

LIBRO DE ABSTRACTS

2º CONGRESO NACIONAL DEL
CONSEJO ESPAÑOL DE RCP
AUMENTAR LA SUPERVIVENCIA DE
LA PARADA CARDÍACA ES POSIBLE

19 y 20 de octubre de 2018
Málaga, Palacio de ferias y congresos



WWW.CERCP.ORG



Concedido el reconocimiento de interés sanitario por parte del MSCyBS

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidencia de Honor

Excma. Sra. Marina Álvarez Benito
Consejera de Salud de la Junta de Andalucía

Excmo. Sr. Francisco de la Torre Prados
Alcalde del Ayuntamiento de Málaga

Presidente:

Dr. Ignacio Fernández Lozano.

Miembros:

Dr. Ángel García Alcántara
Dr. Carlos Urkia Mieres
Dr. Custodio Calvo Macías
Dr. Ervigio Corral Torres
Dr. Frutos del Nogal Sáez
Dr. José Javier García del Águila

Secretaría técnica:

Dña. Dolores del Valle López
Dña. Inés Cortés Blázquez
Dña. Virginia Vara Mañanas.



2º

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente:

Dr. Ervigio Corral Torres

Miembros:

Dr. Félix Plaza Moreno
Dr. Fernando Rosell Ortiz
Dr. Frutos del Nogal Sáez
Dr. José Javier García del Águila
Dr. Juan Alfonso Valenciano Rodríguez
Dr. Juan Carlos Montalvá Bara
Dr. Juan José Lara Sánchez
Dra. Magdalena Canals Aracil
Dr. Luis Sánchez Santos
Dra. Marta Martínez del Valle
Dra. Verónica Almagro González.



2 **Triaje Manchester como predictor de parada cardio respiratoria intrahospitalaria**

PERIS GINER, J.F, Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Torrevieja

Fernández Campillo J, Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Torrevieja; Ramos Rincón J.M, Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández; Jimeno Lecina E, Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Torrevieja; Medina Álvarez J.C, Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Torrevieja

4 **Avanzando en el afrontamiento de la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria. Un año de experiencia con el cardiocompresor lucas_2 en los Equipos de Emergencia del 061 de Andalucía**

BORJA PADILLA, JOAQUÍN, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía

Villadiego Sánchez, José María, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía; Lacalle Remigio, Juan Ramón, Universidad de Sevilla; Soriano Ramírez, Daniel, SAS Distrito Huelva-Costa; Aranda Aguilar, Francisco, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía; Álvarez Rueda, José María, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía

5 **La cadena de supervivencia. Impacto de la primera asistencia en resultados de supervivencia en la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria**

BORJA PADILLA, JOAQUÍN, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía

Villadiego Sánchez, José María, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía; Lacalle Remigio, Juan Ramón, Universidad de Sevilla; Soriano Ramírez, Daniel, SAS Distrito Huelva-Costa; Aranda Aguilar, Francisco, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía; Chaves Vinagre, Juan, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía

27 **Modificación de la supervivencia inmediata tras PCR intrahospitalaria en horario nocturno y fin de semana**

GONZÁLEZ-CASTRO, ALEJANDRO, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

Escudero-Acha, Patricia, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; Campos Fernández, Sandra Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; Ortiz Lasa, María, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; Burón Mediavilla, Javier, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; Rodríguez Borregan Juan Carlos, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

31 **Experiencia de uso de la doble desfibrilación secuencial en la fibrilación ventricular refractaria extrahospitalaria**

LUQUE HERNÁNDEZ MARÍA JOSÉ, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061. Andalucía.

Muñoz Álvarez Ernesto, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061. Andalucía; Vierna de Grosso Ana Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061. Andalucía; Romero Sevilla Olga, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061. Andalucía; Compán Berrocal Isabel María, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061. Andalucía

61 **Estudio de minimización de costes en SVB y DEA**

CASTILLO GARCÍA, JORDI, Enfermero perfusionista en Hospital Universitari de Bellvitge

Alberto Gallart Fernández Puebla, Doctor en enfermería. Subdirector del departamento de enfermería de la UIC; Carmen Gomar Sancho, Doctora en Medicina. Especialidad en Anestesia y Reanimación del Hospital Clínic de Barcelona. Catedrática en Universitat de Barcelona (UB); Encarnación Rodríguez Higuera, Doctora en enfermería. Subdirector del departamento de enfermería de la UIC. Instructora del CCR; José Manuel Giraldo Sebastià, Médico en Sistema Emergencias Médicas (SEM). Responsable de Gestión del CCR y del Grupo de trabajo en SVB y DEA del CCR; Xavier de Balanzó Fernández, Doctor en Medicina. Médico Intensivista. Responsable de Formación en el CCR

- 63 **Factores de mal pronóstico neurológico en la encefalopatía anóxica postparada y muerte encefálica**
MATEOS RODRÍGUEZ M Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. Campus de Teatinos s/n
Fernández Porcel A.; Rueda Molina C; Puerto Morlán A; Zamboschi N, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. Campus de Teatinos s/n
- 65 **Análisis de las paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias atendidas por EPES 061 en Sevilla**
BAYÓN SAYAGO, MANUEL, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061, servicio provincial de Sevilla.
Rodríguez Alarcón J, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; Díaz Rodríguez JJ, Universidad de Sevilla; Villadiego Sánchez JM, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061, servicio provincial de Sevilla; Barrientos Trigo S, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; Naharro Álvarez A, Universidad de Sevilla
- 67 **Condición física y su relación con las compresiones torácicas externas de calidad**
LÓPEZ GONZÁLEZ, ANGEL, Facultad de Enfermería de Albacete. UCLM
Rabanales Sotos, J, Facultad de Enfermería de Albacete. UCLM; Piñero Sáez, S, Facultad de Enfermería de Albacete. UCLM; López Tendero, J
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; Ramírez Tercero, A, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; López Tendero A, Facultad de Enfermería de Albacete. UCLM
- 75 **Estudio de mortalidad y secuelas en los pacientes diagnosticados de encefalopatía anóxica severa secundaria a parada cardiorrespiratoria**
RUEDA MOLINA, CAROLINA, Hospital Universitario Virgen de la Victoria en Málaga
Puerto Morlán, Araceli; Zamboschi, Nicolás, Hospital Universitario Virgen de la Victoria en Málaga
- 79 **Electrofisiología de la fatiga muscular en la reanimación cardiopulmonar en un modelo de maniquí**
COBO VÁZQUEZ, CM, Facultad de Odontología, Universidad Complutense de Madrid
De Blas, Gemma, Servicio de Neurofisiología, Hospital Ramón y Cajal; Gasco García, M^o Carmen, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid
- 81 **Apoyo telefónico a la reanimación cardiopulmonar (RCP Telefónica)**
SALINAS RONDA, MARÍA BELÉN, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061. Servicio Provincial de Almería.
García Espinosa, José Juan; López Rebollo, María Elia; Garrido Molina, José Miguel; Rosell Ortiz, Fernando, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061. Servicio Provincial de Almería
- 83 **Variables asociadas a pronóstico neurológico favorable en pacientes que sufren parada cardiorrespiratoria en un hospital de nivel III durante tres años**
LÓPEZ VERGARA, LORETO, Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Clínico San Carlos (HCSC) (Madrid)
Cid Tovar, Irene; García González, Inés; Bringas Bollada, María; Martínez Sagasti, Fernando; Martín Benítez, Juan Carlos; Núñez Reiz, Antonio, Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Clínico San Carlos (HCSC) (Madrid)

