desfibrilable de mal pronóstico con gran impacto en la supervivencia extrahospitalaria.

OBJETIVO

Describir características clínicas y epidemiológicas de pacientes con FVR en extrahospitalaria comparándolas con otros ritmos desfibrilables no refractarios (FVNR).

Identificar factores asociados a peor pronóstico.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, analítico retrospectivo sobre una cohorte de paradas cardiacas extrahospitalarias en una gran ciudad durante el año 2024. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años cuyo ritmo inicial fue fibrilación ventricular. Variables independientes: edad, sexo, intervención por testigos y tiempos

de asistencia. Variables de resultado: retorno a la circulación espontánea (ROSC) y supervivencia al alta hospitalaria con buen pronóstico neurológico, (CPC 1-2). Estadística descriptiva habitual $p < 0,05$.

RESULTADOS

De los 120 pacientes incluidos, el 40,8% (49) presentó FVR. La edad media fue similar entre FVR y FVNR 62,2 años (DE11,4) vs 62,9 (DE14,4). Predominaron los varones 86,6% (104), sin diferencias significativas en la proporción de refractariedad según el sexo $p=0,77$ El tiempo medio de llegada de los servicios de emergencia fue ligeramente mayor en los pacientes con FVR (7,88 min vs 7,27 min) $p=0,36$. La ausencia de RCP por testigos fue más frecuente en FVR (14,3% vs 8,5%) $p=0,31$. Los antecedentes de cardiopatía isquémica mostraron asociación significativa con la FVR (18,4% vs 8,5%; $p=0,03$). El ROSC se obtuvo en el 34,4% (31) de los pacientes con FVR frente al 65,6% (59) en FVNR ($p=0,014$). La recuperación neurológica favorable fue del 27,6% (16) en FVR comparado con el 72,4% (42) en FVNR ($p=0,004$).

CONCLUSIONES

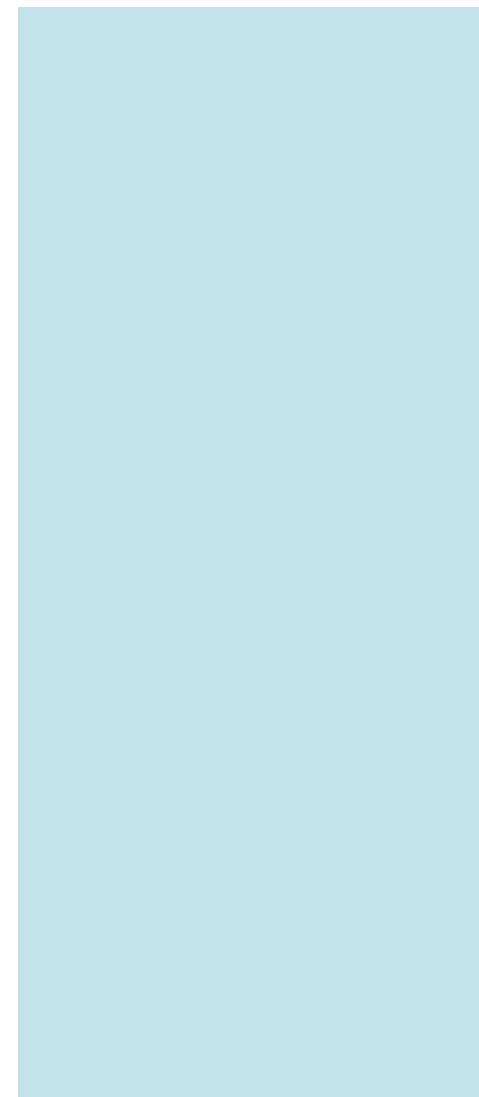
La FVR se presenta mayormente en varones de mediana edad y se asocia con ausencia de RCP por testigos, mayores tiempos de asistencia y antecedentes de cardiopatía isquémica. Estos factores contribuyen a su peor pronóstico en términos de supervivencia y recuperación neurológica. La identificación de estos elementos resulta clave para orientar estrategias preventivas y optimizar la atención en ritmos desfibrilables de mal pronóstico.

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 103

PRIMER FIRMANTE

PÓSTER RETIRADO DE LA EXPOSICIÓN



44

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 104

PRIMER FIRMANTE
Iris Canet ChaquésAUTORES
José María Vas Pérez;
Iris Canet Chaqués;
María Guinot Tena;CENTROS DE TRABAJO
SESCV

¡SOCORRO! ¡NO RESPIRA! ¡ES UN LLAMADO DE EMERGENCIA!

INTRODUCCIÓN

Actualmente se reconoce la importancia de iniciar precozmente la reanimación cardiopulmonar (RCP) para mejorar la supervivencia en la parada cardiorrespiratoria (PCR).

El registro OHSCAR, en su informe de 2022, incluyó un total de 13.430 casos de parada cardiorrespiratoria (PCR), de los cuales en 1.057 se llevó a cabo reanimación cardiopulmonar telefónica (RCP-t).

En la Comunidad Valenciana, tras la llamada inicial al 112 por sospecha de parada cardiorrespiratoria (PCR), el caso se deriva a la Central de Coordinación (CC), donde el personal sanitario confirma la situación y dirige la RCP-t. Este procedimiento refleja los dos primeros eslabones de la cadena de supervivencia, tal y como establece el algoritmo de atención a la PCR de la European Resuscitation Council (ERC).

OBJETIVO

Analizar el porcentaje de RCP-t registradas por la CC, con el fin de resaltar la relevancia del inicio precoz de las maniobras de RCP guiadas telefónicamente por personal sanitario en la mejora de la supervivencia del paciente.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo sobre la actividad del CC en relación con las PCR y la RCP-t, realizado entre abril de 2024 y septiembre de 2025.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se registraron un total de 2723 casos de PCR, de los cuales 390 fueron atendidos por el CC y recibieron guía en la RCP-t.

De estos, el 26,4% finalizaron con traslado hospitalario, mientras que el 73,6% fueron exitus

CONCLUSIONES

Los hallazgos muestran una baja proporción de RCP-t, posiblemente influida por sesgos de información y de clasificación, y la categorización de RCP-t se inició en abril de 2024.

Además, la ausencia de registro en algunos casos genera un sesgo de subregistro que podría infraestimar su frecuencia real.

Es necesario optimizar y estandarizar el registro de la RCP-t para obtener datos más fiables y comparables en la evaluación de la atención a la PCR.

46

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 105

PRIMER FIRMANTE
Iris Canet ChaquésAUTORES
Gabriele Kersulyte;
Josep Primo Paris;
Ana Micó Mañez;
José María Vas Pérez;CENTROS DE TRABAJO
SESCV

VALORACIÓN DE LA RCP TELEFÓNICA DESDE EL SERVICIO DE EMERGENCIAS SANITARIAS

INTRODUCCIÓN

la parada cardíaca extrahospitalaria (PCREH) representa un problema creciente de salud a nivel mundial. La intervención temprana por parte de testigos mejora significativamente la supervivencia, por lo que resulta crucial optimizar las indicaciones que ofrecen los Servicios de Emergencias Sanitarias (SES) por vía telefónica. Este estudio analiza las instrucciones dadas desde el Centro Coordinador durante una reanimación cardiopulmonar telefónica (RCP-T) dirigida a personas sin formación sanitaria en contextos de PCRE.

OBJETIVO

Analizar las indicaciones dadas desde el centro coordinador en una RCP telefónica a personal no sanitario en un contexto de PCRE.

METODOLOGÍA

Estudio cuasiexperimental de cohorte transversal, realizado en Sueca y Valencia entre septiembre de 2024 y abril de 2025. Participaron seis voluntarios sin conocimientos previos en RCP y seis profesionales sanitarios. Se evaluaron diversas variables relacionadas con las indicaciones dadas durante la RCP-T.

RESULTADOS

En general, se observó un buen cumplimiento de las indicaciones clave en la RCP-T. Sin embargo, se detectaron deficiencias en la indicación sobre el uso del desfibrilador externo automático (DEA) y en la instrucción de retirar la ropa de la víctima. Además, se evidenció una notable variabilidad en los tiempos de inicio de la maniobra.

CONCLUSIONES

Es fundamental agilizar el inicio de la RCP-T y reforzar tanto la formación como el manejo emocional de los profesionales del Centro Coordinador durante estas situaciones.

47

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 106

PRIMER FIRMANTE

María del rosario Muñoz
Condés

AUTORES

Miguel Rosa Zazo;
Óscar Córcoba
Fernández; Paula Usón
Sanabria; Lorena Belda
Martínez; David García-
Abadillo Arias;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EXTRAHOSPITALARIA SEGÚN EL TIPO DE REANIMADOR

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCEH) constituye una emergencia médica donde la reanimación inicial determina significativamente el pronóstico. La efectividad de diferentes tipos de reanimadores no debería ser una cuestión limitante en el pronóstico del paciente, es por ello crucial una evaluación sistemática de los procedimientos de los servicios extrahospitalarios y la formación impartida a la población general.

OBJETIVOS

Este estudio busca cuantificar el impacto relativo en la recuperación del pulso espontáneo (ROSC) y supervivencia neurológica en pacientes que han sufrido una parada cardíaca extrahospitalaria entre grupos de personal entrenado, no entrenado y guiado transtelefónicamente.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo incluyendo 500 casos de parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria atendidos por un servicio sanitario de emergencias, descartando menores de 18 años, pacientes traumáticos y fallecidos de evolución prolongada. Los casos se clasificaron en cinco grupos: sin reanimación cardiopulmonar (RCP), RCP por legos sin asistencia telefónica, RCP con asistencia

transtelefónica, sanitarios, y bomberos/policías. Se analizaron ROSC y supervivencia neurológica mediante análisis de chi-cuadrado y regresión logística.

RESULTADOS

La tasa global de ROSC fue 60.4% y supervivencia neurológicamente favorable 22.2%. La presencia de testigos mejoró el ROSC (63.7% vs 53.8%, $p=0.033$) y especialmente la supervivencia neurológica (26.9% vs 13.0%, $p<0.001$). Los sanitarios obtuvieron los mejores resultados (ROSC 68.8%, CPC I-II 38.7%), seguidos por legos (65.7% y 25.6%), superando a policía/bomberos (51.5% y 13.6%) y casos sin testigos ($p<0.019$ y $p<0.001$ respectivamente). La RCP transtelefónica no demostró beneficio adicional comparada con RCP estándar (60.2% vs 60.5% ROSC, $p=0.956$; 23.0% vs 22.0% CPC I-II, $p=0.814$). Los ritmos desfibrilables mostraron supervivencia neurológica del 45.0% versus 7.4% en no desfibrilables ($p<0.001$).

CONCLUSIONES

Cualquier forma de RCP inicial mejora los resultados comparados con no recibir reanimación, siendo los profesionales sanitarios los más efectivos. Esto evidencia la importancia de una formación a la ciudadanía y unos protocolos de asistencia telefónica definidos. El ritmo desfibrilable inicial constituye el mejor predictor de buen pronóstico, seguido del tipo de reanimador y características temporales del evento.

51

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 107

PRIMER FIRMANTE

María de la O Casamayor
Lerena

AUTORES

Laura Pérez Aguado;
Laura Cornelles Miquel;
Marta Matute García de
Vinuesa; María Belén
Silva Villegas; Ana María
Ezquerro García;

CENTROS DE TRABAJO

Centro de Salud de
AlberiteHospital Universitario San
Pedro

SATISFACIÓN PERCIBIDA POR LOS ALUMNOS TRAS UN CURSO DE SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB) Y DEA

INTRODUCCIÓN

Los cursos de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) mejoran conocimientos y habilidades, aumentan la seguridad y disminuyen la ansiedad al afrontar una PC, esto se refleja en la satisfacción no solo del curso sino de su propio aprendizaje.

OBJETIVOS

Principal. Conocer el grado de satisfacción del alumnado tras un curso de SVB y DEA
Específico: Evaluar la metodología del curso y al equipo docente.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo.

Periodo de estudio: Cursos de SVB y DEA impartidos por instructoras del Plan Nacional de RCP a una Área Básica de Salud. Mayo de 2025.

Diseño de los cursos: Teórico-práctico. Duración 8 horas presenciales.
Material de prácticas: Maniqués con feedback.

Recogida de datos: Se entregó al alumnado una encuesta anónima de satisfacción. La puntuación se estableció entre 0-5 puntos.

RESULTADOS

Se impartieron 3 cursos de SVB y DEA a 33 profesionales (86,84%).

Mujer 27 (81,8%). Edad media 42,9 años.
Profesión: Médico 14 (42,4%), Enfermera 19 (57,6%), Experiencia profesional 19,84±10,03 años. Formación en RCP 29 (90,6%).

Valoración del profesorado: dominio del tema y claridad de la explicación obtuvo 5 puntos.
Metodología: adquisición de conocimientos, habilidades nuevas y el cumplimiento de los objetivos consiguió 4,96.
Organización obtuvo 4,85 puntos

Aplicabilidad: Relación entre el contenido del curso y el lugar de trabajo. 4,96.

Las clases teóricas tuvieron una puntuación de 4,9 y las prácticas 4,98.

Talleres prácticos:
Maniobras de calidad 5
Abordaje vía aérea OVACE 5
Secuencia de SVB sin DEA/posición lateral de seguridad 5
Uso del DEA 4,96
Escenarios simulados con uso del DEA 4.96

CONCLUSIONES

Los alumnos valoran positivamente tanto los cursos de SVB y DEA como al profesorado. La capacitación del equipo docente como instructores del Plan Nacional de RCP garantiza unos estándares de calidad.

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

57

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 108

PRIMER FIRMANTE
Jorge Pérez MartínezAUTORES
Laura Bonet Collado;
Sergio Yago Ríos;CENTROS DE TRABAJO
SESCV

ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE LA RCP-T DESDE UN CENTRO DE COORDINACIÓN DE EMERGENCIAS SANITARIAS

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCR-EH) es una de las principales causas de mortalidad súbita en países desarrollados, con tasas de supervivencia aún bajas (5-10 %). La reanimación cardiopulmonar telefónica (RCP-T) permite guiar a testigos para reforzar la cadena de supervivencia, aumentando las probabilidades de recuperación con buen pronóstico neurológico. Su efectividad depende del protocolo aplicado, la formación del personal que la dirige y la calidad de la comunicación con el alertante.

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad del protocolo de RCP-T aplicado por el centro de coordinación de emergencias sanitarias en la atención a PCR-EH, mediante el análisis del reconocimiento precoz y el inicio de maniobras de RCP guiadas por parte de los testigos.

METODOLOGÍA

Estudio observacional analítico retrospectivo de grabaciones de llamadas gestionadas por el centro coordinador en casos de sospecha de PCR-EH. Se incluirán llamadas con registro completo de audio y ficha de incidente en pacientes adultos, excluyéndose aquellas con órdenes de no reanimación, ausencia de testigo o paradas traumáticas mayores. Las

variables por analizar incluyen: tiempo desde el inicio de la llamada hasta el reconocimiento de la PCR y la primera compresión torácica, inicio de instrucciones por parte del operador, aceptación de la RCP-T y grado de adherencia al protocolo. Para este último aspecto se construirá un índice específico basado en diez ítems clave del algoritmo. El análisis combinará estadística descriptiva, pruebas bivariantes y modelos de regresión para explorar asociaciones entre la adherencia y los desenlaces de proceso.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera cuantificar los tiempos de reconocimiento de la RCP y del inicio de compresiones, así como el grado de adherencia al protocolo RCP-T. Además, se prevé identificar los puntos DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades) del protocolo actual, reconociendo barreras de comunicación, factores facilitadores y aspectos susceptibles de mejora.

CONCLUSIONES

Los hallazgos previstos permitirán orientar la formación del personal, estandarizar protocolos y optimizar la respuesta inicial ante la PCR-EH. Se prevé que contribuya a incrementar la efectividad de la RCP-T y mejorar la calidad asistencial desde los centros de coordinación de emergencias sanitarias.

60

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 109

PRIMER FIRMANTE
Laura Bonet ColladoAUTORES
Jorge Pérez Martínez;
María Guinot Tena;CENTROS DE TRABAJO
SESCV

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR TELEFÓNICA (RCP-T): CADA SEGUNDO CUENTA

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria es la llamada que representa la mayor emergencia gestionada desde la sala por personal sanitario, especialmente cuando ocurre en el domicilio, la tasa de mortalidad aumenta debido a que no suele haber personal sanitario presente. Desde el Centro de Coordinación de Urgencias y Emergencias se realiza una intervención precoz mediante RCP-T. Este protocolo se ha consolidado como una estrategia eficaz para mejorar la supervivencia. La necesidad de formar a los profesionales en habilidades comunicativas, de liderazgo telefónico y manejo emocional, es de vital importancia para la activación de la cadena de supervivencia a través del alertante. El taller promueve el desarrollo de habilidades blandas esenciales para activar la cadena de supervivencia desde el primer contacto telefónico.