- 84 Frecuencia del masaje RCP a partir de medidas de variaciones de hemoglobina cerebral**
LARREA REDÍN ANDIMA, Emergentziak Osakidetza
Irusta Zarandona Unai, Universidad del País Vasco (UPV/EHU); Alonso Moreno Daniel, Emergentziak Osakidetza; Sierra Carcedo Ana María, Emergentziak Osakidetza; Rollan Vallejos Javier, Emergentziak Osakidetza; Zubero Oleagoitia Miren Begoña, Universidad del País Vasco (UPV/EHU)
- 111 La parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria como fuente de donación**
NAVALPOTRO PASCUAL, JM, SUMMA112. Comunidad de Madrid
Mateos Rodríguez, A, Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes. Comunidad de Madrid; Peinado Vallejo, F; Les González, JI; Muñecas Cuesta, Y; Carrillo Moya, A, SUMMA112. Comunidad de Madrid
- 113 Cómo es de segura la recomendación sobre cuándo administramos adrenalina en ritmos desfibrilables**
PAVÓN PRIETO, MARÍA DEL PILAR, F.P.U.S. 061 Galicia
Giráldez Martínez, Patricia, F.P.U.S. 061 Galicia; Mateos Lorenzo, Javier, 061 Cantabria; Freire Tellado, Miguel, F.P.U.S. 061 Galicia; Navarro Patón, Rubén, Facultad de formación del profesorado de Lugo; Palla Sierra, Cristina 4, Hospital de Laredo
- 132 Nuevos factores de riesgo de lesiones graves secundarias a la RCP**
AZELI JAROSCH, YOUCEF, Sistema de Emergències Mèdiques de Catalunya, Servicio de Urgencias. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili. Tarragona
Barbería Marcalain, Eneko, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña. Tarragona. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universitat Rovira i Virgili. Reus; Landín Roig, Inés, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña. Tarragona. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universitat Rovira i Virgili. Reus; Jiménez Herrera, María, Facultad de Enfermería. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona; Jiménez Fábrega, Xavier, Sistema de Emergències Mèdiques de Catalunya; Bardají Ruiz, Alfredo, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universitat Rovira i Virgili. Reus. Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona
- 150 Evaluación del pronóstico a corto plazo tras parada cardiorrespiratoria en pacientes ingresados en la UCI Hospital Costa del Sol**
VILLALOBOS HERRERA T, Hospital Costa del Sol Marbella
Moya Espinosa P; De la Cruz Morales I; Pérez Vacas J; Lobato Madueño F; Prieto de Paula JF; Zayas Ganformina B, Hospital Costa del Sol Marbella
- 151 Monitorización continua de la RCP extrahospitalaria mediante oximetría cerebral y capnografía**
SALABERRIA UDABE RUTH, Emergentziak Osakidetza
Aramendi Ecenarro Elisabete, Universidad del País Vasco (UPV/EHU); Alonso Moreno Daniel; Amas Gómez Leyre; Etxeberria Altuna Naiara; Zubia Olaskoaga Félix, Emergentziak Osakidetza
- 174 Resultados de atención de PCR extrahospitalarias pediátricas en Andalucía**
DE VICENTE CONTRERAS, DIEGO, Servicio Provincial Almería 061
Ruiz Frías, Ángela; Rosell Ortiz, Fernando, Servicio Provincial Almería 061

1 Parada cardio respiratoria traumática en la mujer embarazada

OSUNA DÍAZ, MANUEL, EPES S.P, Sevilla.

Ruiz Reyes F.J, Asistencia los Ángeles, Traslado de Pacientes Críticos, Granada; Osuna Esbri C., Celador Conductor, SAS

3 “Efecto weekends” en la parada cardíaca intrahospitalaria (PCR IH) en un hospital secundario

PERIS GINER, J.F, Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Torrevieja

Fernández Campillo J, Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Torrevieja; Ramos Rincón J.M, Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández; Jimeno Lecina E, Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Torrevieja; Medina Álvarez J.C, Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Torrevieja

6 RCP precoz, zonas cardioprotegidas

PIQUERO REDONDO, SONIA, enfermera del SESPA

Díaz González, Ainhoa, enfermera del Servicio de Salud del Principado de Asturias; Noriega Miguel, María Consuelo

7 Diferencias en las maniobras de reanimación cardiopulmonar entre pacientes adultos y niños

DÍAZ GONZÁLEZ, AINHOA, enfermera del Servicio de Salud del Principado de Asturias

Piquero Redondo, Sonia, enfermera del SESPA; Álvarez García, Nuria, enfermera del SESPA; Menéndez García, Xana, enfermera del SESPA

8 Calidad de ventilación, con bolsa y mascarilla, realizada por estudiantes de Enfermería en un modelo lactante

VÁZQUEZ ESCUREDO NOELIA, Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Povisa, Vigo, Pontevedra

Rodríguez Núñez Antonio, Departamento Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Clínico Universitario de Santiago

9 ¿Se relaciona la calidad de las compresiones torácicas externas con la fuerza del reanimador?

LÓPEZ GONZÁLEZ, ANGEL, Facultad de Enfermería de Albacete. UCLM

Rabanales Sotos, Ja Facultad de Enfermería de Albacete. UCLM; Villada Molina, E, Facultad de Enfermería de Albacete. UCLM; López Tendero, J, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; Ramírez Tercero, A, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; López Tendero A, Facultad de Enfermería de Albacete. UCLM

10 Análisis de la optimización de los tiempos de monitorización y primeras técnicas en RCP

OLMOS COSTA, SOFÍA, Semyu112, Médico de Emergencias y Cuidados Críticos

Cordero Cañas, Enrique, Semyu112, Enfermera de Emergencias y Cuidados Críticos

11 La etco2 en la extrahospitalaria no es sólo para verificar la intubación

CORDERO CAÑAS, ENRIQUE Semyu112, Médico de Emergencias y Cuidados Críticos

Olmos Costa, Sofía, Semyu112, Enfermera de Emergencias y Cuidados Críticos; Hernández Taboas, Lorena Semyu112, Médico de Emergencias y Cuidados Críticos

12 **Análisis de la intervención del líder durante la resolución de megacodes en RCP**

CORDERO CAÑAS, ENRIQUE, Semyu112, Médico de Emergencias y Cuidados Críticos
Olmos Costa, Sofía, Semyu112, Enfermera de Emergencias y Cuidados Críticos

13 **Implantación de un equipo de prevención y atención a la parada cardiorrespiratoria**

SIDERA DOMÈNECH, LÍDIA, Unidad Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Girona: Doctor Josep Trueta.
Teixidó Llorià, Jordina, Unidad Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Girona: Doctor Josep Trueta; Planella Albi, Èric, Unidad Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Girona: Doctor Josep Trueta; Mercader Pi, Xavier, Unidad Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Girona: Doctor Josep Trueta; Molas Pla, Marta, Unidad Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Girona: Doctor Josep Trueta; Sánchez Ginés, Adriana, Unidad Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Girona: Doctor Josep Trueta.

14 **El papel de enfermería en el equipo de prevención y atención a la parada cardiorrespiratoria**

MOLAS PLA, MARTA, Unidad Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Girona: Doctor Josep Trueta
Teixidó Llorià, Jordina, Unidad Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Girona: Doctor Josep Trueta; Mercader Pi, Xavier, Unidad Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Girona: Doctor Josep Trueta; Planella Albi, Èric, Unidad Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Girona: Doctor Josep Trueta; Sidera Domènech, Lidia, Unidad Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Girona: Doctor Josep Trueta; Martín Hernández, Susanna, Unidad Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Girona: Doctor Josep Trueta.

15 **Monitorización continua de la calidad del soporte vital avanzado mediante capnografía**

ECHARTE ALFARO, AMAYA, Unidad de Cuidados Intensivos, A del Complejo Hospitalario de Navarra

16 **Análisis DAFO de una experiencia docente en RPCb en la comunidad educativa**

RETUERTO MARTÍNEZ, ENRIQUE F, Hospital Comarcal Virgen del Castillo, Yecla-Murcia
González Navarro, María Dulce, Hospital Comarcal Virgen del Castillo, Yecla-Murcia; Martínez Martínez, Pascual, Hospital Comarcal Virgen del Castillo, Yecla-Murcia; Ferrández Abellán, Margarita, Hospital Comarcal Virgen del Castillo, Yecla-Murcia; Ruiz Gómez, Virginia, Médico Servicio de Urgencias, DUE Servicio Urgencias; Marco Gil, Laura, Médico Servicio de Urgencias, DUE Servicio Urgencias

17 **Proyecto de divulgación: “Salvacorazones en nuestra comunidad”**

RETUERTO MARTÍNEZ, ENRIQUE FERNANDO, Hospital Comarcal Virgen del Castillo, Yecla-Murcia
González Navarro, María Dulce, Hospital Comarcal Virgen del Castillo, Yecla-Murcia; Lozano Pastor, Victoria Eugenia, DUE otros Servicios; Muñoz Escuder, Cristina M^ª, DUE Servicio de Pediatría; Jiménez Candel, María Isabel, Pediatra; Martínez Martínez, Álvaro, DUE Servicio de Pediatría

18 **Características de las paradas cardiorrespiratorias y su actuación según morbilidad**

ORTELLS ABUYÉ, NATIVITAT, Servicio de urgencias. Hospital de Palamós. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà
García Pérez La, Servicio de urgencias. Hospital de Palamós. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà; del Caño Castillo Ma, Servicio de urgencias. Hospital de Palamós. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà; Sánchez Pérez Ib, Departamento de investigación. Grup de Recerca en Serveis Sanitaris i Resultats en Salut

19 RCP en centro educativo: actividad en educación infantil y evento de SPC

LÓPEZ GALLEGO, MANUEL JESÚS, Hospital de Alta Resolución Lebrija (SIMULACIÓN DE PARADA CARDÍACA)

20 Infarto agudo de miocardio en jóvenes

GRANADOS FUENTES JUAN RAFAEL, Hospital de poniente, El Ejido, Almería

Soria Palomeque María del Carmen; Rodríguez Vargas María Yolanda; Valverde Cantón Isolina Rosa; Rodríguez Camacho Emilio; Mañas Martínez

Montserrat Vanesa, Hospital de poniente, El Ejido, Almería

21 Aprendiendo a salvar vidas: resultados preliminares

GARCÍA RÍOS, SUSANA, Servicio de Urgencias . Hospital Valle del Nalón . Asturias. (SESPA).

Ferrero Fernández, Elena, Servicio de Urgencias, Hospital Valle del Nalón . Asturias. (SESPA); Suárez-Gil, Patricio, Instituto de Investigación Sanitaria del

Principado de Asturias (ISPA) Arias Meneses, Camilo, Servicio de Urgencias. Hospital Valle del Nalón. Asturias (SESPA)

22 Resultados de un proyecto piloto de enseñanza de SVB en centros educativos

ARIAS MENESES, CAMILO, Servicio de Urgencias. Hospital Valle del Nalón. Asturias (SESPA)

Ferrero Fernández, Elena, Servicio de Urgencias, Hospital Valle del Nalón. Asturias (SESPA); Suárez-Gil, Patricio, Instituto de Investigación Sanitaria del

Principado de Asturias (ISPA); García Ríos, Susana, Servicio de Urgencias. Hospital Valle del Nalón. Asturias (SESPA)

25 Influencia de género en la atención a la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria con cardiocompresor mecánico externo

VILLADIEGO SÁNCHEZ, JOSÉ MARÍA, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía

Borja Padilla, Joaquín, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía; Lacalle Remigio, Juan Ramón, Universidad de Sevilla; Molina Delgado,

Inmaculada, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía; López Aguilar, Margarita Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de

Andalucía; Aranda Aguilar, Francisco, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía

26 ¿Qué hacemos en las paradas pediátricas extrahospitalarias?

DEL CAÑO CASTILLO MAIKA, Hospital de Palamós, C/Hospital s/n 17230 Palamós, Girona

Ortells Abuyé Nativitat; García Pérez Lydia; Sánchez Pérez Imma, Hospital de Palamós, Girona

28 PCR intrahospitalaria presenciada por familiares: ¿estamos realmente preparados?

GONZÁLEZ-CASTRO, ALEJANDRO, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

Campos Fernández, Sandra; Escudero-Acha, Patricia; Jiménez Alfonso, Andrés; Chicote Álvarez, Enrique; Rodríguez Borregan Juan Carlos, Hospital

Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

29 Taller RCP básica dirigido a alumnos de 2º ESO perteneciente a zona con riesgo de exclusión social

MARTÍN CARAVANTE SUSANA, Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Servicio Andaluz de Salud

Canillas Rico Yolanda; Fernández Vargas, Daniel; Linares Rodríguez, Cecilio, Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sanitario Mála-

ga-Guadalhorce. Servicio Andaluz de Salud

30 Fibrinólisis intraparada en un servicio de emergencias extrahospitalarias

GUTIÉRREZ GARCÍA, M^a CARMEN, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, S.P. Málaga
Bracero Jiménez, Antonio; González Olalla, Inmaculada; Ganga Sánchez, Yolanda; Ravira Lomeña, Silvia, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, S.P. Málaga

32 La clave del éxito en las reanimaciones cardiopulmonares extrahospitalarias

DEL CAÑO CASTILLO, MAIKA, Servicio de urgencias. Hospital de Palamós
García Pérez, Lydia, Servicio de urgencias. Hospital de Palamós; Ortells Abuyé, Nativitat, Servicio de urgencias. Hospital de Palamós; Sánchez Pérez Imma, Departamento de investigación. Grup de Recerca en Serveis Sanitaris i Resultats en Salut (GRESSIRES). Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Girona

33 Manejo de la hiperglucemia en cuidados post-RCP

MOYANO GARCÍA, ROCÍO, Servicio de Urgencias Hospital Quirón Salud Córdoba
De la Cal Ramírez, Manuel Ángel; Galán Marín, Francisco Javier; Cano Yuste, Ángela María; Pérez Aguilera, Israel Jesús; García Cabrera, José Alberto, Servicio de Urgencias Hospital Quirón Salud Córdoba

34 El último eslabón de la RCP

LUJÁN VIZUETE, PATRICIA, Centro Salud Azuaga
Rico Monterrubio, A, Centro Salud Azuaga

35 ¿Permanecen los conocimientos en RCP y DEA en un grupo de población tras el paso del tiempo?

BLANCO LARA, ALBERTO, Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (SUMMA112)
Checa Sánchez, Aída; Armela Sánchez-Crespo, Esther; Uzuriaga Martín, Miriam; Molera Medina, Purificación; Varela García, Pilar, Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (SUMMA112)

36 El síndrome coronario agudo en la sala de triaje: asignación de una prioridad adecuada

ROLDÁN ORTEGA, JOSÉ MARÍA, Enfermero, Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (Málaga)
Carlos GARCÍA CASTILLO, Enfermero, UCI Son Espases, Mallorca, España; Pedro J. MILLA ORTEGA, Enfermero. UCP- Hospital Joan March, Mallorca, España; Jesús MOLINA MULA, PhD, MsC, Enfermero. Profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universitat de les Illes Balears, Mallorca

37 Proyecto de formación en SVB a población general de un grupo de enseñanza de RCP

BLANCO LARA, ALBERTO, Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (SUMMA112),
Checa Sánchez, Aída; Armela Sánchez-Crespo, Ester; Uzuriaga Martín, Miriam; Molera Medina, Purificación; García Díez, Elba, Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (SUMMA112)

- 38 **Innovaciones educativas en la formación de Soporte Vital Avanzado. Reinventándonos en cada actividad formativa**
BAENA GALLARDO, CÁNDIDO, Servicio Provincial 061 Cádiz. EPES
Rodríguez Aguado, Orestes Octavio, Servicio Provincial 061 Cádiz. EPES; De la Fuente Rodríguez, José Manuel; Sánchez Almagro, César, Servicio Provincial 061 Cádiz. EPES; Longobardo Castelló, Javier Servicio Provincial 061 Cádiz. EPES; Avecilla Sánchez, José Luis, Servicio Provincial 061 Cádiz. EPES.
- 39 **Paradas cardiorrespiratorias y diagnósticos de mortalidad. ¿Diagnosticamos la muerte?**
RODRÍGUEZ AGUADO, ORESTES OCTAVIO, Servicio Provincial 061 Cádiz. EPES
Domínguez Manzano, Noelia, Servicio Provincial 061 Cádiz. EPES; Lagares Franco, Carolina, Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad de Cádiz; Sainz Otero, Ana, Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Cádiz; Marín Paz, Antonio Jesús, Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Cádiz
- 40 **Parada cardiorrespiratoria infantil. Consideraciones etiopatogénicas individuales y su influencia en el pronóstico final**
RODRÍGUEZ AGUADO, ORESTES OCTAVIO, Servicio Provincial 061 Cádiz. EPES
Domínguez Manzano, Noelia, Servicio Provincial 061 Cádiz. EPES; Lagares Franco, Carolina, Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad de Cádiz; Sainz Otero, Ana, Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Cádiz; Marín Paz, Antonio Jesús, Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Cádiz
- 41 **Implantación de manuales de formación del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar**
PÉREZ CABEZA, GUILLERMO, gpc@viamedsantaangeladelacruz.com
Pérez Cabeza, G; Gil Torres, Jp; Aparicio Parra, Y; H Viamed Santa Ángela de la Cruz; Hu. Valme
- 42 **Importancia de la prevención de muerte súbita en la práctica deportiva**
RICO MONTERRUBIO, A, Centro de Salud Azuaga
Luján Vizuete, P, Centro de Salud Azuaga
- 44 **Club deportivo SOScardiosport: una iniciativa para prevenir la muerte súbita del deportista o minimizar las secuelas en caso de que ocurra.**
HEREDIA GARCÍA, MANUEL CARLOS, EPES 061, Málaga
Valle Martos, Ismael, IES Fuengirola; Trillo Fernández Cristóbal; Del Castillo Carnevali Hugo
- 45 **Donantes de órganos y tejidos procedentes de PCR recuperada**
VALLEJO BAEZ, JORGE, Hospital Universitario Virgen de la Victoria
Segura González, Fernando; Molero Pardo, María José; Daga Ruiz, Domingo, Hospital Universitario Virgen de la Victoria
- 46 **Efectividad del donante procedente de PCR recuperada**
FERNÁNDEZ AÑON, JOSÉ MIGUEL, Hospital Universitario Virgen de la Victoria
Vallejo Baez, Jorge; Pérez Dormido, Rocío; Daga Ruiz, Domingo; Molero Pardo, María José; Segura González, Fernando, Hospital Universitario Virgen de la Victoria

47 Mapa de riesgo de PCR en un hospital de 3º nivel 2013-2017

VILLÁN GARCÍA, JULIO, Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.
Bethencourt Bethencourt A; Santiago González C, Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