OBJETIVOS

Capacitar a profesionales sanitarios para identificar una parada cardiorrespiratoria por vía telefónica y guiar eficazmente a los testigos en la ejecución de maniobras de RCP.

METODOLOGÍA

La actividad se desarrolla en formato participativo, con simulaciones verbales de alta fidelidad, role-playing, análisis de casos reales y sesiones de debriefing. Empleando herramientas digitales y una estructura basada en sesiones prácticas con evaluación continua y reflexión guiada. Se emplean herramientas digitales interactivas, guiones estructurados y evaluación continua.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejora en la capacidad de detección precoz de paradas cardiorrespiratorias por vía telefónica. Estandarizar la entrevista incrementando la seguridad y eficacia de las instrucciones de RCP a testigos no sanitarios. Fortalecer las habilidades comunicativas y de liderazgo en contextos de alta presión. Mejora en la activación de la cadena de supervivencia en escenarios extrahospitalarios. Contribución a la mejora del pronóstico neurológico y la tasa de supervivencia de los pacientes.

CONCLUSIONES

La formación en RCP telefónica es una herramienta clave para mejorar la respuesta asistencial ante emergencias extrahospitalarias. Este taller proporciona a los profesionales sanitarios las competencias necesarias para intervenir de forma eficaz desde el primer contacto. Su implementación institucional refuerza la calidad asistencial y la seguridad del paciente en los servicios de emergencia.

61

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 110

PRIMER FIRMANTE
Ana Benito Justel

AUTORES

Cristina Horrillo;
Erik Urutxurtu Laureano;
Lorena Toro Maldonado;
Mikel García Corres;CENTROS DE TRABAJO
-Gerencia Emergencias
Castilla y León- UME Segovia
Emergencias Sanitarias
Castilla y León

- SUMMA 112

- Emergentziak
Osakidetza- Uene Boceguillas
Emergencias Castilla y
LeónPERCEPCIÓN A TRAVÉS DE LOS AÑOS DE LOS PARTICIPANTES EN
EL CAMPEONATO DE SVA DEL CONGRESO CERCP

INTRODUCCIÓN

La formación en los profesionales de los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) supone un reto continuo. Además de las clases teóricas y talleres, existen otras modalidades como los campeonatos de Soporte Vital Avanzado (SVA), cada vez más extendidos, en los Congresos nacionales e internacionales.

En este caso, se crean simulacros donde los participantes se encuentran en un campo de acción real que asemeja las actividades del futuro profesional. Tanto los participantes, como el público asistente se benefician de un feedback crítico de actitudes de mejora.

En el Congreso Nacional del Consejo Español de RCP (CERCP), durante sus cinco ediciones, se ha llevado a cabo el Campeonato de SVA en el contexto de las Patologías Tiempo Dependientes.

Este estudio pretende analizar los retos encontrados por los participantes de todas las ediciones, y su percepción de mejora a nivel formativo y práctica clínica habitual.

OBJETIVO

Analizar la experiencia de los participantes de las cinco ediciones del Concurso de SVA del Congreso Nacional del CERCP.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo a través de encuesta anónima dirigida a los participantes de las 5 ediciones del campeonato de SVA del Congreso CERCP. Se recogieron un total de 17 variables para evaluar la experiencia en el concurso. Las variables cuantitativas se puntuaron del 0-10, siendo 0 la peor puntuación y 10 la mejor. Para las variables cualitativas se dejó un campo libre. Al no tratarse datos de salud y ser anonimizada no se requirió comité ético.

RESULTADOS

La N fue de 29 participantes. La mayor participación fue de enfermería con 41,4%. Similar participación de hombres (56,8%) que de mujeres (43,2%). El análisis por rango de edad fue mayor en 41-50 años (48,3%), 55,2% de los encuestados compitieron en 2024, el 17,2% en 2023, el 17,2% en 2017 y el resto se reparten los distintos años. La experiencia global de participación en el campeonato obtuvo una puntuación > 8 en el 82,8% de los casos. A la pregunta "qué aprendieron durante su participación en el concurso" el 58,6% fijó conceptos que tenía previamente, un 17,2% aprendió manejo de situaciones estresantes y otro 17,2% contestó que no aprendió nada nuevo.

En el ítem "lo mejor de la experiencia": el 79,3% contestó conocer equipos de otras comunidades y compartir experiencias, el 13,8% afirmaron poner a prueba los conocimientos y la forma de trabajar. A la pregunta "¿este campeonato modificó en algo la forma de trabajar posterior?" el 71% de los encuestados puntuaron por debajo de 5.

Para el 86,2% este tipo de experiencia es nueva y nunca habían participado en concursos similares en otros congresos. El 93,1% de los casos sí que habían formado parte de simulacros o exhibiciones de incidentes de múltiples víctimas (IMV) en alguna ocasión y un 72,3% de los encuestados consideraron que están más preparados ante un IMV que otros compañeros que no participan en este tipo de iniciativas.

Finalmente, el 86,2% de los encuestados recomendaría implementar en su Gerencia de trabajo iniciativas similares al concurso de SVA en el que han participado.

CONCLUSIONES

Por los datos recogidos se puede afirmar que experiencias similares al Campeonato de Soporte Vital Avanzado resultan experiencias muy positivas para los profesionales de emergencias sanitarias extrahospitalarias que participan en ellas.

Se considera un foro propicio para poner a prueba los conocimientos propios, mejorar en el trabajo diario y compartir experiencias con profesionales de toda España.

63

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 111

PRIMER FIRMANTE
Juan Manuel Cánovas
Pallares;AUTORES
Francisco Montealegre
Menor; Ruben Montesinos
Miguel; Javier Amador
Morales; José Vicente
Ferriz Soriano;

CENTROS DE TRABAJO

MANEJO BÁSICO Y AVANZADO DE VIA AEREA EN PCR POR UNIDADES SVAE

INTRODUCCIÓN

En una parada cardiorespiratoria la vía aérea juega un papel muy importante para el éxito de la supervivencia de la víctima. Las últimas Guías sobre PCR (ERC 2021), inciden en el reconocimiento precoz de las respiraciones agónicas, y el manejo adecuado de la vía aérea. El profesional de enfermería en emergencias extrahospitalarias en SVA, en la mayoría de comunidades autónomas ha tenido que pasar por una formación reglada y necesaria para poder ejercer dentro del servicio sus funciones, es un perfil de profesional con alta formación y capacidades, fruto de la exigencia del puesto de trabajo, donde uno de sus objetivos va a ser administrar cuidados de enfermería de calidad a los pacientes en situación de urgencia y/o emergencia en cualquiera de los ámbitos geográficos donde la situación de la situación de pérdida de salud se produzca.

OBJETIVO

Analizar la intervención sobre la vía aérea en pacientes en Parada Cardiorrespiratoria donde las unidades SVAe son primeros intervinientes como recurso asistencial.

METODOLOGÍA

se empleó un diseño asociativo, de corte trasversal descriptivo- comparativo, desarrollado con una muestra recogida en mayo y junio de

2025 cuya población diana son los profesionales de enfermería que desarrollan su tarea asistencia en los Soportes Vitales Avanzados de enfermería en el Servicio de Emergencias Sanitarias de la Comunidad Valenciana, (SESCV) mediante el método de obtención de la muestra de conglomerado bietápico (con un nivel de confianza del 95% y un error del 3%).

RESULTADOS

Se obtuvo un tamaño de muestra de 137 profesionales de enfermería donde (n=69) un 50,4% son de sexo femenino, seguidamente existe un predominio con un 29,9% de franja de edad de estos de 36-45 años (n=41). Con ello, el 69,3%(n=95) fue primer interviniente en contexto de parada cardiorrespiratoria, de forma que la primera maniobra de manejo de vía aérea en el 44,5% (n=61) fue la ventilación y oxigenación del paciente mediante balón de resucitación manual y cánula orofaríngea, para continuar con un manejo avanzado de la vía aérea mediante dispositivo supraglótico 43,1% (n=60), siendo el dispositivo mas empleado I-Gel en un 59,6% (n=78). Finalmente, el citado proceso el 60,6 % de los profesionales (n=83) afirman haber conseguido una óptima relación entre la ventilación y oxigenación del paciente en parada cardiorrespiratoria.

CONCLUSIONES

El manejo de la vía aérea en contexto de parada cardiorespiratoria se convierte en un reto con la finalidad de conseguir una correcta permeabilidad y con ello aportar una correcta oxigenación y ventilación, apoyando a conseguir una recuperación espontánea de la circulación sanguínea.

67

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 112

PRIMER FIRMANTE

José Ignacio Pérez
Ferreiro

AUTORES

Aida Eguiluz Mendez;
Jon Saez Baceta;
Gabriela García Arjones;
Leticia Alonso Pinar;
Laia Serra Tomás;CENTROS DE TRABAJO
HOSPITAL DE
GALDAKAO-USANSOLO

NO SIEMPRE ES UN CODIGO ICTUS

INTRODUCCIÓN

Avisan a emergencias por sospecha de código ictus en mujer de 40 años. Mujer con episodio de cefalea y diplopía horizontal. En las últimas 24 h refiere varios episodios de cefalea que ceden parcialmente a la analgesia con AINEs. A la exploración presenta Glasgow 15 y diplopía bilateral horizontal y osmofobia. La cefalea y la diplopía mejora en decúbito. La paciente refiere que hace una semana "forzo" haciendo ejercicios de estiramiento de espalda y a las 48-72h empezaron las cefaleas.

Se le traslada al servicio de urgencias hospitalario. A la exploración neurológica MOEs sin paresia, diplopía compatible con RE izquierdo. Resto normal. Analítica normal. Rx de senos paranasales normal.

TAC craneal sin datos de patología intracraneal.

SOSPECHA DIAGNÓSTICA

INGRESA EN NEUROLOGÍA : Durante el estudio se le realizan diferentes pruebas :

RMN CRANEAL PAQUIMENINGITIS difusa supra e infratentorial, con prominencia del parénquima hipofisario y signos radiológicos de SAGGING CEREBRAL (disminución de la distancia mamilo pontina, disminución del ángulo mesencefaloprotuberancial y del ángulo interpeduncular) sugestivo del síndrome de hipotensión intracraneal (SHI). RMN COLUMNA COMPLETA: No se identifica aumento del espacio extradural que sugiera colecciones secundarias a fuga de LCR.

Se indica reposo, hidratación intravenosa, analgesia, cafeína y corticoides. En los primeros días

se agrava el trastorno ocolomotor, con parálisis completa de VI par craneal izquierdo y cefalea ortostática. Con el tratamiento pautado mejoría progresiva únicamente de la cefalea.

Comienza con ACUFENOS BILATERALES, TINNITUS EN OD Y CEFALEA QUE EMPEORA EN DECUBITO Y CON EL VALSALVA.

En la exploración neurológica aparición de NISTAGMO HORIZONTAL a la dextroversion.

Se repite RMN CRANEAL sin cambios respecto estudio previo.

Se repite RMN COLUMNA COMPLETA con hallazgo de nueva aparición de despegamiento de la dura posterior en el segmento dorsal, con líquido extradural a dicho nivel, extendiéndose craneocaudalmente unos 13 cm desde T2-T3 hasta T8-T9, grosor máximo de unos 1,5-2 mm. Ingurgitación del plexo venoso epidural en el segmento cervical. No identificándose fistula ni punto de fuga.

TRATAMIENTO

Se decide llevar a cabo INFILTRACIÓN EPIDURAL DE DOS PARCHES HEMÁTICOS separadas ambas técnicas por una semana. Horas después de este segundo procedimiento sufre un cuadro de dolor intenso cervicodorsal, parestesias en las 4 extremidades y retención de orina.

Se realizó TAC CERVICO DORSAL en el que se describió la presencia de BURBUJAS EN CANAL MEDULAR . En los días siguientes fue mejorando el dolor y la diplopía, tolerando la bipedestación, sin hallazgos deficitarios en la exploración.

CONCLUSIONES

El SHI es una patología causada por el descenso del cerebro debido a fuga de LCR a partir de lesiones durales . Caracterizado por CEFALEA ORTOSTÁTICA, que se exacerba con la tos, la compresión yugular y las maniobras de Valsalva. Se puede experimentar compromiso de pares craneales II, III, IV, VI y VIII y raíces nerviosas cervicales, todos de naturaleza ORTOSTÁTICA, y en casos severos puede asociarse a deterioro de la conciencia y muerte. Los síntomas más frecuentemente asociados son cefalea, diplopía, fotofobia, amaurosis fugas, nistagmo y rigidez cervical. El DIAGNÓSTICO es clínico. Ayudando la RMN cerebral y medular. La forma más rápida de confirmar un SHI es la medición de la presión del LCR realizando una punción lumbar, pero no se recomienda por el riesgo de deterioro neurológico ante el mayor déficit de líquido cefalorraquídeo. El manejo inicial es conservador, con descanso en decúbito (...)

68

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 113

PRIMER FIRMANTE

José Ignacio Pérez
Ferreiro

AUTORES

Ainhoa Portela Kareaga;
Itxasne Mendia Bilbao;
Maidier Huete Granado;
María Auxiliadora Ela
Santiago; Begoña Motriko
Gómez;CENTROS DE TRABAJO
HOSPITAL DE GALDAKAO-
USANSOLO

INTENTO AUTOLITICO POR PLAGUICIDAS

INTRODUCCIÓN

Avisan por mujer de 20 años que presenta disminución de nivel de conciencia, tras un episodio de unas 2 h de evolución de intensa agitación, vómitos y dolor abdominal. La paciente presenta antecedentes de intentos autolíticos. A la llegada del equipo de emergencias presenta sialorrea, dificultad respiratoria, miosis arreflexica, bradicardia y bronco-rrhea. Presenta un Glasgow de 5.

La familia sospecha ingesta voluntaria de insecticida que su padre esta usando en la huerta.

Se procede a maniobras de soporte vital avanzado e intubacion orotraqueal y se trasladada al Hospital con el diagnostico de intento de intoxicación autolítica por organofosforados.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Se procede a la Intubacio Orotraqueal e ingresa en la Unidad de Medicina Intensiva. En la intubacion de estos pacientes no se recomienda la relajación con succinilcolina, porque ésta produce fasciculaciones y contractura de los músculos maseteros al inicio, que dificultan la intubación. Estos efectos secundarios de la succinilcolina se incrementan por la unión no reversible del IOF con la acetilcolinesterasa.

Se le practico lavado gástrico con carbón activado seguido del uso de catárticos para buscar la eliminacion del toxico.

El tratamiento de los efectos muscarínicos del organofosforado en el organismo se basa en el uso de la atropina a dosis altas y en bolos(2-4 mgr iv cada 10 min o en perfusión continua de 0,8mgr/kg/24h). Intentando que la frecuencia cardiaca se mantenga por encima de 100 lpm, el diámetro pupilar mayor de 3 mm y la desaparición de la secreciones.

El tratamiento de los efectos nicotínicos se basa en el uso de pralidoxima. Se inicia después de la atropinizacion para evitar la aparición de bloqueos en la conducción cardiaca.

DOSIS DE ATROPINA: En bolos a dosis de 2 a 4 mgr IV cada 10 minutos seguido de perfusión continua de 0,8 mgr/kg/ 24h

DOSIS DE PRALIDOXIMA: 1 gr en 100 ml de suero a pasar en 30 min. Seguir con 500 mgr h hasta 48 h postexposicion. En niños la dosis será de 25 mgr/kg en dosis inicial y de 10 mgr/kg como dosis de mantenimiento.

CONCLUSIONES

Los organofosforados son sustancias orgánicas que derivan de la estructura química del fósforo. Es muy amplia la lista de utilidades de estas sustancias, desde las aplicadas en ámbito sanitario al industrial y al agrícola. La intoxicación aguda por organofosforados (IAO) en el ser humano, genera una situación clínica de emergencia, pudiendo desembocar en la muerte.

El mecanismo de acción de estos insecticidas, consiste en la inhibición de forma irreversible de las colinesterasas, (cuya función es degradar la acetilcolina), mediante la generación de una unión covalente entre el sitio activo de la colinesterasa. Los signos clínicos de una intoxicación por inhibidores de la AchE (I-AchE) son de tres categorías: muscarínicos (...)