48 Donación en asistolia, una opción de vida en el siglo XXI

GARCÍA FUENTE, CARLOS ANGEL, EPES Granada
Gómez Rojas M.A, EPES Granada; Gómez Rojas A.B, Enfermera Urgencias Hospital PTS Granada; García Fuentes E.P; Burgos Fuentes M; Baquedano Fernández B, coordinación Trasplantes Granada

49 Parada cardio respiratoria por hidrocución

MOURE VALLET. A, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, S.P - Sevilla
Borrego Rico M, Asistencia Sanitaria Malagueña, Antequera; Osuna Díaz M, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, S.P, Sevilla

50 Formación continuada en reanimación cardiopulmonar. Un pilar esencial

ZORRILLA VARELA, CAROLINA, Hospital de Laredo
Larrauri Cantero, Sandra; López Doueil, Marta; Terán Herrera, María Ángeles; Gómez Amigo, Verónica; Barquín Toca, María Teresa, Hospital de Laredo

51 Intervención formativa sobre soporte vital inmediato pediátrico mediante simulación de alta fidelidad

MOREDA ARAGÓN, HÉCTOR, Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Universitario La Paz
Luna Castaño, Patricia, Unidad de Investigación de Enfermería, Hospital Universitario La Paz; Piqueras Rodríguez, Pedro; Ocaña Pérez-Cerda, Celia M; Herrero Esteban, Clara M, Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Universitario La Paz

52 Parada cardiorrespiratoria por ahogamiento secundario en niños

OSUNA DÍAZ M. - EPES S.P - Sevilla.
Ruiz Reyes F.J - Asistencia los Ángeles - Traslado de Pacientes Críticos – Granada; Sánchez Cordón V; TES - EPES S.P - Sevilla

53 ¿Puede un accidente cerebrovascular producir una parada cardiorrespiratoria?

MOURE VALLET A, TES Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, SP Sevilla
Borrego Rico M, TES Asistencia Sanitaria Malagueña, Antequera; Osuna Díaz M, TES Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, SP Sevilla.

54 Formación en SVB y DEA homologada por entidades del CERCP ante la formación no homologada

GIL TORRES, JP, H Viamed Santa Ángela De La Cruz
Pérez Cabeza, G; Aparicio Parra, Y, H Viamed Santa Ángela De La Cruz

55 Registro nacional o registros autonómicos de personas habilitadas para el uso del DEA en España

GUILLERMO PÉREZ CABEZA, H Viamed Santa Ángela De La Cruz
Gil Torres, JP; Aparicio Parra, Y, H Viamed Santa Ángela De La Cruz

56 El desfibrilador externo automático, soporte en las paradas cardiorrespiratorias intrahospitalarias

LARRAURI CANTERO, SANDRA, DUE Quirófano
López Doueil, Marta, FEA Anestesiología y Reanimación; Terán Herrera, María Ángeles, DUE Urgencias; Gómez Amigo, Verónica, FEA Urgencias; Zorrilla Varela, Carolina, DUE Quirófano; Ruiz Gómez, Beatriz, FEA Anestesiología y Reanimación

57 Enseñando RCP a la población

MARTORELL CAMPINS, CARLOS, Estudiante de 4rto enfermería UIB y Técnico en emergencias sanitarias
Ordóñez Cruz, María del Castillo, enfermera del Hospital Son Llätzer de Palma de Mallorca

58 ¿Podemos mejorar la atención a la parada cardiorrespiratoria en nuestro hospital?

LÓPEZ DOUEIL, MARTA, FEA Anestesiología y Reanimación Hospital Laredo
Larrauri Cantero, Sandra, DUE Quirófano Hospital Laredo; Gómez Amigo, Verónica, FEA Urgencias Hospital Laredo; Terán Herrera, María Ángeles, DUE Urgencias Hospital Laredo; Otero Martín, Diana, DUE Hospitalización Hospital Laredo; Zorrilla Varela, Carolina (2) DUE Quirófano Hospital Laredo

59 Calidad de la reanimación cardiopulmonar

ECHARTE ALFARO, AMAYA, Unidad de Cuidados Intensivos –A del Complejo Hospitalario de Navarra

60 Supervivencia a la parada cardíaca intrahospitalaria en áreas no monitorizadas. ¿Influye el horario?

CASAMAYOR LERENA, MARÍA, Centro de Salud de Haro
Suberviola Fernández, Irene; Ezquerro García, Ana María; Espinosa Mendaza, María Pilar, Unidad de Medicina Intensiva, Hospital San Pedro, Logroño

62 Impacto de los cursos de reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica en Lanzarote

INGUANZO ORTIZ, MARÍA, Servicio Pediatría. Hospital Dr. José Molina Orosa. Lanzarote

64 Limitación de soporte vital y encefalopatía anóxica postparada

MATEOS RODRÍGUEZ M, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga
Fernández Porcel A; Spasova T; Puerto Morlán A; Zamboschi N, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

66 ¡Resultados que nos obligan a pensar y a actuar!: RCP básica para estudiantes de educación secundaria

CÁRDENAS CRUZ ANTONIO, FEA Medicina Intensiva Hospital de Poniente de Almería
Pérez Bailón Ana María, MIR Medicina Intensiva Hospital Universitario San Cecilio

68 **Plan de formación continua en soporte vital básico y desfibrilación automática para alumnos de ESO y Bachillerato**

GUTIÉRREZ CASERMEIRO, MANUEL J, Servicio Médico Colegio N^o Sra. Victoria Maristas Málaga
Gutiérrez García, Ángel Manuel, C.S. Alameda-Perchel. Málaga; Reina Martín, María del Mar, C.S. Portada Alta, Málaga; Carballada Fernández, José Luis, Servicio Médico Málaga CF

70 **Paro cardíaco y muerte súbita en maratón**

BORREGO RICO M, TES Asistencia Sanitaria Malagueña, Antequera
Moure Vallet A, TES Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, SP; Osuna Díaz M, TES Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, SP

71 **Maniobra de Valsalva modificada como tratamiento de la taquicardia supraventricular**

PÉREZ LARA FERNANDO JOSÉ, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias – 061. Servicio Provincial de Cádiz
Cortés Moguel José Antonio, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias – 061. Servicio Provincial de Cádiz; Ramírez Sánchez Francisco José Empresa Pública de Emergencias Sanitarias – 061. Servicio Provincial de Cádiz; Pérez Moreno José Manuel Empresa Pública de Emergencias Sanitarias – 061. Servicio Provincial de Cádiz; La Orden Lara Miguel Ángel, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias – 061. Servicio Provincial de Cádiz; García Coronado Rocío, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias – 061. Servicio Provincial de Cádiz.

72 **Dispositivos y alternativas de actuación ante un acceso venoso periférico difícil**

PÉREZ LARA FERNANDO JOSÉ, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias – 061. Servicio Provincial de Cádiz
La Orden Lara Miguel Ángel; García Coronado Rocío; Pérez Moreno José Manuel; Cortés Moguel José Antonio; Ramírez Sánchez Francisco José Empresa Pública de Emergencias Sanitarias – 061. Servicio Provincial de Cádiz.

73 **¿Deberían estar presentes los familiares en la fase de reanimación de una parada cardíaca?**

GARRIDO MOLINA, JOSÉ MIGUEL, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061. Servicio Provincial de Almería. 14-sept.
López Rebollo, María Elia, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061. Servicio Provincial de Almería; López López, Cristina, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061. Servicio Provincial de Almería; Salinas Ronda, María Belén, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061. Servicio Provincial de Almería; García Viola, Alba, Universidad de Almería; Garrido Carricondo, José Miguel, Universidad de Almería.

74 **Estrategias docentes de RCP para estudiantes de ciencias de la salud**

GARRIDO MOLINA, JOSÉ MIGUEL, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061. Servicio Provincial de Almería
García Viola, Alba, Universidad de Almería; López Rebollo, María Elia, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061. Servicio Provincial de Almería; Salinas Ronda, María Belén, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061. Servicio Provincial de Almería; Collado Galera, María del Mar, Universidad de Almería; Garrido Carricondo, José Miguel, Universidad de Almería

76 **Desfibriladores Semiautomáticos Externos: Actualidad**

CORTÉS MOGUEL, JOSÉ ANTONIO, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias - 061 Servicio Provincial de Cádiz. 14-sept.
García Coronado, Rocío; Ramírez Sánchez, Francisco José; Pérez Lara, Fernando José; Pérez Moreno, José Manuel; La Orden Lara, Miguel Ángel, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias - 061 Servicio Provincial de Cádiz

77 Efectos del transporte en unidades terrestres en pacientes inestables con soporte vital

CORTÉS MOGUEL, JOSÉ ANTONIO, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias - 061 Servicio Provincial de Cádiz
Pérez Moreno, José Manuel; La Orden Lara, Miguel Ángel; Pérez Lara, Fernando José; García Coronado, Rocío; Ramírez Sánchez, Francisco José, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias - 061 Servicio Provincial de Cádiz.

78 ¿Pueden usarse las redes sociales para enseñar RCP?

MUÑOZ, ASIER

80 Conocimientos sobre soporte vital básico de los alumnos de ESO, ¿Qué aprendizaje conseguimos con la formación teórico-práctica?

REDONDO ACEBES, J, Centro de Salud Arturo Eyries. Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste. C/ Puerto Rico S/N Valladolid

82 Donación en asistolia: no todo acaba cuando la reanimación cardiopulmonar (RCP) fracasa

MERCADO PARDO, AMPARO, Servicio de Urgencias y Coordinación de Trasplantes, Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia
Romero Crespo, Pilar; Carbonell Vaya, Rafael; Galán Torres, Juan; Sánchez Vila, Manuela; Picó, Picó, Maribel, Servicio de Urgencias y Coordinación de Trasplantes, Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

86 Reanimador por un día

IMIZCOZ LASHERAS, ANDREA, Unidad de Cuidados Intensivos-A del Complejo Hospitalario de Navarra
Echarte Alfaro, Amaia; Escobedo Romero, Rosario, Unidad de Cuidados Intensivos-A del Complejo Hospitalario de Navarra

87 Donación en asistolia. Cuántas posibilidades perdidas

FUERTES DE LUIS, MIKEL, Servicio de Urgencia extrahospitalaria (Unidad de soporte vital avanzado)
Petrina Echeverría, Carlos; Irisarri Ecay, María; Astrain Jaunsaras, Leyre; Ugalde Muro, Mikel, Servicio de Urgencia extrahospitalaria (Unidad de soporte vital avanzado)

88 Estudio de las paradas cardiorrespiratorias en una comunidad autónoma

TAINTA LASPALAS, MAITANE, Servicio de Urgencia extrahospitalaria (Unidad de soporte vital avanzado)
Ugalde Muro, Mikel; Ilundain Lizarza, Juan Manuel; Irisarri Ecay, María; Petrina Echeverría, Carlos; Fuertes De Luis, Mikel, Servicio de Urgencia extrahospitalaria (Unidad de soporte vital avanzado)

89 ¿Qué se hace en una PCR antes de la llegada de la ambulancia de soporte vital avanzado?

TAINTA LASPALAS, MAITANE, Servicio de Urgencia extrahospitalaria (Unidad de soporte vital avanzado)
Ilundain Lizarza, Juan Manuel; Ugalde Muro, Mikel; Petrina Echeverría, Carlos; Fuertes De Luis, Mikel; Maravi Artieda, Pilar, Servicio de Urgencia extrahospitalaria (Unidad de soporte vital avanzado)

90 La formación de Reanimación Cardiopulmonar en un hospital de Granada

RODRÍGUEZ GÁLVEZ, RAFAEL, Enfermero del Hospital Materno Infantil del HUVN de Granada
Alonso Morales, Filomena; De la Chica Ruiz Ruano, Rafael; Moltó García, M^a Belén; García Palma, M^a José, FEA del Servicio de Urgencias del HG del HUVN de Granada

- 91 **Experiencia en hospital de tercer nivel en la atención de la Parada Cardiorrespiratoria**
CARMONA FLORES, ROSARIO (MIR Medicina Intensiva. Hospital Reina Sofía)
Vilches Mira, Juan (MIR Medicina Intensiva. Hospital Reina Sofía); Amat Sema, Tania (FEA Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario de Jaén); Onieva-Calero, Fernando (MIR Medicina Intensiva. Hospital Reina Sofía)
- 92 **Aplicaciones de la Capnografía en la Reanimación cardiopulmonar en el medio extrahospitalario**
DA ROCHA COSTA, INGRID, Médico asistencial de EPES - 061, Servicio Provincial de Córdoba
- 93 **Percepción de la formación en RCP de un grupo de ciudadanos**
ARANDA RUIZ, M^ªJ, Área Sanitaria Norte de Málaga. UCI Hospital de Antequera
Paradas Torralvo, V; Santos Pérez, J; Medina Pérez, MI, Área Sanitaria Norte de Málaga. UCI Hospital de Antequera
- 94 **El gas xenon como tratamiento neuroprotector en las paradas cardiorrespiratorias**
CURIEL BRACO, CRISTINA, Servicio de Urgencias Extrahospitalarias del Servicio Navarro de Salud
Escobedo Romero, Rosario, Unidad de Cuidados Intensivos del Complejo Hospitalario de Navarra.
- 95 **Dispositivo supraglótico en urgencias extrahospitalarias**
GARCÍA CASTRO, ISABEL, Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Distrito Sanitario Almería
Martínez Gómez, Josefa; Úbeda González, Inmaculada, Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Distrito Sanitario Almería
- 96 **Hipotermia terapéutica post parada cardíaca**
GARCÍA CASTRO, ISABEL, Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Distrito Sanitario Almería
Martínez Gómez, Josefa; Úbeda González, Inmaculada, Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Distrito Sanitario Almería
- 97 **Capacitación ciudadana frente a la muerte súbita cardíaca en navarra 2011-2018. El programa de el ABC que salva vidas**
JEAN LOUIS FERNÁNDEZ, CLINT, Médico Servicio Navarro de Salud Emergencias Rurales, Servicio Navarro de Salud
Reyero Diez, Diego, Médico UVI Móvil y Coordinador Programa de Capacitación Ciudadana frente a la Parada Cardíaca; Beaumont Caminos Carlos, Médico Adjunto Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario de Navarra; Miranda Alcoz Susana, Médico Adjunto Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario de Navarra; Velilla Mendoza, Nikole, Médico Adjunto Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario de Navarra; Fernández Urdaci, Ana, Enfermera, Servicio Navarro de Salud Emergencias Rurales, Servicio Navarro de Salud. Instructores, EL ABC que Salva Vidas
- 98 **Profesorado como formadores en soporte vital en la comunidad escolar en navarra (2011-2018). El programa escolar de el ABC que salva vidas**
JEAN LOUIS FERNÁNDEZ, CLINT, Médico Servicio Navarro de Salud Emergencias Rurales, Servicio Navarro de Salud
Beaumont Caminos Carlos, Médico Adjunto Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario de Navarra; Reyero Diez, Diego, Médico UVI Móvil y Coordinador Programa de Capacitación Ciudadana frente a la Parada Cardíaca; Velilla Mendoza, Nikole, Médico Adjunto Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario de Navarra; Castro Neira, Miguel, Médico Adjunto Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario de Navarra; Fernández Eito, Javier, Enfermero, Complejo Hospitalario de Navarra. Instructores, EL ABC que Salva Vidas

99 Descripción de la asistencia de la RCP extrahospitalaria; periodo 2013-2018

VALLEJO BAEZ, JORGE, UGC, Urgencias. HUW

Pérez Dormido, Rocío, UCI, Hospital de Antequera; Hernández Ballesteros, Rubén 3; Molero Pardo, María José; Sanz Pacheco, Blanca; Hernández Añón, José Miguel, UCI, HUW

100 Es posible la formación masiva en reanimación cardiopulmonar básica (RCP-b)?: 9 Años de experiencia

LÓPEZ REBOLLO, MARÍA ELIA, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061. Servicio Provincial de Almería

García del Águila, José Javier; Garrido Molina, José Miguel; Rosell Ortiz, Fernando; Salinas Ronda, M.^a Belén; Escamilla Pérez, Rocío, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061. Servicio Provincial de Almería

101 Entrenamiento masivo en soporte vital básico (SVB) para estudiantes

LÓPEZ REBOLLO, MARÍA ELIA, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061. Servicio Provincial de Almería. 21-sept.

García del Águila, José Javier; Garrido Molina, José Miguel; Rosell Ortiz, Fernando; Rodríguez Cervilla, José Andrés; García Espinosa, José Juan, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061. Servicio Provincial de Almería

104 Descripción de casos de hipotermia tras RCP extrahospitalaria; periodo 2013-2018

FERNÁNDEZ AÑÓN, JOSÉ MIGUEL, UCI, HUW.

Molero Pardo, María José; Sanz Pacheco, Blanca; Rivas Rodríguez, María Isabel; Núñez Toscano, María del Carmen; García Aragón, Sebastián, UCI, HUW.