69

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 114

PRIMER FIRMANTE
Leire Luis Molina

AUTORES

Susana Gómez González;
Ana Castresanaarteaga-
Gurtubay; Ainhize
Anuzita Lujua; Nagore
Calle Arrinda; José
Ignacio Pérez Ferreiro;CENTROS DE TRABAJO
CLINICA IMQ-
ZORROZAURRE

NO ERA UNA CRISIS DE ANSIEDAD

INTRODUCCIÓN

Mujer 40 años acude a emergencias por cuadro de características ansiosas (presión en la garganta, falta de aire, opresión en el pecho, llanto fácil, dificultad para evocar palabras). Se pauta tratamiento con lorazepam, observación domiciliaria y control por su MAP. (palabras). La paciente refiere sensación de inestabilidad, agitación y miedo ante estímulos externos, temblorosa con alteraciones de la percepción del entorno (la asusta todo). Ante la persistencia del cuadro acude a las 24h a urgencias.

Exploración neurológica, analítica y TAC craneal normal. Tras valoración por psiquiatría es dada de alta con diagnóstico de crisis ansiedad. Acude de nuevo a urgencias 6 días después por deterioro cognitivo progresivo. Olvidos frecuentes, lenguaje comprometido con bloqueos y dificultad para expresarse. Inestabilidad de la marcha y alucinaciones visuales. Intensa labilidad emocional con tendencia a la agresividad. Analítica anodina, exploración neurológica normal salvo respuesta exagerada ante estímulos (asustadiza ante palmadas). Marcha insegura y minimental 25/30. TAC craneal normal.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Ingresa en neurología para estudio. Rehistoriada en planta refiere cuadro larvado de meses de evolución de alucinaciones visuales bien formadas, en forma de visión de arañas,

fotos en movimiento (las personas de la foto se movían), de las que refiere hacer crítica y saber que no eran reales. Progresiva bradipsiquia, auto percibida, asociando problemas de memoria de trabajo y dificultades de concentración.

En planta evoluciona desfavorablemente en días, tendente al sueño, responde solo a estímulos dolorosos, inatención, mutista, no obedece ninguna orden ni emite ninguna palabra. Asustadiza, mioclonías en 4 extremidades. La principal sospecha es que se trata de un prionopatía vs encefalitis autoinmune

EEG: empeoramiento marcado del trazado de fondo, aumento de la desorganización y de la proporción de ondas theta-delta de mediana y baja amplitud con ocasionales ondas agudas intercaladas de forma difusa

PUNCIÓN LUMBAR: proteínas altas con un cociente de Ig LCR/Suero elevado, con IgG elevado LCR. Asimismo se objetiva LCR-RT QUIC (Creutzfeldt-Jakob) negativo, Péptidos Beta-Amiloide normal y proteínas TAU y TAU fosforilada por debajo de cifras normales LCR -Ac neuronales de membrana negativos. Antim b y onconeuronales negativos.

RMN: Hiperintensidad de la señal del espacio subaracnoideo preferentemente biparietal y bioccipital con afectación cortical difusa y T1 mal definida preferentemente bitemporal y cingular anterior, hallazgos que apoyan el diagnóstico de proceso autoinmune (meningitis - encefalitis).

CONCLUSIONES

El diagnóstico diferencial de esta paciente bascula entre prionopatía del tipo de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob versus encefalopatía autoinmune. Se inicia tratamiento con bolos de corticoides, con resolución completa y rápida del cuadro en una semana.

La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob es un trastorno cerebral poco frecuente que deriva en demencia. Los síntomas pueden ser parecidos a los de la enfermedad de Alzheimer, evolucionando mucho más rápido y lleva a la muerte. Aunque captó la atención pública en la década de 1990 cuando algunas personas contrajeron un tipo de esta enfermedad, después de comer carne de ganado afectado por la enfermedad, la mayoría de los casos no se relacionaron con la ingesta de carne. (...)

70
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 115

PRIMER FIRMANTE
Adrián González Ruiz

AUTORES
María Isabel Vázquez
García; Verónica García
Pacios; Jorge Pérez
Vázquez; Paula Usón
Sanabria;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

HOSPITAL CLÍNICO SAN
CARLOS

INDICADORES DE GRAVEDAD DE LAS PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL CALOR

INTRODUCCIÓN

El calor es causante de cuadros clínicos de diferente gravedad. Detectar precozmente los casos de golpe de calor graves agilizaría el manejo terapéutico reduciendo el fracaso multiorgánico(FMO).

OBJETIVOS

Conocer el perfil clínico del paciente con patología asociada al calor.

Valorar la existencia de datos sugerentes de FMO a nivel extrahospitalario.

Conocer predictores de gravedad en estos pacientes.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, retrospectivo, base de datos prospectiva con informes asistenciales de pacientes con patologías por calor atendidos por un servicio de emergencias entre 2021-2025.

Análisis descriptivo medidas centrales y de dispersión, análisis univariante con T-Student y chi cuadrado. Análisis multivariante con regresión logística binaria, curvas ROC (índice de Youden). Intervalos de confianza 95%; $p < 0,05$. Variables independientes: Edad, sexo, constantes vitales y parámetros analíticos iniciales, aislamiento de vía aérea, resolución de la actuación. Variable dependiente: evolución y supervivencia a 7 días en paciente graves(PG).

RESULTADOS

246 pacientes: 61,8% varones, edad media:

55,22(DE:22,61). 50 % son trasladados a Hospital. Un 9,3% como pacientes críticos. Aislamiento de vía aérea:5,7%. Exitus in situ:0,4%. Supervivencia 7 días de pacientes graves: 92,3%.

Fueron parámetros clínicos asociados con gravedad: temperatura: PG: 40°C versus(vs) paciente no grave(PNG) 37,82°C ($p < 0,001$), frecuencia cardíaca: PG=145,28 lpm vs PNG=92,69 lpm ($p < 0,001$), frecuencia respiratoria: PG=24,47 rpm vs PNG=17,40 rpm ($p < 0,001$), saturación oxígeno: PG=92,24% vs PNG=95,3% ($p < 0,001$), escala de Glasgow: PG=8.09 vs PNG=14.51 ($p < 0,001$), exceso de bases: PG= -4.73 vs PNG= -1.21 ($p = 0,011$), bicarbonato: PG=19,76 mEq/l vs PNG=22,4 mEq/l ($p = 0,024$), lactato: PG=7,24 mmol/l vs PNG=3,89 mmol/l ($p = 0,001$), potasio: PG=4,56 mEq/l vs PNG=3,98 mEq/l ($p = 0,001$), ion calcio: PG=1,12 mmol/l vs PNG=1,17 mmol/l ($p = 0,008$), glucemia: PG=182,86 mg/dl vs PNG=138,5 mg/dl ($p = 0,002$).

En el análisis multivariante, a través de regresión logística, se constituyen como variables independientes asociadas a gravedad: temperatura($p = 0,002$), lactato($p = 0,009$) y potasio($p = 0,017$). Curva ROC: AUC temperatura=0,793(punto corte=38,25°C); AUC lactato=0,799(punto corte=3,03mmol/l); AUC potasio=0,748(punto corte=4,25mEq/l). Curva ROC combinada: AUC=0,89.

CONCLUSIONES

El perfil de pacientes con patologías por calor suele ser varones de mediana edad con alteraciones metabólicas muy marcadas en los casos más graves, acompañadas de deterioro neurológico.

La hipertermia, la hiperlactacidemia y la hiperpotasemia, se configuran como predictores de gravedad, pudiendo constituirse en una herramienta de apoyo al pronóstico en el medio extrahospitalario

71

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 116

PRIMER FIRMANTE

Carlos Luis Villamor
Sánchez

AUTORES

Sara Isabel Montero
Hernández; Jesús
Rodríguez Barroso;
Iván David Ferrer
Navajas; Diego Acevedo
Sanromán;CENTROS DE TRABAJO
Ayuntamiento de Madrid
(SAMUR-PC)Universidad Francisco y
VitoriaFUNCIÓN PRONÓSTICA DE LA VALORACIÓN PRECOZ EN EL
SÍNDROME CORONARIO AGUDO PREHOSPITALARIO

INTRODUCCIÓN

La investigación en el Síndrome Coronario Agudo ha abordado un sinfín de tratamientos y pruebas diagnósticas, pero pocos son los estudios que han buscado un posible papel predictor de parámetros analíticos y constantes vitales.

OBJETIVOS

Posibilitar otra herramienta pronóstica del SCACEST a través de la búsqueda de valores predictores metabólicos y constantes (precozmente obtenidos), relacionándolos con la supervivencia.

METODOLOGÍA

Estudio observacional analítico retrospectivo a través de una base de datos prospectiva, con seguimiento de los pacientes hasta los 7 días de ingreso. Pacientes atendidos por SCACEST entre 30/6/2023 y 30/6/2025, sin límite etario.

Variables epidemiológicas: edad y sexo. Variables independientes: Constantes vitales: frecuencia cardiaca (FC), tensión arterial sistólica (TAS), diastólica (TAD) y glucemia) y metabolitos sanguíneos: lactato, exceso de bases (EB), PH y bicarbonato (HCO₃). Variable dependiente: Supervivencia hospitalaria. Otras variables valoradas: clínica inicial, tiempo de evolución y antecedentes.

Análisis descriptivo: medias y desviaciones estándar. Análisis inferencial: Correlación Spearman (r). Intervalo de confianza 99%.

RESULTADOS

409 pacientes. Edad media 62,8 años (DE+/-13,4). 339 son hombres (82,8%), Epidemiológicamente: Tiempo de evolución clínica fue menor de una hora en 288 casos (70,4%). Síntoma fundamental: dolor precordial en 267 pacientes (65,2%) e hipertensión arterial como antecedente principal 89 (21,76%). Valor medio inicial de metabolitos: lactato=3,85 milimoles/litro (DE+/-3,4), PH=7,36 (DE+/-0,13), EB = -0,91 miliequivalentes/litro (DE+/-4,78) y HCO₃ = 23,89 miliequivalentes/litro (DE+/-4,11).

Valor medio inicial de constantes: FC=73,08 latidos/minuto (DE-23,06), TAS=127,97 milímetros de mercurio (m (DE-30,60), TAD=78,39 milímetros de mercurio (DE-21,18) y glucemia=182,19 miligramos/decilitro (DE-88,29).

Correlación de Spearman: Supervivencia y metabolitos: lactato $r=-0,511$ ($p<0,001$), PH $r=0,528$ ($p<0,001$), EB $r=0,444$ ($p<0,001$) y HCO₃ $r=0,242$ ($p<0,001$).

Correlación de Spearman: Supervivencia y constantes: FC $r=0,278$ ($p<0,001$), TAS $r=0,323$ ($p<0,001$), TAD $r=0,312$ ($p<0,001$) y glucemia $r=-0,475$ ($p<0,001$).

CONCLUSIONES

En nuestro análisis, se destaca el valor de la r (que en este caso mide la fuerza de la asociación de los metabolitos precoces con la supervivencia) sobre todo para PH y lactato, que podrían ser predictores altamente sensibles de la evolución del SCA. De igual forma, se cumpliría dicha utilidad, para las constantes vitales iniciales, destacando glucemia y TAS, en ese orden.

75

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 117

PRIMER FIRMANTE

Judith Martín López

AUTORES

Jorge Barea Mañas;
Antonia Serra García;
Yasmina Martín López;
Vicente Cañellas Salvado;
Juan Carlos Galiana García;

CENTROS DE TRABAJO

SAMU 061 BALEARS

IMPACTO DEL MANDO ÚNICO EN LA COORDINACIÓN DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS EN BALEARES

INTRODUCCIÓN

La entrada en vigor del Decreto Ley 1/2024 ha supuesto un cambio estructural en la gestión de las urgencias y emergencias extrahospitalarias, al designar al SAMU como autoridad sanitaria única. Este marco normativo ha consolidado el mando único en la coordinación, buscando mejorar la eficiencia, la equidad y la sostenibilidad del sistema sanitario, especialmente en un territorio insular con alta presión asistencial estacional.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la implantación del Decreto Ley 1/2024 sobre los tiempos de respuesta en Emergencias y Transporte Urgente Diferido en Prioridad 0 (TUD), comparando los resultados antes y después de su aplicación, para determinar si ha generado mejoras en rapidez y homogeneidad de la atención.

METODOLOGÍA

Estudio comparativo de series temporales, analizando los registros operativos del sistema de coordinación sanitaria entre el 22/03/2023 y el 21/03/2025. Se diferenciaron dos periodos: pre- (2023-2024) y post-implantación (2024-2025) siendo $n=21729$ Emergencias previas y 23515 posteriores y $n=33357$ pre- y 34765 post decreto referido a TUD. Se evaluaron los tiempos

desde la alerta hasta la llegada del recurso en Emergencias y TUD, calculando medias, medianas y desviaciones estándar.

Se utilizó t de Student para comparar medias de tiempos en cada grupo, con IC 95% para las diferencias de medias y medianas.

RESULTADOS

Tras la aplicación del decreto, los tiempos de respuesta mostraron una reducción media de 1,2 minutos tras la reorganización, aunque sin alcanzar significación estadística ($p=0,22$). Sin embargo, destacó la drástica disminución de la dispersión (desviación estándar 84,5 \rightarrow 22,5 min) lo que refleja una mayor homogeneidad y previsibilidad de la asistencia.

En TUD se observó una disminución significativa de 1,6 min ($p=0,0065$).

CONCLUSIONES

El Decreto Ley 1/2024, al consolidar el mando único sanitario, ha optimizado la coordinación entre recursos públicos y privados, logrando una atención más rápida, ordenada y homogénea. Esta reorganización favorece la capacidad de respuesta en situaciones de alta demanda, como la temporada turística, y sienta un precedente en la legislación autonómica al garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario bajo un modelo de gestión centralizada y eficiente.

76

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 118

PRIMER FIRMANTE

María del Carme Caudet
Baiges

AUTORES

Ramón José Escurriola
Navarro;
Óscar García Seoane;
María José Darder
Navarro; María Cinta
Accensi Martínez;

CENTROS DE TRABAJO

Clínica Terres de l'Ebre

Instituto Dertosa

Instituto Público
Cristofol Despuig

COMO ACTUAREMOS ANTE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA: HABILIDADES ADQUIRIDAS

INTRODUCCIÓN

El 80% de las paradas cardiorrespiratorias (PCR) ocurren fuera del hospital, habitualmente frente a familiares o amigos, pero solo un 15% reciben reanimación cardiopulmonar (RCP). La actuación de la persona que visualiza la parada puede triplicar la supervivencia y, si la maniobra se realiza correctamente, multiplicar por 20 las posibilidades de vivir. Por ello, la formación en las escuelas resulta prioritaria, ya que son espacios idóneos para adquirir conocimientos y habilidades duraderas. El Consejo Catalán de Resucitación (CCR) y el Departamento de Educación impulsan desde 2005-2006 un programa de soporte vital básico (SVB), iniciado en Terres de l'Ebre y extendido al resto de Cataluña.

OBJETIVOS

- Evaluar conocimientos y habilidades adquiridos en SVB.
- Identificar institutos con formación completa.
- Comparar resultados según los años de formación.
- Detectar áreas de mejora en la enseñanza y difusión de resultados.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo y cuantitativo con 126 alumnos de 4º de ESO (14-17 años), entre 0 y 9 años de formación en RCP. Se contactó con los institutos y formadores de SVB, para organizar las sesiones. Los estudiantes completaron un cuestionario de 12 preguntas validado por el CCR y practicaron compresiones en un torso con retroalimentación. Se registraron edad, sexo, años de formación, resultados teóricos y calidad de compresiones. Posteriormente, los resultados se difundirán en los centros en el Día Mundial de la RCP.

RESULTADOS

El 74,59% de los alumnos tenía más de 4 años de formación. En la prueba teórica, un 34% obtuvo 7 o más aciertos. En la parte práctica, un 61,9% realizó compresiones efectivas (71-100%), un 16,7% moderadas (50-70%) y un 21,4% de baja calidad (0-49%). La mayoría demostró preparación adecuada para actuar ante una PCR.

CONCLUSIONES

Aunque no hemos podido observar diferencias significativas entre los conocimientos teóricos, la calidad de las compresiones y los años de formación, seguimos creyendo que la formación en las escuelas es muy importante, ya que es el mejor lugar para adquirir habilidades perdurables. La formación en SVB y DEA es clave para aumentar la supervivencia en PCR extrahospitalaria. La evaluación periódica permite mejorar el programa y consolidar una ciudadanía capaz de actuar con eficacia ante las PCR. También pudimos comprobar que las compresiones son de mejor calidad en el instituto que dispone de maniqués.