107 Soporte Vital Básico Enfermero y D.E.S.A. en Dispositivo de Playas 2018

LA ORDEN LARA, MIGUEL ÁNGEL, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias-061 Servicio Provincial de Cádiz

Ramírez Sánchez Francisco José; Pérez Lara Fernando José; Cortés Moguel José Antonio; Pérez Moreno José Manuel; García Coronado Rocío. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias-061 Servicio Provincial de Cádiz

108 Acceso Intraóseo en Pediatría

LA ORDEN LARA, MIGUEL ÁNGEL, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias-061 Servicio Provincial de Cádiz

Pérez Lara Fernando José; Ramírez Sánchez Francisco José; Cortés Moguel José Antonio; García Coronado Rocío; Pérez Moreno José Manuel. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias-061 Servicio Provincial de Cádiz; García Coronado Rocío, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias-061 Servicio Provincial de Cádiz

112 Variación epidemiológica de la parada cardiorrespiratoria en el SUMMA 112 desde 2013 a 2018

NAVALPOTRO PASCUAL, JM, SUMMA112. Comunidad de Madrid

Peinado Vallejo, F; Les González, JI; Muñoz Isabel, B; González León, MJ; Muñecas Cuesta, Y, SUMMA112. Comunidad de Madrid

114 **Lagunas de conocimiento en la formación de personal extrahospitalario a la asistencia a la PCR en la gestante**

ÁLVAREZ BARTOLOMÉ A, Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda
Sanz Lorenzana A, Matrona, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; Longarela López A, Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; Robledo Juárez C, Enfermería, Hospital Puerta de Hierro Majadahonda; Serrano Palacios C, Matrona, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; Martínez Pérez O, Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

115 **Evaluación de un programa de RCP en gestante para personal de urgencias extrahospitalarias**

ÁLVAREZ BARTOLOMÉ A, Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda
Sanz Lorenzana A, Matrona, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; Álvarez Bartolomé A, Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; Arias Nuevo N, Enfermería, Hospital Puerta de Hierro Majadahonda; Encinas Padilla B, Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; Martínez Pérez O, Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

117 **¿Detenemos las compresiones torácicas para analizar el ritmo? Un estudio de simulación**

MATEOS LORENZO.J, Gerencia de atención primaria-061 de Cantabria
Freire Tellado, M, Fundación de Urgencias Sanitarias de Galicia; Palla Sierra.C, Servicio de urgencias. Hospital Comarcal de Laredo; Pavón Prieto.MP, Fundación de Urgencias Sanitarias de Galicia; Navarro Patón.R, Universidad de Santiago de Compostela; Martínez Giráldez.P, Fundación de Urgencias Sanitarias de Galicia

118 **Análisis descriptivo de los dos primeros años de implantación del equipo especializado en soporte vital avanzado (SVA) en el Hospital San Rafael de Barcelona**

TÉLLEZ MOMPO, TANIA, Servicio de medicina interna, Hospital San Rafael, Barcelona
Serven Gil, Patricia; Ortilles Tejera, Marta; Campan Massana, Mónica, Servicio de medicina interna, Hospital San Rafael, Barcelona

119 **Comunicación de malas noticias por enfermería**

MARTÍNEZ GÓMEZ, JOSEFA, Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Distrito Sanitario Almería
Úbeda González, Inmaculada; García Castro, Isabel, Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Distrito Sanitario Almería

120 **Una Red de RCP. Viabilidad del uso de aplicaciones móviles para la integración de los ciudadanos en la gestión de la parada cardiorrespiratoria y la creación de redes de espacios cardioprotegidos geolocalizables. Construyendo evidencia científica**

SIBAJAS VERA, ISABEL, Servicio de Urgencias de Atención Primaria del Distrito Costa del Sol (Centro de Salud Las Lagunas de Mijas)
Oviedo Bermejo, Itziar, Servicio de Urgencias Extrahospitalarias del SNS-Osasunbidea (Pamplona); Belén Torreblanca Agüera, Servicio de Urgencias de Atención Primaria del Distrito Costa del Sol (Centro de Salud Las Lagunas de Mijas); Arjona Bueno, María Dolores, Servicio de Urgencias de Atención Primaria del Distrito Costa del Sol (Centro de Salud Las Lagunas de Mijas)

124 **Acercando la Reanimación cardiopulmonar a la escuela**

IGLESIAS SAINZ, ANA LOURDES, Grupo de trabajo en RCPB-A - OSI Barakaldo – Sestao
Pérez García, Mónica; Sánchez Fernández de Pinedo, Ainara; Paredero Tueros, Susana; Montejo Fernández Marta, Grupo de trabajo en RCPB-A - OSI Barakaldo – Sestao

125 Protocolo de apoyo logístico en la parada cardiorrespiratoria

GACIMARTÍN MAROTO, ANGEL MANUEL, SAMUR – Protección Civil
Jurado Sánchez, María Ángeles; Gacimartín Maroto, Esteban, SAMUR – Protección Civil

126 Características Epidemiológicas de la Parada Cardíaca Hospitalaria en una UCI polivalente

MARTÍN RUIZ, JUAN FRANCISCO, Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia
Triviño Hidalgo, Julián; Guerrero Lozano, Isabel María; Martínez Bernhard, Alicia; Serrano Navarro, Juana María; Palazón Sánchez, Cesar, Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

128 Estudio estadístico de la formación en desfibrilador

SARVISÉ PÉREZ, FERNANDO, Departamento de formación Cruz Roja Española en Huesca
Lostal Lafuente, Marta, Voluntaria Cruz Roja Española en Zaragoza

131 Prevención de la parada cardíaca en usuarias ACO-ACH

TENDERO REBOLLO JD, TES FALCK VL - SEM Catalunya
Godino Labraza MC, DUE SEM Catalunya; Argiles Mattes N, Médico Adjunto Angiología y Cirugía Vascul ar - Hospital Sagrat Cor de Barcelona; Soria García J, TES FALCK VL - SEM Catalunya; Martínez Arias C, TES FALCK VL - SEM Catalunya

133 Análisis de recuperación de circulación espontánea tras parada cardíaca extrahospitalaria

MARTÍNEZ LARA, MANUELA, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, Servicio Provincial de Málaga
Ric Millán Concepción; Castro Navarro, Marlén; Ric Millán, Isabel; Colomina Arcos, José; Bocanegra Pérez Ana M^a, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, Servicio Provincial de Málaga

135 Atención de enfermería al paciente politraumatizado con parada cardiorrespiratoria

ALONSO CUEVAS, BÁRBARA, Hospital Gijón
González Santano, Daniel, UCI, Hospital Universitario de la Princesa; Fernández Herbón, Jessica, Hospital Gijón

138 Formación de RCP a profesionales sanitarios: búsqueda bibliográfica

TORCIDA, GERARDO, CS Burgos Rural Sur, Gerencia de Atención Primaria de Burgos, GAPBU
Fernández Baldor G, CS Burgos Rural Sur, Gerencia de Atención Primaria de Burgos, GAPBU; García González V, CS Medina de Pomar, GAPBU;
Nieto Sánchez S, CS Briviesca, GAPBU; Gómez Cantera R, GAPBU; Peña Pérez S, Hospital Universitario de Burgos, Gerencia de Atención Especializada, GAEBU; Santamaría Marcos, E, CS San Agustín, GAPBU

139 Valoración de conocimientos en reanimación cardiopulmonar básica en el personal sanitario de Tortosa (Tarragona)

MAYOR VÁZQUEZ, ERIC ADRIÁN, Unidad de Medicina Intensiva. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona)
Ballesta Ors, Juan, Centro de Atención Primaria El Temple. Tortosa (Tarragona); Blasco Mulet, María, Centro de Atención Primaria El Temple. Tortosa (Tarragona); Toyos García, Sara, Servicio de Medicina Interna. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona); Espinosa Casanova, David, Servicio de Urgencias. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona)

- 140 **Factores de riesgo más frecuentes en los pacientes que sufren una parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria**
RIVAS RODRÍGUEZ, ISABEL, Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga
García Aragón, Sebastián; Iborra París, Montserrat; Núñez Toscano, M^a del Carmen; Avilés Sánchez, Rafael; Molero Pardo, M^a José, Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga
- 141 **Compresiones efectivas a ritmo de rock and roll**
MORENO GOMA, JUAN LUIS, DCCU-UCCU San Fernando (Distrito Sanitario Bahía de Cádiz- La Janda)
Salado Natera, María Isabel. UGC Vejer de la Frontera (Cádiz); Oneto Romero, Raquel María (Distrito Sanitario Bahía de Cádiz- La Janda)
- 142 **Donación en asistolia procedente de parada cardiorrespiratoria extra hospitalaria**
NÚÑEZ TOSCANO, M^a DEL CARMEN, UCI. Hospital Clínico Virgen de la Victoria
Avilés Sánchez, Rafael; Aranda Delgado, Yolanda, UCI. Hospital Clínico Virgen de la Victoria.
- 145 **Patologías que derivan a parada cardiorrespiratoria**
QUEZADA VÁZQUEZ, FERNANDO EFRAÍN, SAMUR Protección Civil, Madrid
Rojo Aguza, Francisco Manuel, SAMUR Protección Civil, Madrid
- 146 **Comparativa de los tiempos de respuesta tras activación en la parada cardiorrespiratoria**
ROJO AGUZA, FRANCISCO MANUEL, SAMUR Protección Civil, Madrid
Quezada Vázquez, Fernando Efraín, SAMUR Protección Civil, Madrid
- 147 **Paradas cardio-respiratorias atendidas por el SUAP San Fernando-Cádiz : la desfibrilación temprana y la supervivencia final**
MORENO GOMA, JUAN LUIS, SUAP Distrito Bahía de Cádiz- La Janda
Bordes Bustamante, Francisco; Mayo Iglesias, Manuela, SUAP Distrito Bahía de Cádiz- La Janda
- 148 **Soporte vital básico a familiares de pacientes con síndrome coronario agudo y muerte súbita**
HERNÁNDEZ SÁNCHEZ MC, Asociación de Expacientes de la Unidad de Medicina Intensiva (EXPAUMI), Servicio de Medicina Intensiva, HU Virgen de la Victoria y Universidad de Málaga
De la Torre-Prados MV; García de la Torre A; Peña Huertas J; Cámara Sola E; García Alcántara A, Asociación de Expacientes de la Unidad de Medicina Intensiva (EXPAUMI), Servicio de Medicina Intensiva, HU Virgen de la Victoria y Universidad de Málaga
- 149 **¿Es pertinente formar en soporte vital básico a familiares de pacientes con síndrome coronario agudo?**
HERNÁNDEZ SÁNCHEZ MC, Asociación de Expacientes de la Unidad de Medicina Intensiva (EXPAUMI), Servicio de Medicina Intensiva, HU Virgen de la Victoria y Universidad de Málaga
De la Torre-Prados MV; García de la Torre A; Peña Huertas J; Cámara Sola E; García Alcántara A, Asociación de Expacientes de la Unidad de Medicina Intensiva (EXPAUMI), Servicio de Medicina Intensiva, HU Virgen de la Victoria y Universidad de Málaga