78

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 119

PRIMER FIRMANTE
Antonio Jimenez MartínAUTORES
Pedro Soguer;
José Soria García;
Joanna César Navarro;
Montse Urgell ;CENTROS DE TRABAJO
FALCK - SEM CATALUNYA

FORMACION EN SVB+DEA DENTRO DE UNA EMPRESA DE TRANSPORTE SANITARIO

INTRODUCCIÓN

La implementación de cursos de Soporte Vital Básico (SVB) y Desfibrilación Externa Automática (DEA) en una empresa dedicada al transporte sanitario nos lleva a reflexionar sobre un aspecto crucial: ¿Está todo el personal –incluyendo el profesional sanitario de primera línea, oficinas y talleres, central de coordinación– debidamente formado y actualizado en el uso de desfibriladores automáticos y en las técnicas de SVB?

Esta capacitación es fundamental para poder responder eficazmente ante situaciones de parada cardiorrespiratoria, tanto si afectan a los usuarios de nuestros servicios como a los propios trabajadores dentro de nuestras instalaciones o en sus actividades cotidianas.

OBJETIVOS

Este análisis se centra en dos objetivos fundamentales:

1. Verificar el cumplimiento de los estándares de certificación y recertificación en la formación de Soporte Vital Básico (SVB) y Desfibrilación Externa Automática (DEA). Esto incluye la conformidad con la normativa de la Dirección General de Profesiones Sanitarias (DGPRS), los requisitos internos de FALCK (en el marco del Sistema de Emergencias Médicas - SEM) y lo establecido por las diversas sociedades avaladoras.

2. Demostrar la necesidad e importancia de capacitar en SVB+DEA a los profesionales no asistenciales que forman parte de la estructura de la empresa.

METODOLOGÍA

Análisis retrospectivo y comparativo de los datos de formación inicial y de reciclaje en Soporte Vital Básico (SVB) y Desfibrilación Externa Automática (DEA), proporcionados por el departamento de Personas y Cultura, en relación con la posición laboral del personal.

RESULTADOS

80.64 % profesionales asistenciales realizando el reciclaje en plazo.

19.36 % profesionales asistenciales que al no recibir formación de reciclaje en plazo deben realizar formación inicial.

76 % profesionales no-asistenciales realizando el reciclaje en plazo.

24 % profesionales no-asistenciales que al no recibir formación de reciclaje en plazo deben realizar formación inicial.

CONCLUSIONES

Según los datos obtenidos, comprobamos que dentro de la empresa se promueve la certificación y recertificación del personal en la utilización de Desfibriladores Externos Automáticos y la aplicación de técnicas de SVB entre sus trabajadores tanto asistenciales como no asistenciales. Que todo el personal de nueva incorporación debe pasar por un curso de Soporte Vital Básico y Desfibrilador Externo Automático.

79

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 120

PRIMER FIRMANTE

José María Iglesias
Saborido

AUTORES

Sergio Yago Rios;
Daniel Valenzuela
Entrena;

CENTROS DE TRABAJO

Servicio Andaluz de
SaludServicio de emergencias
sanitarias de la
Comunidad ValencianaSistema d'Emergencias
Mèdiques

MODELOS ORGANIZATIVOS EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EXTRAHOSPITALARIA: DEL PROTOCOLO A LA PRÁCTICA

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es un evento crítico en el ámbito extrahospitalario. Aunque sociedades científicas como ERC e ILCOR ofrecen recomendaciones actualizadas sobre la calidad de la reanimación, apenas abordan la organización interna del equipo. Modelos como el Pit Crew han mostrado beneficios en otros países, pero en España se desconoce la existencia real de protocolos de roles predefinidos.

METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo y transversal mediante un cuestionario en línea dirigido a profesionales de los servicios de emergencias extrahospitalarias en España. La encuesta recoge datos sobre experiencia profesional, organización de la PCR, recursos disponibles, formación, barreras y facilitadores. La participación es anónima, voluntaria y precedida de consentimiento informado. El análisis consistirá en estadísticos descriptivos (frecuencias y porcentajes).

RESULTADOS ESPERADOS

Se anticipa que la mayoría de los servicios sigan las recomendaciones de ERC/ILCOR, pero que no dispongan de modelos organizativos uniformes. Es previsible que la distribución de roles durante la PCR se realice de forma improvisada en la mayoría de los casos, con protocolos escritos presentes solo en una minoría. Se espera además que el uso de líderes clínicos diferenciados, rotación sistemática de compresores y de briefings estructurados sea escaso. Respecto a recursos, los dispositivos de feedback en tiempo real estarán disponibles en algunos servicios, pero se prevé que su uso rutinario sea limitado. Como principales barreras se anticipan la falta de protocolos, la variabilidad en la dotación de equipos y la carencia de formación específica. Entre los facilitadores, se espera encontrar liderazgo clínico comprometido y formación periódica en soporte vital.

CONCLUSIONES

Este estudio permitirá describir por primera vez la organización de la RCP en emergencias extrahospitalarias en España, identificando necesidades y oportunidades para la implementación de modelos organizativos estructurados que puedan mejorar la coordinación del equipo y la calidad asistencial.

80

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 121

PRIMER FIRMANTE

María Isabel Raya García

AUTORES

Ana Nicolás Carrillo;
Antonia Sáez Jiménez;
José Ignacio Garrote
Moreno; Juan Antonio
Sinisterra Aquilino;

CENTROS DE TRABAJO

- Eliance Helicóptero
sanitario Teruel

- Servicio Canario de Salud

- 061 Murcia UME
Mazarrón

- SESCAM UVI Toledo

- SESCOV Samu Onteniente

ACTUACIÓN HEMS CON TERAPIA ELÉCTRICA EN VUELO: UN ABORDAJE SEGURO Y EFICAZ

INTRODUCCIÓN

Las emergencias cardiovasculares durante el transporte aeromédico representa un desafío asistencial y operativo. Tradicionalmente, la necesidad de interrumpir el vuelo para aplicar terapia eléctrica (desfibrilación y/o cardioversión) ha implicado el retraso de intervenciones críticas, viéndose comprometida la supervivencia del paciente. Además, el aterrizaje de emergencia en vuelo conlleva riesgos añadidos tanto para el paciente, como para los sanitarios, la misión y la seguridad aeronáutica. La disponibilidad de dispositivos seguros y protocolos específicos adecuados permite aplicar la terapia eléctrica sin necesidad de aterrizaje, manteniendo la excelencia en los cuidados sin incrementar los tiempos de respuesta.

OBJETIVOS

- Describir un protocolo que permita la aplicación eficaz de la terapia eléctrica durante el vuelo HEMS, garantizando la seguridad del paciente y la tripulación.

METODOLOGÍA

Se realiza el diseño de un protocolo consensuado entre personal sanitario y tripulación aérea, conforme a las últimas recomendaciones ILCOR/ERC/AHA con respecto al soporte vital avanzado. Incluye verificación previa del

colchón de vacío en camilla aeronáutica, del monitor-desfibrilador, colocación preventiva de electrodos y cardiocompresor en pacientes de alto riesgo, monitorización continua de ritmo y capnografía, acceso venoso seguro y disponibilidad de vía aérea avanzada. En caso de parada cardiorrespiratoria, el comandante realiza un vuelo en situación de emergencia médica tipo 3, mientras la tripulación sanitaria aplica reanimación cardio pulmonar con compresiones torácicas y descarga eléctrica bifásica, siguiendo el algoritmo de desfibrilación en vuelo. Se mantiene coordinación verbal de manera continuada con la tripulación de vuelo para minimizar riesgos eléctricos y operativos.

RESULTADOS

La aplicación del protocolo permitió estandarizar la actuación ante eventos críticos en vuelo, reducir los tiempos de respuesta y evitar interrupciones innecesarias de la misión. Además, se incrementó la seguridad de la tripulación y se aseguró la continuidad de la reanimación, mejorando la calidad de la RCP según estándares internacionales.

CONCLUSIONES

La terapia eléctrica en vuelo es viable y segura si se aplica siguiendo un protocolo previamente establecido. Esta actuación permite iniciar maniobras de reanimación sin necesidad de aterrizar, optimizando los tiempos asistenciales y mejorando potencialmente la supervivencia de los pacientes críticos en entornos HEMS.

82

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 122

PRIMER FIRMANTE

Antonia Urbano López;

AUTORES

María Isabel Vázquez
García; Victoria Cantó
Blázquez; Lorena Pérez
Martos; Jorge Pérez
Vázquez;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-Protección CivilEnfermería EUE San
Juan de Dios, Comillas

IMPACTO CLÍNICO Y OPERATIVO DE LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA PARADA CARDIACA POR UNA CENTRAL DE COMUNICACIONES

INTRODUCCIÓN

Un porcentaje significativo de paradas cardíacas extrahospitalarias (PCEH) no son identificadas en la llamada inicial, retrasando la activación de recursos e inicio de maniobras de resucitación (RCP).

Las Guías enfatizan en el entrenamiento de los operadores del centro coordinador (CC) en la identificación de respiración agónica con jadeos/bloqueos anormales o convulsiones como signo de paro cardíaco.

El análisis de estos casos puede aportar información valiosa para implementar mejoras en un Servicio de Emergencias Médicas (SEM).

OBJETIVO

Analizar la repercusión del reconocimiento del CC de una PCEH sobre los tiempos de respuesta y la evolución de los pacientes.

METODOLOGÍA

Estudio observacional analítico retrospectivo, base de datos prospectiva. Cohorte: 358 PCR médicas atendidas por un SEM urbano durante 2 años. Se diferenciaron dos grupos: PCR detectadas (gr. SI) y PCR no detectadas (gr. NO) en la llamada inicial por la CC. Variables resultado: tiempos de respuesta, presencia de testigos actuantes, recuperación de la circulación espontánea (ROSC) y pronóstico neurológico (CPC I-II). Análisis descriptivos

(medidas centrales y dispersión) e inferencial (χ^2 , t de Student), $p < 0,05$.

RESULTADOS

Edad media: 64,5 años; 79,9% hombres. PCEH no identificadas por CC 22,9%, codificadas como inconsciente (40%), patología cardiovascular (27,6%) o convulsiones (12,3%). ROSC alcanzado en el 65,1%; supervivencia con buen resultado neurológico (CPC I-II) en el 28,8%.

La identificación de la PCEH (gr. SI vs gr. NO) se asoció con una reducción significativa en el tiempo medio de llegada de la primera unidad (468,8 s vs 567,0 s; $p < 0,001$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ROSC (64,9% vs 65,9%; $p = 0,868$) ni en CPC I-II (30,4% vs 23,2%; $p = 0,127$), aunque se observó tendencia favorable de esta última.

La presencia de testigos actuantes se relacionó de forma significativa con mayor ROSC (68,7% vs 56,9%; $p = 0,022$) y mejor pronóstico neurológico (32,1% vs 22,3%; $p = 0,022$).

CONCLUSIONES

La no detección de PCEH por parte de CC supone un retraso en los tiempos de respuesta asistencial y pérdida de testigos potenciales, afectando a la supervivencia y pronóstico neurológico.

Siendo la inconsciencia la codificación errónea más frecuente, el CC se enfrenta al reto de establecer herramientas que mejoren la valoración guiada al demandante en la identificación de la PCEH.

84

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 123

PRIMER FIRMANTE

Pablo Antonio Blanco
Pinto

AUTORES

Mercedes Valer Murillo;
Javier Rodríguez González;
Raquel Torrubia
Fernández; Rocío
Santamaría Pérez;
Rubén Viana Guerra;

CENTROS DE TRABAJO

- Uvi de secundarios Soria
(Direxis Salud)

- UME Soria (Sacyl)

- UCI Hospital Santa
Bárbara de Soria(Sacyl)- UCI Hospital
Universitario de Burgos
(Sacyl)- Hemodinámica Hospital
Universitario de Burgos.

CÓDIGO INFARTO EN SORIA (CASTILLA Y LEÓN): LA BATALLA ENTRE TIEMPO Y FIBRINOLÍTICO

INTRODUCCIÓN

El infarto agudo de miocardio (IAM) es una patología tiempo dependiente que requiere de gran destreza para la toma de decisiones rápidas y efectivas respecto a la estrategia a seguir para reestablecer el flujo coronario. Atendiendo a las características geo-demográficas y sanitarias de la provincia de Soria el trabajo de coordinación entre las diferentes gerencias asistenciales implicadas se vuelve crucial para prestar una asistencia de calidad y disminuir el tiempo total de isquemia.

OBJETIVOS

Describir el perfil de paciente con diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) atendidos en primera instancia en el Área Sanitaria de Soria.

Identificar las estrategias de reperfusión empleadas y número de intervención coronaria percutánea de rescate.

Registrar los componentes del tiempo de isquemia, así como duración del traslado y servicio.

Determinar la incidencia de eventos adversos a los 30 días post-SCACEST, incluyendo hemorragias intracraneales y/o hemorragias no intracraneales mayores o menores, reinfarto, shock cardiogénico, insuficiencia cardiaca congestiva o mortalidad.

METODOLOGÍA

La propuesta del estudio requirió de la aprobación del comité de ética (CEIm 3251).

Muestra por conveniencia, todo paciente mayor de 18 años atendido en primera instancia en el Área sanitaria de Soria con diagnóstico final de SCACEST y que fueron trasladados al Hospital Universitario de Burgos desde el 1 de julio al 30 de diciembre de 2024.

Se diseñó un estudio descriptivo y retrospectivo. Para evitar duplicidad de datos los colaboradores rellenaron un registro que fue enviado pseudoanonimizado al investigador en formato Excel, de tal forma que salvaguardó el anonimato de los usuarios. Las variables cuantitativas continuas se analizaron mediante la moda, media, mediana, valor máximo y valor mínimo. Mientras que las cualitativas se describieron la frecuencia absoluta, relativa y los porcentajes.

RESULTADOS

Se registró un mayor número de hombres en la muestra, el pico de la incidencia fue en el intervalo de 60-69 años. La estrategia de reperfusión más empleada fue la ICP primaria. El tiempo de traslado y duración del aviso fue menor en aquellos pacientes trasladados por el helicóptero de emergencias médicas (HEMS). Pocos pacientes presentan complicaciones.

CONCLUSIONES

La incorporación de recursos asistenciales adicionales, como otra Unidad Médica de Emergencias (UME) y un servicio propio de HEMS para la provincia de Soria, optimizaría la atención sanitaria, facilitaría el acceso a zonas remotas y disminuiría los tiempos de respuesta, lo que se traduciría en una mejora de la calidad asistencial para pacientes críticos y dependientes del tiempo.

En caso de que Soria dispusiera de su propio HEMS y no dependiera del HEMS Burgos, sería interesante volver a analizar la situación para determinar los cambios en los tiempos de asistencia, complicaciones y calidad asistencial.

85

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 124

PRIMER FIRMANTE

Javier Araez García;

AUTORES

Lucía Marqués Bayarri;

Desamparados Soler

Saurat;

Andreea Irimia;

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Arnau de

Vilanova

C.S. PATERNA

CARACTERÍSTICAS DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS DE 2º NIVEL

INTRODUCCIÓN

La revisión de las paradas cardiorrespiratorias (PCR) en urgencias hospitalarias (SUH) permite analizar la actuación del equipo, identificar áreas de mejora y optimizar protocolos. Este proceso favorece una respuesta más rápida y coordinada, incrementando la calidad asistencial y las posibilidades de éxito en futuras intervenciones.

OBJETIVOS

Análisis de las características demográficas y de la actuación en caso de PCR en un SUH de un hospital urbano de segundo nivel.

METODOLOGÍA

Se analizaron los datos a partir del registro de PCR de nuestro SUH, en el intervalo junio 2024-junio 2025.

RESULTADOS

Durante el período mencionado, se atendieron 27 PCR, de las cuales 15(55%) fueron hombres. La edad media fue de 71 años. Los pacientes presentaban previamente hipertensión arterial en 55% de los casos, diabetes el 26.7%, cáncer activo un 18.5%. 14.8% presentaban una arritmia previa, siendo más prevalente la fibrilación auricular(15%), y un 11% habían sufrido un infarto. Un 3% tenían un DAI. El 37% llega al SUH en parada, en SAMU, excepto 1 paciente, que es traído por un familiar. En el 63% restante, entran en PCR tras una media de 1.5 horas de estancia en Urgencias. Entre las causas de la PCR, la más frecuente es la parada respiratoria(44%), seguida de patología cardiovascular(14.8% infarto, 7.4% arritmias, 3.7% shock cardiogénico con taponamiento y 7.4% ictus). En 7.4% es secundario a accidente de tráfico. En un caso la PCR es secundaria a una intoxicación medicamentosa voluntaria. Se intuban y precisan soporte farmacológico en 60% de los casos. Finalmente, un 67% es éxitus.