- 153 **Experiencia docente en Soporte Vital Básico primeros intervinientes con Síndrome de Down**
ANDRÉS BUFORN GALIANA, Urgencias Hospital Clínico W Málaga
Carrasco Pecci, C. Medico Escolar; Buforn Jiménez, M. Urgencias Hospital Clínico W Vergara Olivares; JM. EBAP Salado Muñoz; C. García Centro S.Down Alcántara, A. Plan Nacional RCP
- 158 **Valoración de la formación de las enfermeras/os, médicas/os, auxiliares de enfermería y celadores en Soporte Vital del Hospital Residencia Sant Camil (HRSC) del Consorci Sanitari del Garraf (CSG)**
CAMPOS LÓPEZ, M^a JOSÉ, Servicio de Urgencias del Hospital Residencia Sant Camil (HRSC). Consorci Sanitari del Garraf
Cantero Puerta, Anna; Carabante Morata, Ana; Gris Ambrós, Clara; López Felguera, Yolanda; Ortega García, Sonia, Servicio de Urgencias del Hospital Residencia Sant Camil (HRSC). Consorci Sanitari del Garraf
- 159 **Plan integral de prevención y atención a la parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria en un hospital infantil de tercer nivel. Nuestra experiencia en 5 años**
ARTACHO GONZÁLEZ L, Hospital Regional Universitario, Materno- Infantil de Málaga
Piñero Domínguez P; Morales Martínez A; Calvo Macías C; Camacho Alonso, JM; Milano Manso G, Hospital Regional Universitario, Materno- Infantil de Málaga
- 160 **La Influencia de la retroalimentación en el entrenamiento de la RCP**
GONZÁLEZ SANTANO, DANIEL, Hospital Universitario de la Princesa
Cuevas Alonso, Bárbara, Hospital Gijón
- 161 **Valoración de la formación en soporte vital básico (SVB) y manejo de desfibrilador externo semi-automático (DESA)**
CAMPO ALEGRÍA, L, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander
Poza Maure, E, C.S. San Agustín. Burgos; Sanz Luque, A, UME Aranda de Duero. Burgos; García Yu, IA, Gerencia de Atención Primaria Burgos; García Gutiérrez, C, Gerencia de Atención Primaria Burgos; Cordero Guevara, JA, Gerencia de Atención Primaria Burgos
- 162 **Detección de las paradas cardíacas en los centros coordinadores. Tipificación de la llamada**
GONZÁLEZ SABIO, ESTRELLA, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias EPES 061 Servicio Provincial de Sevilla
Arroyo Rozalen Victoria; Caballero García Auxiliadora; Sánchez Marín M. José; Ruiz Montero M. del Mar; De Andrés Rodríguez Inmaculada, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias EPES 061 Servicio Provincial de Sevilla.
- 163 **Acceso intraóseo: necesidad de formación**
SANCHO ALCINA, JULIO, Hospital de Alta Resolución de Lebrija (Sevilla)
Jiménez Salas, Sonia, Hospital de Alta Resolución de Lebrija (Sevilla)
- 164 **ECMO V-A en parada cardiorrespiratoria: resultados en un centro de tercer nivel español**
GONZÁLEZ CALLE, DAVID, Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Servicio de Cardiología
Marta Alonso Fernández de Gatta; Elisabete Alzola de Ontañana; Francisco Martín Herrero; Ana Elvira Laffond; Pedro Luis Sánchez Fernández, Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Servicio de Cardiología

165 Evaluación de la enseñanza de maniobras de RCP en alumnos de 2º de la ESO: Proyecto ASIGNATURA RCP

GÓMEZ PRIETO, A, Médico Gerencia Emergencias Sanitarias Castilla y León, Base Zamora
Cuadrado Blanco, I J, Médico Servicio urgencias Hospital CAUSA, Salamanca; Costa Alba, P, Médico Servicio urgencias Hospital CAUSA, Salamanca; Fuentes de Frutos, M, Médico Servicio urgencias Hospital CAUSA, Salamanca; de Frutos Arribas, Ana Mª, DUE Gerencia Emergencias Sanitarias Castilla y León, Base Béjar; Naranjo Armenteros, J, Médico Servicio urgencias Hospital CAUSA, Salamanca

166 Resultados en PCR 061 Granada

RIVAS CASTRO MA, Médico 061 Granada
Rosell Ortiz F, médico 061 Almería; Gil Piñero E, médico 061 Granada

168 La Universidad de Málaga como espacio educativo cardio-asegurado un proyecto en marcha

DE LA TORRE-PRADOS MV, Servicio de Medicina Intensiva, HU Virgen de la Victoria y Universidad de Málaga
García de la Torre A; Rueda Molina C; Hernández Sánchez MC; Peña Huertas J; García Alcántara A, Servicio de Medicina Intensiva, HU Virgen de la Victoria y Universidad de Málaga

169 RCP en las escuelas

SÁNCHEZ MENÉNDEZ, SILVIA, Hospital del Oriente de Asturias
Vázquez Álvarez, Zulima; Garrido García, Estíbaliz; García García, Ángel Felipe; Álvarez Salazar, Fátima; Alonso García, Rubén, Hospital del Oriente de Asturias

171 Serie de casos de parada cardiorrespiratoria en una estación de esquí a moderada-gran altitud

KARAKOSTA VALENTÍN, KATERINA, Cuidados Críticos y Urgencias de Sierra Nevada, de Distrito Sanitario Granada-Metropolitano
Gutiérrez Pérez, Eva, Cuidados Críticos y Urgencias de Sierra Nevada, de Distrito Sanitario Granada-Metropolitano.

175 Percepción y conocimientos teóricos de Enfermería en la práctica de maniobras de reanimación cardiopulmonar

FERNÁNDEZ PITA, ALBA, Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid
Velázquez del Pino, Dolores; López Blázquez, José; Montalvo Escudero, Esther; Grandes Bilbao, Jaione; De la Fuente Villanueva, Ana, Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

176 Características Epidemiológicas de la Parada Cardíaca Hospitalaria en una UCI polivalente

MARTÍN RUIZ, JUAN FRANCISCO, Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia
Triviño Hidalgo, Julián; Guerrero Lozano, Isabel María; Martínez Bernhard, Alicia; Serrano Navarro, Juana María; Palazón Sánchez, Cesar, Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

177 Características Epidemiológicas de la Parada Cardíaca extrahospitalaria en una UCI polivalente

MARTÍN RUIZ, JUAN FRANCISCO, Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia
Rico Lledó, María José; Guerrero Lozano, Isabel María; Martínez Bernhard, Alicia; Serrano Navarro, Juana María; Palazón Sánchez, Cesar, Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

178 **Gracias por hacer todo lo posible por intentar salvar la vida de mi padre**

MIGUEL SALDAÑA, FERNANDO, SAMUR, Madrid
Gómez-Mascaraque Morales, Marta; Cano Navas, Alba; Arribas Hernández, Fátima.
SAMUR - Protección Civil. Ronda de las provincias 7, 28011-Madrid

179 **Preaviso hospitalario del donante en asistolia (código 9)**

TEJERO MUÑOZ, SANDRA, SAMUR-Protección Civil
Fabian Nieto, Antonio; Ruiz Castellanos, Rodrigo; Rodríguez Lena, José; Rodríguez Esplandiú, Beatriz; Yllá Chanca, María Luisa, SAMUR-Protección Civil, SAMUR-Protección Civil