CONCLUSIONES

Según varios estudios, la tasa de supervivencia hospitalaria está frecuentemente por debajo del 20%. A pesar de que en nuestro caso se sitúa en un 33%, sigue siendo elevada la tasa de mortalidad tras PCR en urgencias. Ello sugiere que no es suficiente con conocer los protocolos de soporte vital avanzado. Consideramos esencial implementar simulaciones periódicas realistas, para entrenar al equipo, detectar fallos en la coordinación y mejorar los tiempos de respuesta. Solo así puede acercarse la práctica clínica a los estándares recomendados y aumentar la probabilidad de éxito en pacientes críticos.

86

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 125

PRIMER FIRMANTE
Javier Araez García;AUTORES
Desamparados Soler
Saurat;
Lucía Marqués Bayarri;
Andreea Irimia;CENTROS DE TRABAJO
Hospital Arnau de
Vilanova

C.S. PATERNA

¿TRATAMOS LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS DE FORMA DIFERENTE SEGÚN EDAD Y GÉNERO?

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de las urgencias hospitalarias (SUH), las paradas cardiorrespiratorias (PCR) representan un 1.2 por cada 1000 visitas, no obstante, su mortalidad aproximada ronda el 50%. La literatura sugiere que las actuaciones en paradas cardiorrespiratorias varían según el género y la edad: las mujeres suelen ser más ancianas, presentan menos ritmos desfibrilables y reciben con menor frecuencia intervenciones invasivas.

OBJETIVOS

Valorar las diferencias por edad y género en la actuación en caso de PCR en un SUH de un hospital urbano de segundo nivel.

METODOLOGÍA

Se analizaron los datos a partir del registro de PCR de nuestro SUH, en el intervalo junio 2024-junio 2025. Se realizó un análisis comparativo de características y manejo en mujeres vs. hombres y en ancianos (mayores de 75 años) respecto a pacientes menores de 75 años.

RESULTADOS

Se atendieron 27 PCR, de las cuales 12 fueron mujeres y 15 hombres. La edad media fue de 71 años (69 años en hombres vs. 74 años mujeres). Previamente, tenían hipertensión (50% mujeres vs. 60% hombres), diabetes (25% mujeres vs. 33% hombres), cáncer activo (8.3% mujeres vs. 26% hombres), infartos previos (8.3 mujeres vs. 13% hombres). Se intubaron en un 60% de los casos (sin diferencias por género), precisando desfibrilación 16% mujeres vs. 20% hombres. Fallecieron más mujeres (75% vs. 56% hombres). En cuanto al análisis por edad, los pacientes más jóvenes llegaron a SUH en PCR en un 33% de los casos, vs. 44.5% en mayores. Presentaban menos hipertensión (44% vs. 77%), aunque más diabetes (33% vs. 22%) y cáncer activo (22% vs. 11%). Las causas de PCR variaron, siendo más frecuentes infartos (11% vs. 3%) e intoxicaciones medicamentosas, frente a casos de ictus hemorrágicos y trauma grave en mayores de 75 años. Se intubaron con más frecuencia (67% vs. 44.5%), aunque precisaron menos desfibrilaciones (17% vs. 22%). Fallecieron menos (61% vs. 78%).

CONCLUSIONES

Ante los resultados descritos, consideramos que es justificable priorizar medidas invasivas en pacientes jóvenes, pero considerando siempre la calidad de vida. No debe existir discriminación por género en la actuación en SUH. Asimismo, edad y género deben incorporarse como variables clave en la actualización de protocolos y guías de reanimación cardiopulmonar en urgencias.

89

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 126

PRIMER FIRMANTE

María angeles Tur
Rodríguez

AUTORES

Javier Martínez Ariño;
Jesús Gajate Cano;
Pal Kovacs;
Rafael Madera Castro;
Susana Arce pi;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

VENTILACIÓN MANUAL: PRECISIÓN Y ERRORES EN PROFESIONALES DE EMERGENCIAS

INTRODUCCIÓN

En situaciones de emergencia, la ventilación con bolsa autoinflable constituye, en ocasiones, el único recurso disponible para garantizar una oxigenación adecuada. La efectividad de esta técnica depende del volumen tidal [VT] y de la frecuencia respiratoria [FR] administrados, parámetros que los profesionales no siempre controlan de forma precisa.

OBJETIVOS

Principal: Analizar el VT y la FR administrados mediante bolsa autoinflable por profesionales de emergencias.

Secundarios: Comparar los resultados obtenidos con las recomendaciones internacionales y entre diferentes categorías profesionales.

METODOLOGÍA

Estudio experimental con análisis estadístico inferencial. Se incluyeron profesionales de emergencias extrahospitalarias; técnicos en emergencias [TES], médicos y enfermeros. Cada participante realizó ventilación manual durante 2 minutos sobre un maniquí adulto estándar, utilizando una bolsa autoinflable conectada al dispositivo Eolife®. Durante la prueba se introdujeron elementos distractores. Se registraron la FR y el VT. Los valores de referencia internacionales fueron VT de 4-8 ml/kg de peso ideal (400-600 ml) y FR

de 10-12 respiraciones por minuto [rpm]. Se aplicaron pruebas de t de Student, Chi-cuadrado de Pearson y Levene, asumiendo normalidad en la muestra.

RESULTADOS

La muestra (n = 120) incluyó 88 hombres (73,3%, edad media [EM] 50,7 años; DE 7,3) y 32 mujeres (26,7%, EM 47,1 años DE 9,3).

- FR: media de 13,4 rpm; DE 4,1. No se observaron diferencias significativas entre categorías profesionales ($p = 0,25$). El 23,3% ventiló dentro del rango recomendado durante los 2 minutos, el 72,8% lo hizo por encima, y solo el 20% mantuvo ventilación óptima durante más del 50% del tiempo.

- VT: médicos/enfermeros: 571 ml; TES: 613 ml ($p = 0,063$).

- Comparación por categoría profesional: no se encontraron diferencias significativas ni en la FR correcta ($X^2 = 1,49$, $p = 0,22$) ni en el VT correcto ($X^2 = 2,00$, $p = 0,16$). El 46,4% de las ventilaciones correctas correspondió a médicos/enfermeros y el 53,6% a TES.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de los profesionales de emergencias no ventilan dentro de los parámetros recomendados, observándose una tendencia predominante a la hiperventilación.

2. No se hallaron diferencias significativas en la calidad de la ventilación manual según la categoría profesional.

90

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 127

PRIMER FIRMANTE

Judith Martín López

AUTORES

Jorge Barea Mañas;
Yasmina Martín López;
Juan Carlos Galiana García;
Baltasar Bisbal Mora;
Vicente Cañellas Salvado;

CENTROS DE TRABAJO

SAMU 061 BALEARS

MODELO PREDICTIVO Y VISUALIZACIÓN AVANZADA CON POWER BI DEL CÓDIGO ICTUS

INTRODUCCIÓN

Ante la sospecha de Código Ictus el tiempo de respuesta es crítico para mejorar el pronóstico. En este estudio, se ha desarrollado un modelo predictivo y un sistema de visualización avanzada mediante Power BI, utilizando datos reales de activaciones del Código Ictus.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Análisis retrospectivo observacional de los registros de activación del Código Ictus durante el año 2025. Se trata de un diseño de tipo descriptivo y analítico. N= 706 casos.

Se incluyen variables demográficas, geográficas, clínicas y operativas. Se han aplicado técnicas de estadística descriptiva para resumir la distribución de los casos, así como análisis exploratorios para identificar patrones temporales y espaciales.

Para el desarrollo del modelo predictivo, se ha utilizado un enfoque de aprendizaje supervisado, integrando variables relevantes en un algoritmo de regresión logística y series temporales. La previsión se realiza a 60 días vista, con un intervalo de confianza del 95%, permitiendo estimar la probabilidad de activación del Código Ictus en función de las características observadas.

RESULTADOS

El análisis temporal reveló una mayor incidencia de activaciones entre las 10:00 y las 13:00 horas, con picos a las 11:00 y 13:00. Se analizan las variables edad entre géneros realizando prueba T de Student ($t=2.1561$) con resultado significativo $p=0.0315$.

Los datos fueron integrados en un modelo predictivo que permite anticipar la probabilidad de activación del Código Ictus en función de los datos de entrada

CONCLUSIONES

El modelo será validado mediante un seguimiento prospectivo de las activaciones reales durante el periodo posterior a la implementación (último trimestre de 2025). Se compararán las predicciones con los datos observados para evaluar la precisión, sensibilidad y especificidad del modelo. Se utilizará para valorar el rendimiento real del modelo el error cuadrático medio (RMSE).

La previsión permite una planificación proactiva de recursos y una mejora en la coordinación interhospitalaria. La visualización en Power BI facilita la interpretación de los datos en tiempo real, permitiendo a los gestores sanitarios y equipos de emergencia tomar decisiones informadas, optimizar recursos y mejorar la atención en urgencias neurológicas.

91

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 128

PRIMER FIRMANTE
Olga Martino Pérez

AUTORES

David Mena Lafont;
Adrián Avram Ernszt;
Gemma Seguí Ferrero;
Patricia Marín Maicas;
Ángela Soler Sanchis;CENTROS DE TRABAJO
SESCV

CEE Los Silos Moncada

Universitat de València

SOPORTE VITAL INCLUSIVO

INTRODUCCIÓN

El grupo de trabajo de formación escolar de nuestro servicio de emergencias (SEM) detectó, en su experiencia en colegios ordinarios, una menor participación del alumnado con diversidad funcional, quedando a menudo al margen de las dinámicas y materiales utilizados. Asimismo, los centros de educación específica habían quedado sistemáticamente fuera de estos programas, por desconocimiento o prejuicio sobre la dificultad de lograr una comunicación eficaz. La bibliografía revisada mostró ausencia de metodologías específicas adaptadas a este perfil de alumnado.

OBJETIVOS

Adaptar el programa de formación en soporte vital básico (SVB) a alumnado con diversidad funcional. Favorecer la colaboración entre profesorado y formadores sanitarios para elaborar contenidos y diseñar programas inclusivos. Incorporar estas herramientas de manera sistemática a la programación habitual de nuestro SEM y difundirlas para el aprovechamiento de otros grupos de trabajo de formación escolar.

METODOLOGÍA

Se realizó una experiencia piloto en un CEE (Centro de Educación Específica). Tras un briefing inicial conjunto formadores-profesorado para conocer al alumnado, se adaptaron las dinámicas, materiales e iconografía habituales del SEM, validando los pictogramas seleccionados

y rediseñados con ARASAAC (Centro Aragonés para la Comunicación Aumentativa y Alternativa). Días previos a la sesión presencial el alumnado visualizó un clip musical original del SEM para anticipar la actividad, reducir el estrés del encuentro. La actividad se llevó a cabo en los espacios de aprendizaje común del alumnado acompañados por sus tutores consiguiendo interactuar con todos ellos, con una alta participación en la simulación y ejecución de maniobras de SVB. El feedback del alumnado fue recogido por el profesorado y el debriefing con el claustro confirmó la utilidad del material.

RESULTADOS

La experiencia permitió integrar de forma efectiva al alumnado con diversidad funcional en las dinámicas formativas y generó aprendizajes para los propios formadores sanitarios. El resultado principal es la decisión de incorporar estas adaptaciones a la metodología habitual del SEM. A futuro, se espera aumentar la participación y comprensión del alumnado, mejorar la interacción con el profesorado y evaluar el impacto también en alumnado neurotípico con barreras culturales o idiomáticas mediante escalas de valoración adaptadas (escalas tipo Likert con pictogramas para el alumnado), cuestionarios de satisfacción y observación para el profesorado y escalas de autoeficacia y confianza para los formadores sanitarios. Estas herramientas permitirán objetivar la mejora en participación.

CONCLUSIONES

La formación en soporte vital básico puede ser inclusiva con adaptaciones sencillas y colaborativas. La experiencia descrita abre la vía a universalizar materiales inclusivos en todos los programas escolares de formación en emergencias.

106

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 129

PRIMER FIRMANTE
Leire Loyola Sergio

AUTORES
Carmen Zárate Oñate;
Antxon Loyola Sergio;
Itsaso Sexmilo Ayarra;
María Paz Gil Pérez-
Nievas; Iker Valenzuela
Eseverri;

CENTROS DE TRABAJO
CS Sangüesa

SUE Tafalla

Hospital Universitario de
Navarra

ENSEÑANDO A SALVAR VIDAS

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) consiste en el cese brusco e inesperado de la circulación y respiración espontáneas. El conjunto de medidas destinadas a revertirla se denomina reanimación cardiopulmonar (RCP). El inicio temprano de estas maniobras aumenta las posibilidades de supervivencia y resulta fundamental que la población general conozca estas maniobras. En España sólo el 20% de la población ha recibido formación en soporte vital básico (SVB), por ello, hemos realizado una actividad de formación en RCP para la población rural en la que trabajamos.

OBJETIVOS

- Formar a la población general en RCP, uso de desfibrilador externo automático (DEA) y casos de obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño (OVACE).
- Ver si hay diferencias en los conocimientos previos y posteriores al curso.

METODOLOGÍA

Durante julio de 2025 se difundió mediante carteles la actividad formativa de 2 horas para personas entre 18-70 años. La inscripción se realizó mediante correo electrónico y presencialmente en el Ayuntamiento. Se inscribieron 86 personas a las que se les ofrecieron diferentes fechas (mañanas

y tardes) para hacer el curso en septiembre. Durante la formación se repartieron dos cuestionarios para evaluar conocimientos para cumplimentar antes y después del curso. La actividad consistió en una exposición teórica inicial y una simulación práctica posterior de 6 casos clínicos en grupos.

RESULTADOS

De los 86 inscritos realizaron la actividad 77 (75% mujeres, 25% hombres). El 59,7% no había recibido nunca antes formación en RCP. Antes del curso casi el 60% se sentía nada/poco preparado para realizar RCP; más del 85% nada/poco preparado para usar un DEA. Tras el curso el 49,4% se sentía muy preparado para hacer RCP; el 68,8% muy preparado para usar el DEA. Ante la pregunta de "qué hacer ante una PCR", antes del curso el 11% no sabía qué hacer/no contestó nada y tras el curso el 1% no dio una respuesta.

CONCLUSIONES

Realizar formación en SVB en esta población ha resultado en una mejoría significativa en la sensación de afrontamiento para realizar RCP y usar el DEA en una PCR. Por lo tanto, resultaría de interés promover estos cursos en nuevas poblaciones.

110

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 130

PRIMER FIRMANTE
Rosa María Jiménez
Gallego

AUTORES
Carmen María Benito
Romeral;
José Antonio Sarmiento
Torres; María Arévalo
de Pablos; María Jesús
Matías García;
Almudena Benito
Romeral;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

H. U. FUENLABRADA

H.U. TOLEDO

ADMINISTRACIÓN PRECOZ DE FIBRINÓGENO EN EL PACIENTE TRAUMÁTICO GRAVE: ESTUDIO DESCRIPTIVO

INTRODUCCIÓN

La hipofibrinogenemia al ingreso en el servicio de urgencias se ha identificado como un predictor independiente de transfusión masiva, morbilidad y mortalidad en pacientes con traumatismos mayores. Su administración precoz ha demostrado ser factible a nivel prehospitalario y fundamental para revertir inicialmente la coagulopatía, así como para disminuir la necesidad posterior de hemocomponentes.

OBJETIVOS

Describir el perfil epidemiológico de los pacientes traumáticos atendidos por un Servicio de Emergencias (SEM) subsidiarios de recibir terapia precoz con concentrado de Fibrinógeno.

METODOLOGÍA

Realizamos estudio descriptivo observacional y retrospectivo de corte transversal con recogida de datos desde su implantación a la actualidad (3 años)

RESULTADOS

El total inicial es de 167 pacientes (excluimos 3 pacientes por patología de origen digestivo) quedando un total de 164 pacientes de los cuales el 79.26% son hombres y el 20.73% mujeres. La edad media del total de la muestra es de 40 años (rango: 1-88 años). Dentro de las causas traumáticas existe la siguiente distribución (Precipitaciones y otros intentos autolíticos: 29.28%; Arma Blanca, fuego y otras agresiones 24.39%; Accidentes de moto, bici o patinete: 17.68%, Atropellos 12.8%; Accidente de tráfico (coche): 6.09%, Arrollamiento por Metro/tren: 4.26 %, Otras causas : 5.40%). El ISS medio fue de 38.25. El 23.78 % presentó un hallazgo positivo en la realización de Ecografía mediante protocolo FAST-e. Como datos analíticos encontramos EB medio de - 8.4 mEq/L y Lactato medio 7.9 mmol/L Precisan aislamiento de vía aérea en el 68.29% Destacar que hasta en el 29.87% de los casos sufre Parada Cardiorrespiratoria al inicio o durante la atención. La supervivencia medida a las 6 horas es de 75.60%, a las 24 horas 68.90% y a los 7 días de la asistencia llega hasta un 59.14 %.

CONCLUSIONES

Dada la alta tasa de mortalidad en los pacientes que sufren trauma grave y que presentan además alta sospecha de lesiones hemorrágicas potencialmente graves que asocian coagulopatía, consideramos que la identificación de un perfil de riesgo subsidiario de recibir terapia de reposición temprana de factores de la coagulación es un paso fundamental para la mejorara de la supervivencia a nivel extrahospitalario.

111

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 131

PRIMER FIRMANTE
Sara Fernández Delgado

AUTORES
Sandra Gómez Martín;
María Ángeles López
Martínez;
Angélica García Jiménez;

CENTROS DE TRABAJO
I.E.S. Javier García Téllez

TECNOLOGÍA Y DIDÁCTICA APLICADAS A LA ENSEÑANZA DE LA RCP

INTRODUCCIÓN

La formación práctica en Reanimación Cardiopulmonar (RCP) es un componente esencial en la enseñanza sanitaria. Para garantizar su eficacia, es clave implementar metodologías que aseguren una correcta ejecución en contextos reales. En este estudio se analiza el impacto del uso del maniquí Little Anne QCPR junto con su aplicación de retroalimentación visual en el proceso de aprendizaje de la técnica de RCP.

La app permite monitorizar parámetros críticos como frecuencia, velocidad, profundidad y liberación de las compresiones, así como la posición de las manos, proporcionando retroalimentación inmediata tanto al alumnado como al profesorado. Esta herramienta facilita una corrección más precisa y un aprendizaje más eficaz.

OBJETIVOS

- Evaluar el efecto de la visualización en tiempo real de la app sobre el rendimiento en RCP.
- Determinar si su uso acelera el aprendizaje práctico.
- Analizar si el peso del alumnado influye en la calidad de la técnica.

METODOLOGÍA

Se trabajó con dos grupos de estudiantes del mismo nivel formativo. Ambos recibieron la misma formación y usaron el maniquí con la app. Sin embargo, solo el Grupo 2 visualizó los datos en tiempo real a partir del segundo día. Se evaluó la calidad de la RCP durante siete sesiones prácticas, registrando parámetros clave y analizando estadísticamente los resultados.

RESULTADOS

Durante los primeros días, ambos grupos progresaron de forma similar. El Grupo 2 experimentó una leve ralentización el tercer día debido a la distracción inicial por la app, pero a partir del cuarto día mostró una mejora más rápida y constante. Al finalizar, más del 95 % del alumnado alcanzó un nivel óptimo, siendo el Grupo 2 más consistente. No se observaron diferencias significativas según el peso.

CONCLUSIONES

La visualización en tiempo real mejora la adquisición de habilidades en RCP y mantiene la calidad de la técnica a lo largo del tiempo. Aunque puede distraer al inicio, sus beneficios son claros a medio plazo. Se recomienda su implementación sistemática en formaciones sanitarias, ya que optimiza tanto el aprendizaje del alumnado como la intervención docente.

118
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 132

PRIMER FIRMANTE
Javier Martínez Ariño

AUTORES
Javier Ramos Tellez;
Santi Ortiz Fernández;
Lara Sánchez Gregorio;
Julio Blazquez Arellano;
María Ángeles Tur
Rodríguez;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

SUMMA

IMPACTO DEL TRÁFICO URBANO EN LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN EMERGENCIAS TIEMPO-DEPENDIENTES (PCR Y SCA) EN MADRID: ESTUDIO OBSERVACIONAL

INTRODUCCIÓN

El tráfico urbano de grandes ciudades puede influir de manera decisiva en los tiempos de respuesta de los servicios de emergencias extrahospitalarios ante patologías tiempo-dependientes, como la parada cardiorrespiratoria (PCR) o el síndrome coronario agudo (SCA). Este estudio analiza cómo el tráfico, el turno horario, el día de la semana y la localización geográfica afectan a los tiempos de llegada de los recursos de un servicio de emergencias de una gran urbe.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo, analítico sobre 213 activaciones de emergencia por PCR registradas en 2024. Se analizaron los tiempos desde la activación hasta la llegada del primer recurso en relación con variables independientes como turno, día de la semana, mes, distrito y origen de la activación. Se emplearon análisis descriptivos, pruebas t para muestras independientes y contrastes chi-cuadrado para variables categóricas. El análisis se realizó con SPSS v.29.

RESULTADOS

El tiempo medio de llegada fue de $439,1 \pm 204,7$ segundos (≈ 7 minutos y 19 segundos). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los tiempos de llegada y la recuperación de la PCR ($p = 0,322$), ni en función del origen de la activación ($p = 0,690$) o del turno del día ($p = 0,722$). Sin embargo, sí se observaron diferencias significativas según el día de la semana ($p = 0,042$), destacando martes y sábado como los días con mejores tiempos de respuesta. También hubo diferencias marcadas entre distritos ($p = 0,005$). No se encontraron diferencias por meses del año.

CONCLUSIONES

El análisis sugiere que el **factor geográfico y el día de la semana** tienen un impacto relevante en los tiempos de respuesta ante emergencias tiempo-dependientes en una gran ciudad, mientras que el turno horario y la fuente de activación no muestran influencia significativa. Los resultados apuntan a la necesidad de una **planificación operativa adaptada por distritos y franjas horarias, y de una gestión inteligente del tráfico urbano** en zonas críticas para optimizar la supervivencia en PCR y SCA.

119

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 133

PRIMER FIRMANTE
Paola Benlloch Verdeguer

AUTORES
María José Marín Fontana;
Enric Estevez Peñalver;

CENTROS DE TRABAJO
SESCV

¿UTILIZAMOS CORRECTAMENTE EL CARDIOCOMPRESOR LUCAS 3? LA IMPORTANCIA DE LA BANDA ASEGURADORA Y DEL MONTAJE COMPLETO.

INTRODUCCIÓN

El dispositivo LUCAS 3 es un sistema mecánico de compresiones torácicas diseñado para proporcionar reanimación cardiopulmonar (RCP) de alta calidad, reduciendo la variabilidad y las interrupciones durante maniobras críticas o traslados. Su correcta instalación y uso resultan esenciales para garantizar la eficacia y seguridad de las compresiones. Entre sus componentes, la banda aseguradora (stabilization strap) desempeña un papel fundamental al estabilizar el dispositivo detrás de la cabeza y los hombros del paciente, evitando desplazamientos y mejorando la alineación del pistón. Los manuales del fabricante enfatizan la importancia de un montaje completo para mantener la profundidad y frecuencia óptimas de las compresiones para cumplir con las guías de reanimación del European Resuscitation Council (ERC 2021).

OBJETIVOS

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el conocimiento y uso de la banda aseguradora del LUCAS 3 entre profesionales de emergencias, así como analizar su aplicación en relación con las recomendaciones del fabricante y las guías internacionales.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo basado en una revisión bibliográfica y una encuesta estructurada aplicada a 61 profesionales de los servicios de emergencias extrahospitalarias. Se analizaron frecuencias y porcentajes de cumplimiento, conocimiento y causas de omisión de la banda.

RESULTADOS

Los resultados mostraron que solo el 31,1 % de los encuestados utiliza habitualmente la banda aseguradora, mientras que el 68,9 % no la emplea. De estos, el 50 % desconoce su existencia, el 31 % la omite para economizar tiempo, el 14,3 % la olvida durante el montaje y el resto refiere otros motivos. Estos hallazgos evidencian una brecha importante entre las recomendaciones del fabricante y la práctica asistencial.

CONCLUSIONES

Se concluye que la colocación de la banda aseguradora debe ser obligatoria e inmediata al montaje del dispositivo, no únicamente durante el traslado. Un montaje completo y correcto del LUCAS 3 garantiza la estabilidad, la alineación del pistón y la calidad de las compresiones. Se recomienda incluir este paso en los protocolos institucionales y reforzar la formación continua y simulaciones clínicas para mejorar la seguridad y la eficacia de la reanimación.

122
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 134

PRIMER FIRMANTE
Carmen María Benito
Romeral

AUTORES
Rosa María Jiménez
Gallego; José Antonio
Sarmiento Torres;
Almudena Benito
Romeral; María Jesús
Matías García;
María Arévalo de Pablos;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR PC MADRID

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
FUENLABRADA

H.G.U. TOLEDO

CARACTERÍSTICAS Y MANEJO DE LOS PACIENTES CON SINDROME DE INHALACIÓN DE HUMO ATENDIDOS POR UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de inhalación por humos (SIH) constituye una poliintoxicación en la que se mezclan gases irritantes y asfixiantes. Entre los componentes más habituales del humo de los incendios, se encuentran el monóxido de carbono y los derivados del cianuro. La investigación publicada hasta la fecha ha tenido como uno de los objetivos, el descubrir qué factores de riesgo pueden ser lo más desfavorables para la evolución de los pacientes.

OBJETIVO

El objetivo de nuestro estudio es describir el perfil epidemiológico de los pacientes atendidos por un Servicio de Emergencias (SEM) tras sufrir un evento con posible inhalación de humos.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional y retrospectivo de corte transversal de los pacientes con SIH atendidos por un SEM durante 4 años.

RESULTADOS

1352 pacientes. El 57,13% fueron hombres. Edad media 44,49 años(rango:1-103 años). El 50,07% fueron atendidos por Soporte Vital Avanzado. Se realiza medición de cooximetría en un 56,73% encontrando un 25,68% por encima del 10 %. Se realiza analítica sanguínea en el lugar al 13,58% de los pacientes con Ph medio de 7,35 (rango:6,99-7,62) y medición de Lactato medio: 4.012 mmol/L (rango 0.3 - >20 mmol/L siendo esta última cifra el límite alto del analizador). Además encontramos un Lactato >7,5 mmol/L en el 12,56% pacientes que han recibido terapia con Hidroxocobalamina hasta en un 98 % de los casos. El 1,8 % del total requirió aislamiento de vía aérea en el punto de asistencia. De ellos el 64% precisaron además infusión de Hidroxocobalamina intravenosa por asociar cifras de altas de lactato. Aunque también encontramos un 36% de pacientes que precisan de dicho antídoto sin necesidad de manejo avanzado de la vía aérea.

CONCLUSIONES

Tanto la cooximetría de pulso como la posibilidad de realización de gasometría en el punto de asistencia obteniendo de forma rápida y fiable datos de lactato sérico, contribuyen de forma significativa a la mejora en la asistencia, en este caso, al tratamiento antídoto precoz (Oxígeno a alta concentración en la intoxicación por CO, e Hidroxocobalamina en la intoxicación por derivados del cianuro).

135

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 135

PRIMER FIRMANTE
Sonia Pérez Vidal

AUTORES
Jordi Rodríguez Estellés;
Belén Pomar Lorente;
Ana Serra Mestre;
Edgar Bondía Ruiz;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital Arnau de
Vilanova

NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN RCP DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es crucial para la supervivencia de las personas que sufren una parada cardiorrespiratoria, especialmente en contextos donde el personal de enfermería puede ser el primero en intervenir.

La formación continua en RCP es fundamental para asegurar una actuación rápida, eficaz y basada en la evidencia.

OBJETIVOS

Evaluar el nivel de conocimientos en RCP del personal de enfermería, con el fin de identificar posibles áreas de mejora formativa.

METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo y transversal, en el que participaron 102 profesionales de enfermería, pertenecientes tanto al ámbito hospitalario como a la atención primaria.

Como herramienta metodológica se utilizó el "Cuestionario sobre conocimientos y actitud de enfermería ante la parada cardiorrespiratoria", desarrollado en el marco del proyecto NURE Investigación.

A efectos del estudio, dicho cuestionario se adaptó al formato digital mediante un formulario online, evaluando los conocimientos teóricos y actitudes frente a la parada cardio-

respiratoria.

La recogida de datos se realizó durante un mes, incluyendo información sociodemográfica.

RESULTADOS

.- Un 63,7 % de los encuestados tenía más de diez años de experiencia profesional.

.- Un 65,7 % indicó que su última formación en RCP había sido hacía más de un año.

.- Un 77,5 % identificó correctamente la necesidad de comprobar la respuesta del paciente ante una situación de inconsciencia.

.- Un 82,4 % respondió adecuadamente sobre las maniobras de compresión torácica.

Sin embargo, se detectaron carencias en soporte vital avanzado:

.- Únicamente el 42,2 % respondió correctamente sobre la administración de adrenalina.

.- Apenas el 18,6 % conocía la necesidad de reanudar la RCP inmediatamente tras una desfibrilación.

CONCLUSIONES

El personal de enfermería mostró un buen dominio del Soporte Vital Básico, pero se detectaron déficits relevantes en Soporte Vital Avanzado.

Estos hallazgos evidencian la necesidad de reforzar y actualizar periódicamente la formación, especialmente en aspectos críticos de la RCP avanzada.

142
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 136

PRIMER FIRMANTE
Rubén Galiano Martínez

AUTORES
María del Mar Segarra;
Yaiza Llinares Masanet;
Isidro Javier Galiana
Martínez;
Ana Belén Riera Rufete;
Nancy Vicente Alcalde;

CENTROS DE TRABAJO
Hospital General
Universitario de Elda-
Virgen de la Salud

Universidad Cardenal
Herrera-CEU.
Universities CEU

REDUCCIÓN DE LA VARIABILIDAD EN LA RESPUESTA ANTE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA: DISEÑO DEL PROYECTO Y RESULTADOS

INTRODUCCIÓN

La evidencia científica demuestra que una actuación rápida y eficaz por parte de los profesionales sanitarios aumenta significativamente las tasas de supervivencia y reduce las secuelas neurológicas en los pacientes. En este contexto, la formación continua y actualizada en RCP se vuelve esencial, no solo para garantizar la competencia técnica, sino también para fomentar la confianza y la toma de decisiones efectivas en escenarios de emergencia. Este trabajo analiza la importancia de la formación en RCP en el ámbito sanitario, revisa los métodos de enseñanza más eficaces y plantea recomendaciones para optimizar los programas de capacitación en función de la evidencia disponible.

OBJETIVOS

Desarrollar un programa de formación en RCP básica a todos los profesionales (sanitario y no sanitarios) del DSE (Departamento de Salud de Elda). Reducir la variabilidad en la actuación ante una Parada Cardiorespiratoria.

METODOLOGÍA

En la fase inicial del estudio se llevó a cabo un análisis de la situación actual frente a una parada cardiorrespiratoria en DSE. Para ello, se realizó una auditoría de los carros de parada de todas las unidades del DSE, las variables evaluadas: material fungible, la farmacología, el material de soporte respiratorio y la fluidoterapia. Se impartió formación en reanimación cardiopulmonar básica + DESA a todos los profesionales del DSE (sanitarios y no sanitarios), utilizando la metodología de aprendizaje Peyton. Se conformaron grupos de respuesta rápida como primera línea de actuación y se estableció un único algoritmo de intervención. Se realizó un estudio descriptivo transversal.

RESULTADOS

En la fase inicial, el análisis de los carros de parada reveló una considerable variabilidad entre las unidades evaluadas, así como en los protocolos de actuación. Tras la formación recibida, en parada cardiorrespiratoria, el 90% de los participantes reportó una mejoría en la actuación y en la organización al momento de la llegada del equipo de respuesta rápida.

CONCLUSIONES

La unificación de los carros de paradas en todas las Unidades del DSE, la instauración de cartelería unificada con el algoritmo ante una PCR y la formación en RCP a todos los profesionales, ha demostrado mejorar la actuación en RCP básica y manejo del DESA.

LA GRAVEDAD DE LAS CAÍDAS FORTUITAS

146
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 137

PRIMER FIRMANTE
Javier Martín Ruiz

AUTORES
Natalia Vanesa González
Puebla; Alberto
Hernández Tejedor;
Beatriz Rodríguez
Esplandiú; M^o Isabel
Vázquez García;
Ervigio Corral Torres;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

INTRODUCCIÓN

No siempre los traumatismos graves son producidos por mecanismos de alta energía. Existe un importante número de lesiones graves desencadenadas por caídas desde la propia altura, sin más. La edad del paciente y sus antecedentes suelen determinar la lesionabilidad y el pronóstico. Por ello nos hemos propuesto analizar el fenómeno de las caídas casuales con grave repercusión fisiopatológica desde el punto de vista de un Servicio de Emergencias (SEM).

OBJETIVOS

Principal: determinar el perfil epidemiológico de las caídas que originan la necesidad de activación de un código trauma.
Secundario: investigar la presencia de indicadores precoces de gravedad y pronóstico, de cara a anticipar tratamientos y derivaciones ajustadas a sus necesidades.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo con pacientes atendidos por caída casual por un servicio de emergencias prehospitales que generaron la activación de un "código trauma".

VARIABLES epidemiológicas: edad, sexo, motivo de la llamada. VARIABLES independientes: constantes iniciales, valores analíticos, lesión

in situ, lesión radiológica y código de preaviso. Variable dependiente: variable binaria de dos grupos de edad ($<$ o \geq de 65 años). Análisis descriptivo mediante medidas centrales y de dispersión. Análisis inferencial. Variables categóricas mediante Chi cuadrado, variables continuas mediante t de Student. Intervalo de confianza 95%. SPSS V29.

RESULTADOS

104 pacientes que sufrieron una caída casual, atendidos por un SEM: 75 de ellos (72%) presentaron en la evolución hospitalaria criterios de riesgo vital y 29 (28%) no los presentaron.

Media de 57 años (DE: 23.1), 75 pacientes eran hombres (72%). No hubo diferencias significativas por edad o sexo respecto al riesgo vital (RV). Sí se apreció una diferencia significativa respecto de la edad en los valores de tensión arterial sistólica (138 mmHg $<$ 65 años vs. 151 mmHg \geq 65 años; $p=0.037$) y el potasio (3.76 mEq $<$ 65 años vs. 4.10 mEq \geq 65 años; $p=0.006$). Entre los 62 pacientes trasladados como potencialmente graves, 35 (56.5%) presentaron finalmente riesgo vital.

CONCLUSIONES

1. No se encontró que la edad o el sexo incrementen el riesgo vital.
2. Más de la mitad de los pacientes potencialmente graves sí presentaron riesgo vital, confirmando la utilidad del código trauma para priorizar asistencia y mejorar la transferencia hospitalaria.

149

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 138

PRIMER FIRMANTE

Angela Soler Sanchís

AUTORES

Víctor Cerrillo Luján;
Estela Muños Bergasa;

CENTROS DE TRABAJO

Universitat de Valencia

Hospital General de
Valencia

AVERICUM

¿SABEMOS REANIMAR? BRECHAS EN CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES SOBRE RCP EN LA CIUDADANÍA

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) sigue siendo una causa principal de muerte súbita. La intervención precoz mediante reanimación cardiopulmonar (RCP) mejora la supervivencia, pero gran parte de la población carece de los conocimientos y destrezas necesarias para actuar. La educación en RCP se presenta como una prioridad de salud pública y un ámbito estratégico para la enfermería comunitaria.

OBJETIVOS

Analizar los conocimientos y habilidades en RCP de la población general, identificar brechas formativas y explorar la relación entre formación recibida, nivel educativo y experiencia sanitaria.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, transversal y observacional. Se aplicó un cuestionario ad hoc difundido por redes sociales, con participación anónima de 208 adultos en España. Se analizaron variables sociodemográficas, tipo de formación, experiencia y conocimientos. Los datos se procesaron con SPSS 28.0 aplicando estadística descriptiva e inferencial ($p < 0,05$).

RESULTADOS

El 80,8% había recibido formación en RCP, principalmente presencial (79,8%), pero solo el 12% había practicado una RCP real. El 62,5% respondió correctamente al orden de actuación y el 94,7% al uso del DEA, aunque solo el 32,2% conocía la profundidad adecuada de compresiones. Los sanitarios obtuvieron mejores resultados ($p < 0,001$). El 97% cree que la formación debería ser obligatoria y el 82% se muestra altamente motivado para aprender.

CONCLUSIONES

Aunque la población presenta una actitud positiva, persisten déficits importantes en conocimientos y habilidades prácticas en RCP. Se recomienda incluir entrenamientos periódicos, simulación práctica y campañas comunitarias lideradas por enfermería para fortalecer la cadena de supervivencia.

PALABRAS CLAVE:

Reanimación Cardiopulmonar (RCP); Educación Sanitaria en Enfermería; Salud Pública; Desfibriladores Externos Automáticos (DEA)

151
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 139

PRIMER FIRMANTE

Juan José Giménez
Mediavilla

AUTORES

Paula Usón Sanabria;
Ignacio Pedrosa Domingo;
M^a Carmen Castillo Ruiz de
Apodaca; Daniel González
Rodríguez;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

REPERCUSIÓN METABÓLICA DE LOS FÁRMACOS ADMINISTRADOS EN EL SÍNDROME DE INHALACIÓN DE HUMOS

INTRODUCCIÓN

En el Síndrome de inhalación de humos (SIH) se producen una serie de desajustes metabólicos como consecuencia de la falta de oxigenación en las células. Añadimos lactacidemia originada por aumento de lactato y la presencia de monóxido de carbono bloquea la hemoglobina disponible. Además, la presencia de ácido cianhídrico en el humo (habitual en materiales sintéticos), bloquea la respiración celular a nivel mitocondrial. Esto lleva al paciente a una acidosis láctica.

Para corregir estos problemas utilizamos diversos fármacos. Nuestro trabajo se dirige a conocer la alteración en los parámetros analíticos de esos fármacos.

OBJETIVOS

Evaluar alteraciones analíticas que se producen tras la utilización de algunos fármacos en la asistencia de los pacientes con SIH.

METODOLOGÍA

Análisis retrospectivo de una base de pacientes con SIH asistidos por un Servicio de Emergencias (SEM). Valoramos las diferencias entre parámetros metabólicos (exceso de bases, bicarbonato, lactato, pH, glucemia, hemoglobina y PCO₂) tomados en la escena antes y después de la administración de fármacos. Los fármacos administrados y valora-

dos fueron: medicación para aislar vía aérea (hipnótico + relajante + analgésico), hidroxocobalamina y bicarbonato.

Análisis descriptivo con medidas centrales y de dispersión. Análisis inferencial con t de Student para valorar la diferencia de medias.

RESULTADOS

25 pacientes analizados con doble analítica en escena. 54,4 años (DE:18,9), 64% hombres.

Manejo avanzado de la vía aérea: diferencias significativas en pH sin medicación (SM) disminuye 0,034, vs con medicación (CM) aumenta 0,37 p=0,044. PCO₂ SM aumenta 1,53 y CM aumenta 11,58 p=0,008.

Bicarbonato: diferencias significativas en pH, glucemia y hemoglobina. pH (SM) aumenta 0,071, vs (CM) aumenta 0,37 p=0,024. Glucemia SM disminuye 9,95 y CM aumenta 18. P=0,30. Hemoglobina SM disminuye 0,68 y CM disminuye 3,65 p=0,024

Hidroxocobalamina: diferencias significativas en lactato (SM disminuye 1,11 CM disminuye 2,79 p=0,023) Hemoglobina (SM disminuye 0,57 y CM disminuye 3,02 p=0,016)

CONCLUSIONES

La mayoría de los efectos originados por la medicación son positivos: disminución de acidosis, aclaramiento del lactato, etc. Pero parece prudente tener como referencia la analítica sanguínea en la escena para chequear cualquier tratamiento en SIH.

153

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 140

PRIMER FIRMANTE

Diego Mora Jiménez

AUTORES

Santiago Ortíz
Fernández; Lorena
Belda Martínez; Rebeca
Cuadrado Godino;
José Manuel Pereira
González;
Elena Martín Ruiz;CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

TEMPERATURA CORPORAL COMO FACTOR PREDICTIVO DE SUPERVIVENCIA EN LA PCR EXTRAHOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCREH) se asocia a alta mortalidad y riesgo de secuelas neurológicas. Factores como la temperatura corporal inicial (Tra) y las alteraciones metabólicas por isquemia, podrían influir en el pronóstico neurológico de los supervivientes. Este estudio explora la relación entre la temperatura inicial, el pH, lactato, exceso de bases y glucemia con la recuperación neurológica tras la PCREH.

OBJETIVOS

Analizar la asociación de la Tra inicial y los parámetros metabólicos con el retorno espontáneo de la circulación (ROSC) y el pronóstico neurológico en pacientes asistidos por un servicio de emergencias (SEM) tras una PCREH.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo de una base de datos de paradas cardíacas prospectiva. Variables epidemiológicas: edad, sexo. Variables independientes: temperatura corporal inicial y los valores iniciales de pH, lactato, exceso de bases y glucemia. Variables dependientes: obtención de ROSC durante la reanimación y el buen estado neurológico al alta (escala CPC, supervivencia favorable=CPC I-II). Análisis descriptivo

mediante medidas centrales y de dispersión. La muestra sigue una distribución normal. Se aplica t de Student para análisis inferencial.

RESULTADOS

109 pacientes de PCREH atendidos por un SEM entre enero de 2023 y diciembre de 2024 que mostraban la Tra inicial en sus registros. Edad media: 62 años (DE:18.2); 77% varones. Se logró ROSC en 70,6% y supervivencia neurológica favorable (CPC I-II) en 28,4%. Tra media inicial de la muestra: 36° (DE-1.30). La Tra no mostró diferencias significativas entre pacientes con ROSC y sin ROSC, ni entre aquellos con pronóstico neurológico favorable y desfavorable. En cambio, respecto a los parámetros metabólicos, los pacientes con CPC I-II presentaron pH inicial más elevado (7,21vs7,06; $p<0,001$), lactato más bajo (7,6vs10 mmol/L; $p<0,01$) y exceso de bases menos negativo (-5,1vs-11,8; $p=0,012$) que los pacientes de pronóstico desfavorable.

CONCLUSIONES

La temperatura corporal inicial no se asoció con la probabilidad de ROSC ni con el pronóstico neurológico tras la PCREH. Por lo contrario, la mayor alteración metabólica inicial (pH más bajo, lactato más alto, exceso de bases más negativo) se relacionó con peor pronóstico neurológico. Los pacientes con menor acidosis presentaron mayor probabilidad de recuperación cerebral favorable. Los parámetros metabólicos iniciales podrían ser indicadores pronósticos útiles tras la resucitación de la PCREH, mientras que la temperatura inicial tendría un valor predictivo limitado.

158
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 141

PRIMER FIRMANTE
María José Mena González

AUTORES
Nazaret Romero Pizarro;
María Isabel Vazque
García; Dolores Sánchez
Blasco; María Arevalo
de Pablos; Raul Ortega
Marina;

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS COMPRESIONES TORÁCICAS EN MANIQUÍES DE SIMULACIÓN: ESTÁNDAR VS. OBESO

INTRODUCCIÓN

La reanimación cardiopulmonar (RCP) en pacientes con obesidad mórbida puede verse comprometida por mayor resistencia torácica y características anatómicas específicas, lo que podría afectar la calidad de las compresiones torácicas y aumentar el esfuerzo del reanimador.

OBJETIVOS

Determinar la frecuencia cardiaca máxima y parámetros de compresiones torácicas (profundidad y frecuencia) y las diferencias en esfuerzo percibido del reanimador entre maniquíes obesos mórbidos (OB) y estándar

METODOLOGÍA

Estudio cuasi-experimental de medidas repetidas con diseño secuencial. 83 participantes realizaron compresiones torácicas durante 2 minutos en maniquíes OB y estándar. Se midieron variables epidemiológicas (edad, sexo, categoría profesional), frecuencia cardiaca máxima del reanimador (FCMr), frecuencia y profundidad de compresiones, y esfuerzo percibido (escala de Borg). Se aplicó análisis descriptivo e inferencial (t de Student) con cálculo del tamaño del efecto (d de Cohen).

RESULTADOS

La participación se vio representada por 62,7% hombres, media de edad $41,13 \pm 12$, 68,7% técnicos de emergencia. El esfuerzo percibido fue significativamente mayor en el maniquí OB ($6,54 \pm 1,48$ vs. $2,14 \pm 0,95$; $p < 0,001$, $d = 1,24$), al igual que la FCMr $139,6 \pm 22,0$ vs. $128,6 \pm 22,2$; $p < 0,001$, $d = 0,50$). La profundidad de compresiones fue menor en el maniquí OB al primer minuto ($5,07 \pm 0,9$ vs. $6,35 \pm 0,8$ cm; $p < 0,001$, $d = 1,05$) y al segundo minuto ($4,94 \pm 1,0$ vs. $7,18 \pm 0,9$ cm; $p = 0,034$, $d = 0,78$). La frecuencia de compresiones a los 2 minutos fue inferior en el maniquí OB ($108,37 \pm 12,1$ vs. $112,12 \pm 11,8$; $p = 0,013$, $d = 0,35$). No hubo diferencias significativas en el número total de compresiones ($p = 0,11$).

CONCLUSIONES

La simulación en paciente OB revela mayor fatiga y menor eficacia en compresiones torácicas, subrayando la necesidad de entrenamientos especializados con herramientas adaptadas para optimizar resultados en patologías tiempo-dependientes.

PALABRAS CLAVE

Reanimación cardiopulmonar, obesidad mórbida, compresiones torácicas, entrenamiento simulado.

Panel: 142

PRIMER FIRMANTE
Javier Fernández
Topham

AUTORES
Alberto Hernández
Tejedor

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

APLICACIÓN DE MODELOS DE LENGUAJE BASADOS EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA MEJORA DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN ANTE CRISIS CONVULSIVAS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

INTRODUCCIÓN

El manejo eficaz de las crisis convulsivas en entornos de atención prehospitalaria y de emergencia requiere una toma de decisiones rápida, precisa y coordinada entre los distintos componentes del servicio de emergencias (SEM). No obstante, la heterogeneidad en el tipo y la etiología de las convulsiones dificulta en muchos casos la aplicación de un tratamiento óptimo y estandarizado.

En los últimos años, la inteligencia artificial (IA), a través de los Grandes Modelos de Lenguaje (LLM) como ChatGPT o MedGemma, ha mostrado potencial para apoyar procesos clínicos mediante consultas entre usuarios y modelos de IA. Sin embargo, el propio usuario puede carecer de conocimientos específicos en otros ámbitos o puede no estar actualizado con las últimas guías y recomendaciones, cosa que sí sucede con los modelos más recientes de LLM.

METODOLOGÍA

Se utilizó el modelo MedGemma, creado por Google, diseñado para procesar texto e imágenes médicas, para simular diálogos entre un médico de emergencias y un neurólogo, enfocados en los protocolos del SEM para el manejo de crisis convulsivas. Ambas figuras médicas fueron generadas por el propio modelo de IA, sin intervención directa del usua-

rio, quien solo revisó las interacciones posteriores.

Algunas de las pautas impuestas en las conversaciones fueron: Discusión sobre el diagnóstico y el tratamiento, se exigió un razonamiento preciso, gradual y médicamente justificado. El médico en emergencias debía defender la metodología propuesta inicialmente, mientras que el neurólogo debía proponer modificaciones precisas en los procedimientos presentados.

Se simularon 10 conversaciones modificando el parámetro interno "temperatura" (T), que influye en la creatividad y variabilidad de las respuestas. Se puntuaron de 0 a 10 los siguientes indicadores: precisión médica, utilidad práctica, comprensión, calidad asistencial y coste-beneficio.

RESULTADOS

Durante las simulaciones se discutieron aspectos clave como: la distinción entre crisis simples y complejas, la intervención farmacológica inicial, la valoración de la disfunción metabólica o la priorización del diagnóstico frente al traslado temprano, entre otros. Las conversaciones con T=2 fueron las más relevantes, destacándose por su utilidad práctica y por mejorar la calidad asistencial.

CONCLUSIONES

Los resultados preliminares muestran que las simulaciones de conversaciones con LLMs pueden servir como herramienta para revisar y optimizar los protocolos de emergencia. Aunque no reemplazan la experiencia clínica humana, estos modelos permiten identificar oportunidades de mejora y actualizar procedimientos de forma sistemática y eficiente.

163

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 143

PRIMER FIRMANTE

María Araceli Miró López

AUTORES

Javier Fernández Topham;

Zahara Pérez Rojano;

Francisco José De la

Fuente Barbado;

Lorena Araceli Pérez

Martos; Juan José Alonso

Rius;

CENTROS DE TRABAJO

Base Medicalizada 061

Foz

Base Medicalizada 061

Santiago

Base Medicalizada 061 A

Coruña

DOBLE DESFIBRILACIÓN SECUENCIAL EN LA PARADA CARDÍACA EXTRAHOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCR) con ritmo inicial desfibrilable continúa siendo un desafío relevante para los servicios de emergencias médicas debido a la alta mortalidad y complejidad del manejo clínico. En este contexto, la doble desfibrilación secuencial (DDS) ha surgido como una estrategia innovadora y potencialmente eficaz para tratar la fibrilación ventricular refractaria.

OBJETIVOS

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la asociación entre el uso de la DDS y la mejora en la supervivencia, así como en el ritmo de salida al finalizar la reanimación cardiopulmonar (RCP).

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional retrospectivo utilizando una base de datos prospectiva continua. Se incluyeron pacientes atendidos por PCR extrahospitalaria que requirieron más de tres descargas durante la RCP. Se compararon dos cohortes: una sin aplicación de DDS (atendidos entre 2021-2022) y otra con aplicación de DDS (2023-2024). Se recopilaron variables epidemiológicas, clínicas y analíticas (pH, pCO₂, HCO₃, EB, lactato, hemoglobina, potasio, calcio y sodio).

La variable dependiente fue la aplicación de la DDS, y se evaluaron los resultados de recuperación de circulación espontánea (ROSC) y ritmo de salida. Se realizaron análisis descriptivos e inferenciales (Kolmogorov-Smirnov, Chi cuadrado, t de Student), con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS

Se analizaron 48 pacientes, 21 recibieron DDS. La media de edad fue de 59,8 años (DE 12,99) y el 81,2% eran hombres. La supervivencia en el grupo con DDS fue del 60,7%, frente al 42,8% en el grupo sin DDS. Asimismo, el ritmo de salida desfibrilable se observó en el 60,7% de los pacientes con DDS, comparado con el 33,3% en los que no la recibieron. En el análisis inferencial, ninguna variable metabólica mostró diferencias significativas entre los pacientes que recibieron DDS y aquellos que no lo recibieron.

CONCLUSIONES

Aunque ninguna variable alcanzó significación estadística, se evidenció una tendencia positiva hacia mejores resultados clínicos en el grupo tratado con DDS. El uso de la DDS podría asociarse con una mayor supervivencia y mantenimiento del ritmo desfibrilable en la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria, sin embargo es necesario ampliar la muestra para confirmar la significancia estadística y reforzar la validez de los hallazgos.

167
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 144

PRIMER FIRMANTE
José María Arevalo la
Calle

AUTORES
Ruth Libertad Gómez
Bravo

CENTROS DE TRABAJO
SAMUR-PC

HEROES DEL CORAZON: IMPACTO DE UN PROYECTO EDUCATIVO SOBRE REANIMACION CARDIOPULMONAR REALIZADO EN SEGUNDO DE PRIMARIA (7-8 AÑOS)

INTRODUCCIÓN

La parada cardíaca es sin duda una de las principales causas de muerte con una elevada morbimortalidad. En España se producen unas 30.000 al año a nivel extrahospitalario, con una supervivencia del 5%. Cada minuto de retraso en recibir asistencia disminuye en un 10% la supervivencia de los pacientes. Una respuesta rápida y eficiente de los primeros intervinientes puede aumentar hasta un 40% la supervivencia de estos pacientes.

Con este proyecto se pretende que los niños/as sepan actuar como primeros intervinientes, reconociendo y actuando ante una emergencia.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de un proyecto educativo de carácter formativo sobre reanimación cardiopulmonar básica, para conocer si los escolares de segundo de Educación Primaria, en un colegio del suroeste de Madrid, son capaces de aprender los conocimientos y habilidades necesarias para identificar y actuar ante una emergencia.

METODOLOGÍA

Se empleó un diseño cuasi-experimental prospectivo, cuya estructura es:

1- Cuestionario estructurado de conocimientos compuesto por preguntas dicotómicas (Sí/No), aplicado antes (pretest) y después (postest) de la intervención educativa.

2- Realización de 3 talleres prácticos de 45 minutos de duración:

a) Identificación y actuación ante el paciente inconsciente.

b) Maniobras OVACE

c) Maniobras SVB

3- Medición de habilidades mediante la reanimación de masaje cardíaco en un simulador de soporte vital básico, durante un minuto, en los que se midió: frecuencia, profundidad, compresiones totales, liberación y tiempos de pausa.

Los datos se procesaron con el software estadístico JASP (versión 0.95.3). Se realizó un análisis descriptivo. El nivel de significación se fijó en $p < 0.05$.

RESULTADOS

Participaron 92 alumnos de segundo de primaria, donde se objetivó un conocimiento general basal muy elevado en lo que refiere a la identificación de un paciente inconsciente (97,28%), como actuar ante el mismo (97,28%), y identificación del número de emergencias 112 (98,91%). En cuanto a la conducta PAS, la mayoría de los alumnos conocían el significado (92,39%) si bien la intervención supuso un aumento del 17,39% (IC95%: 8,55-26,23%; $p < 0,01$) en cuanto a conocimiento de la misma (78,26 VS 95,65%). Con respecto a la RCP propiamente dicha, el nivel de conocimiento previo fue generalmente bajo (en torno al 50%) y la intervención supuso un aumento del 13,04% (IC95%: 3,41-22,67%; $p < 0,05$).

Respecto al entrenamiento de habilidades adquiridas en el simulador, la media de compresiones totales fueron de 109 (DE 23,08) con una profundidad media del 41,73 mm (DE 13,8), una liberación del tórax del 22,34% (DE 36,3), una frecuencia cardíaca media de 141 lpm con un tiempo de pausa medio de 4,95 segundos.

CONCLUSIONES

Los escolares de segundo de primaria son capaces de aprender conceptos básicos y realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar básica, con el fin de que puedan intervenir ante una emergencia, a pesar de las limitaciones físicas que puedan presentar, acorde a su edad.

Es necesario la elaboración de talleres de reciclaje de reanimación cardiopulmonar básica, al menos cada 6 meses, para reforzar el aprendizaje de los conocimientos y habilidades adquiridos, y generar una mayor confianza para que sean capaces de actuar en una situación de emergencia.

CÓDIGO TIEMPO-DEPENDIENTE... ¿LO HACEMOS MÁS RÁPIDO?

170
EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 145

PRIMER FIRMANTE
Itsaso Sexmilo Ayarra;

AUTORES
Carmen Zarate Oñate;
Miguel Zaragüeta Olave;
María Paz Gil Pérez-
Nievas;
Leire Loyola Sergio;
Antxon Loyola Sergio;

CENTROS DE TRABAJO
SUC Tafalla

CS Sangüesa

Hospital Universitario de
Navarra

INTRODUCCIÓN

Las patologías tiempo-dependientes son aquellas en las que el pronóstico y las secuelas dependen directamente del tiempo en aplicarse el tratamiento específico. Para la atención óptima de los pacientes, se han creado los códigos; procedimientos multidisciplinarios para que el paciente tenga acceso al tratamiento específico en el menor tiempo posible.

Las ambulancias de Soporte Vital Avanzado (ASVA) son parte importante de estos procedimientos, más cuando el área de influencia de atención abarca una isócrona de 40 minutos desde nuestra base, quedando esta a 30 minutos del hospital terciario.

OBJETIVOS

Evaluar los tiempos de traslado en los avisos realizados por nuestro servicio de ASVA en 2024, comparando los tiempos de traslado de los avisos código tiempo-dependientes (CTD) con otros motivos de aviso (OM).

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo descriptivo, con datos obtenidos de formularios cumplimentados tras cada aviso realizado por parte del equipo sanitario de la ASVA durante el 2024. Se recogen: fecha, hora de activación, lugar de origen, activación de código/no, hora de llegada al hospital.

Se han excluido avisos anulados, pacientes con alta in situ, trasladados por otro recurso, fallecidos y errores evidentes de registro.

RESULTADOS

Muestra: 439 avisos (378 OM, 61 CTD).
Tiempo medio de traslado, desde la activación de la ASVA hasta llegada al hospital, en minutos:

-Avisos totales: 73 (D.E.:21,63).

-OM: 73 (D.E.:21,65).

-CTD: 76 (D.E.:21,69).

*Sepsis: n:7, media 72, mediana 62, D.E.:29,27.

*Ictus: n:19, media 74, mediana 70, D.E.:14.

*IAM: n:18, media 69, mediana 73, D.E.:19,29.

*Trauma: n:15, media 85, mediana 83, D.E.: 24,32

*PCR: n:2, media 97, mediana 97, D.E.:40,31.

CONCLUSIONES

- El tiempo de traslado no difiere en ambos grupos.

- En los CTD, la atención a la PCR y el trauma requiere más tiempo y menos en la sepsis.

- Limitaciones del estudio: recogida manual de la información y tamaño muestral reducido.

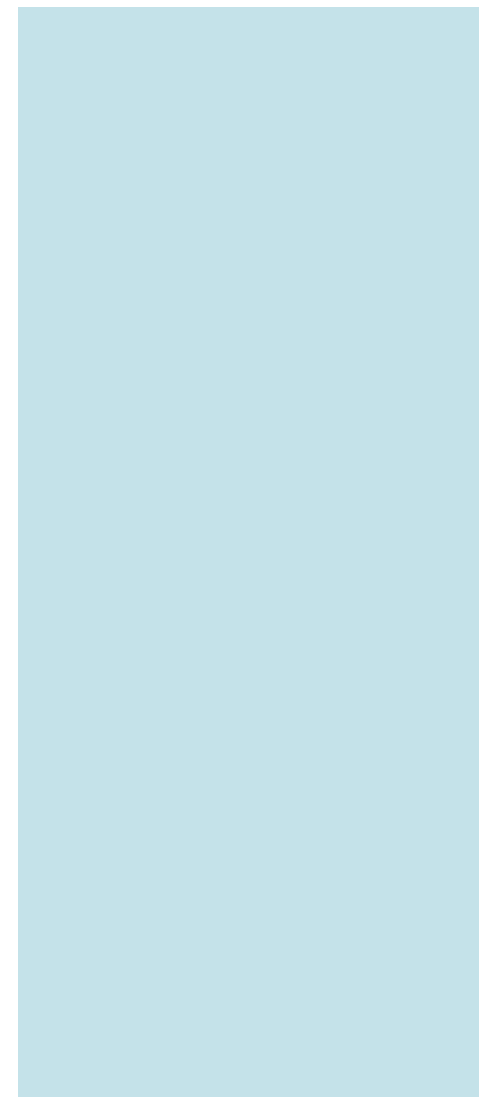
- Dado que la atención en los CTD no es menor que en el resto, deberíamos realizar una reflexión sobre como modificar nuestra atención en estas patologías. Tal vez reduciendo la atención in situ, priorizando el traslado precoz y aprovechando el tiempo de traslado para continuar con los procedimientos requeridos.

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 146

PRIMER FIRMANTE

PÓSTER RETIRADO DE LA EXPOSICIÓN



176

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 147

PRIMER FIRMANTE
Itxaso Manzanos Areta

AUTORES
Itsaso Sexmilo Ayarra;
Paz Gil Pérez-Nievas;
Vega Palomo Mangado;
Jared Marin Gallardo;
Luis Gómez Ortigosa;

CENTROS DE TRABAJO
Centro de salud Tafalla

SUC-Tafalla

HUA-Vitoria

iiii PARADA!!!!!! ¿QUÉ HORA ES?

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es uno de los problemas de salud pública más graves a nivel mundial. Como patología tiempo-dependiente, el diagnóstico precoz y el inicio rápido del tratamiento son los pilares fundamentales para disminuir la incidencia de morbi-mortalidad.

La activación del código PARADA permite reducir el intervalo de actuación desde los Servicios de Urgencias Extrahospitalarias.

Son muchas las variables internas y externas influyentes en la activación de dicho código, pretendiendo analizar en este trabajo si hay una mayor incidencia o no según la franja horaria en que se produzcan.

OBJETIVOS

Analizar si hay correlación entre las distintas horas del día y la activación de código tiempo-dependiente PARADA.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo sobre los registros informáticos del código de activación PARADA atendidos por la ambulancia de Soporte Vital Avanzado (ASVA) en una zona básica de salud a una distancia de 30-55 minutos al hospital terciario referente, durante el periodo del 1 enero 2024 al 8 octubre 2025.

Correlación de los datos con las franjas horarias de actuación del profesional sanitario del ASVA.

RESULTADOS

De las 1118 actuaciones realizadas por ASVA, 20 corresponden con la activación del código tiempo-dependiente PARADA (1,78%).

En cuanto al intervalo horario en el momento de dichas actuaciones, desglosando los datos:

- 9 -13 horas: 40%.
- 15 - 19 horas: 30%.
- 20 -21 horas: 15%.
- En horario nocturno, se ha registrado una repercusión del 5% a las 3, 5 y 6 horas, respectivamente.

CONCLUSIONES

Analizando los datos, puede observarse que la mayor incidencia de activación del código PARADA se ha producido en la franja horaria diurna, concretamente hasta las 19 horas de la tarde, disminuyendo en las horas nocturnas.

Como sesgo, señalar que es un estudio realizado en un breve periodo de tiempo y en una zona de baja densidad poblacional. Sin embargo, puede servir de base para futuros estudios de mayor envergadura.

178

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

Panel: 148

PRIMER FIRMANTE
Iria Souto LorenzoAUTORES
Diego MosqueraCENTROS DE TRABAJO
SANTIAGO DE
COMPOSTELA

061 GALICIA

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE PCR ATENDIDAS POR EL SVA ENFERMERO EN GALICIA (2019-2025)

INTRODUCCIÓN

Las unidades de Soporte Vital Avanzado de Enfermería (SVAE) representan un modelo innovador de atención prehospitalaria en Galicia, basado en la intervención de enfermeras especialistas en emergencias junto a técnicos sanitarios, sin presencia médica a bordo. Desde su implantación en 2019, se han desplegado seis unidades, incluyendo Lalín (junio 2024) y Moaña (abril 2025). El objetivo fue analizar la supervivencia en paradas cardiorrespiratorias (PCR) atendidas por SVAE y describir su perfil epidemiológico y operativo.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo con datos anonimizados extraídos de las plataformas ACORDE y HAI. Se incluyeron asistencias codificadas como K84 Paro cardíaco/PCR, 427.5 Paro cardíaco o DESA aplicado, entre el 16 de octubre de 2019 y el 15 de septiembre de 2025. Se analizaron variables demográficas, clínicas y operativas, así como la coordinación entre recursos y la tasa de retorno a la circulación espontánea (RCE).

RESULTADOS

Se registraron 211 asistencias a PCR, con predominio masculino (66%) y edad media de 70,3 años. El motivo más frecuente de activación fue paro cardíaco (45%), seguido de alteración del nivel de conciencia (15,2%) y síncope/colapso (6,6%). Se alcanzó RCE en el 22,2% de los casos, mientras que el 64,9% finalizó en éxitus tras RCP. En el 68,7% de las intervenciones, la SVAE fue el primer recurso avanzado en llegar, consolidando su papel en la cadena de supervivencia. La actividad se concentró en áreas urbanas con SVAE consolidadas, destacando Santiago de Compostela frente a A Coruña, posiblemente por diferencias en la dotación de ambulancias medicalizadas. La incorporación de SVAE rurales amplió significativamente la cobertura en áreas sin recursos avanzados, mejorando la equidad asistencial.

CONCLUSIONES

El modelo SVAE demuestra eficacia operativa y clínica en la atención a la PCR extrahospitalaria, especialmente en contextos rurales. La actuación autónoma y especializada de la enfermería contribuye a mejorar la detección precoz, los tiempos de respuesta y la equidad territorial en el acceso a los cuidados críticos. Se requieren estudios prospectivos y comparativos con unidades medicalizadas, siguiendo la metodología Utstein, para fortalecer la evidencia sobre la efectividad del modelo SVAE.

ESPÓNSORES DEL CONGRESO

HALL LATERAL/FOYER (PLANTA BAJA)



ESPÓNSORES DEL CONGRESO

Espónsores Principales



ESPÓSORES DEL CONGRESO

Espónsores con Stand Comercial

stryker



PHILIPS

Teleflex



INSANEX
Atención y Compromiso



mindray

Entidades Colaboradoras



Entidades Patrocinadoras





CONTACTO

Secretaría del Consejo Español de RCP

Telf. 626 745 227

Horario:

Lunes a Viernes de 08:00 a 14:00 h.

Email: secretaria@cercp.org

<https://congreso.cercp.org>