182 **Vía intraósea en la parada cardiorrespiratoria**

MARTÍNEZ GÓMEZ, JOSEFA, Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Distrito Sanitario Almería
Úbeda González, Inmaculada; García Castro, Isabel, Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Distrito Sanitario Almería

186 **Muerte súbita cardíaca en deportistas**

MARTÍN CASTRO CARMEN, EPES 061
Marín Sánchez Ana, UGR; Gil Piñero Eladio, EPES 061; Reyes Requena Manuela, SAS; Rivas Castro María Angustias, EPES 061; Ariza Wazhler, Roberto, EPES 061

187 **Análisis de PCR intrahospitalarias**

GARCÍA GÓMEZ, INMACULADA, Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga
Tsvetanova Spasova, Tsvetelina; Fernández Porcel, Alba; Mateos Rodríguez, Minerva; Ruiz del Fresno, Luis; Estecha Foncea, María Antonia. Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga

Comunicaciones Orales



2

SÁBADO 20
12.12-12.22 h

PRIMER FIRMANTE

José F. Peris Giner ¹

AUTORES

Fernández Campillo J. ¹

Ramos Rincón J.M. ²

Jimeno Lecina E ³

Medina Álvarez J.C. ¹

CENTROS DE TRABAJO

¹ Servicio de Urgencias. Hospital
Universitario de Torrevieja

² Departamento de Medicina Clínica.
Universidad Miguel Hernández

³ Servicio de Medicina Intensiva.
Hospital Universitario de Torrevieja

Triaje Manchester como predictor de parada cardio respiratoria Intrahospitalaria

Objetivos

Se plantea la correlación entre los niveles de gravedad del sistema de triaje Manchester y la posibilidad de sufrir una parada cardíaca en los pacientes ingresados en urgencias.

Material y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo, se cruzaron datos del registro de paradas intrahospitalarias de pacientes atendidos en urgencias en los años 2015 y 2016 con datos del triaje. Se analizaron, triaje, edad, sexo y supervivencia a la parada.

Resultados

Durante el periodo de estudio se atendieron 128330 urgencias. Se produjeron 57 paradas

(Tasa 0,43/1.000 urgencias).

De las 57 paradas: 32 (56,1%) fueron triados de riesgo vital (ROJO), 16 (28,1%) de riesgo muy grave (NARANJA) y 9 (15,8%) de riesgo grave (AMARILLO). Ninguno de riesgo VERDE y AZUL. La Tasa de grupo rojo fue de 5,66/1.000, significativamente superior la tasa del grupo Naranja (0,40/1.000) (OR: 14,8, IC 95%: 8,1-27,7; p<0,001) y al grupo Amarillo (0,13/1.000) (OR: 48,1; IC 95%: 22,2-104; p<0,001). Y La

tasa de paradas en el grupo Naranja fue mayor significativamente respecto al grupo Amarillo (OR: 3,2, IC 95%: 1,4-7,6%; p=0,009).

La mitad fueron en varones 28 y la otra mitad en mujeres 29. La distribución por edades mostró que la mayoría de los casos se produjeron de los 60 a los 80 años, siendo la más joven 29 años y la más mayor 87, con una mediana de 71 años. La mediana de los pacientes ROJO fue de 68,5 (p25-p75: 63-75) inferior a la mediana de edad de los pacientes naranja (73; p25-p75)

La supervivencia total fue del 47,4% (27/57). La supervivencia en pacientes de nivel ROJO fue del 53,1% (17/32) y en pacientes de nivel NARANJA fue inferior (31,1% (5/16) ; p=0,115). Pero en pacientes de nivel AMARILLO fue similar (55,6 % (5/9), p=0,524).

Conclusiones

En total el 78,5% de los pacientes que tuvieron una PCR fueron identificados por el sistema de triaje como "riesgo vital" o "muy graves".

Encontramos una supervivencia menor (31,1%) en los pacientes con parada cardíaca y triaje "muy grave".

Aunque con pocos casos, el porcentaje de supervivencia en pacientes con triaje "grave" es 55,6%, similar a las paradas en riesgo vital 53,1%.

Se plantea a duda de que la menor supervivencia en pacientes "muy graves" pueda ser debida a infratriaje.

4

SÁBADO 20
9.12-9.22 h

Avanzando en el afrontamiento de la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria. Un año de experiencia con el cardiocompresor Lucas_2 en los Equipos de Emergencia 061 Andalucía

Palabras clave: Parada Cardiorrespiratoria Extrahospitalaria. Supervivencia. Cardiocompresor mecánico Lucas_2.

Introducción

Las Guías para la Resucitación 2015 confirman la importancia en la Resucitación Cardiopulmonar (RCP) asegurar compresiones torácicas de alta calidad. Aunque el personal niegue fatiga, la calidad en frecuencia, profundidad y, por tanto, eficacia de las compresiones manuales disminuye con cada minuto de reanimación. El cardiocompresor Lucas_2 ofrece beneficios hemodinámicos "irresistibles": entrega compresiones con profundidad y frecuencia ideales, ni se fatiga ni se interrumpe inadvertidamente, el paciente puede ser movido, transportado o desfibrilado mientras recibe compresiones y libera un reanimador.

Objetivos

Evaluar si la incorporación a nivel extrahospitalario del cardiocompresor Lucas_2, como instrumento que garantiza y mantiene un flujo cerebral y coronario durante las maniobras de RCP, aumenta los resultados de supervivencia frente a las compresiones manuales convencionales, in situ y a los dos meses del alta hospitalaria.

Material y Métodos

Estudio analítico, prospectivo y multicéntrico con

inclusión consecutiva de pacientes ≥ 18 años, atendidos por los Equipos de Emergencia 061_Andalucía (EE), por presentar episodio de PCR_EH de probable etiología cardíaca, según criterios recogidos en estilo Utstein, durante el período comprendido entre el 1 septiembre del 2014 y el 31 agosto del 2015.

Resultados

Se encontraron en situación de inconsciencia, apnea y ausencia de pulso 2.974 pacientes, 967 reunían criterios de RCP, que forman nuestra muestra, 130 sujetos incluidos en el grupo Lucas y 837 en el grupo manual. Ambos grupos resultaron muy homogéneos en cuanto a factores previos de comorbilidad. La Supervivencia in situ en el grupo Lucas es del 31.54% frente al 33.81% en el grupo manual, diferencia no estadísticamente significativa. La supervivencia a los dos meses del alta hospitalaria es del 24.39% y 36.75%, para los grupos Lucas y manual respectivamente. Esta diferencia, aunque en el análisis univariante no se comporta como estadísticamente significativa, mediante la estimación de Cox, sí que las compresiones mecánicas se nos muestran como un factor de riesgo con un valor estadísticamente significativo.

Conclusiones

Administrar compresiones torácicas mecánicas con Lucas en comparación con la aplicación de compresiones manuales convencionales, por los Equipos de Emergencia 061_Andalucía, no mejora la supervivencia de las pacientes in situ ni a los dos meses de recibir el alta hospitalaria.

Bibliografía

Perales Rodríguez de Viguri N, Álvarez Fernández J, López Messa J. Introducción y conceptos básicos en resucitación cardiopulmonar. En Perales Rodríguez de Viguri N, Álvarez Fernández J, López Messa J. Manual de Soporte Vital Avanzado 4ª Edición. Barcelona. Elsevier Masson 2007:3-21.

Monsieurs KG, Nolan JP, Bossaert LL, Greif R, Maconochie IK, Nikolaou NI, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Resuscitation 2015;95:1-80.

Ochoa F, Ramalle Gomara E, Lisa V. El efecto de la fatiga del rescatador en la calidad de las compresiones torácicas. Reanimación 1998; 37:149-52.

Carretero Casado M, Fontanals J, Arguis M, Martínez Ocón J, Ruiz A, Ríos J. Reanimación con cardiocompresores: comparación de los efectos hemodinámicos entre Lucas y Autopulse en un modelo porcino. Emergencias 2014;26:459-63.

PRIMER FIRMANTE

Borja Padilla, Joaquín*

AUTORES

Villadiego Sánchez, José M.

Lacalle Remigio, Juan R.

Soriano Ramírez, Daniel***

Aranda Aguilar, Francisco*

Álvarez Rueda, José María*

CENTROS DE TRABAJO

* Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía

** Universidad de Sevilla.

*** SAS Distrito Huelva-Costa.

5

SÁBADO 20
9.24-9.34 h

PRIMER FIRMANTE

Borja Padilla, Joaquín*

AUTORES

Villadiego Sánchez, José M.

Lacalle Remigio, Juan R.

Soriano Ramírez, Daniel***

Aranda Aguilar, Francisco*

Chaves Vinagre, Juan*

CENTROS DE TRABAJO

* Empresa Pública de Emergencias
Sanitarias de Andalucía

** Universidad de Sevilla.

*** SAS Distrito Huelva-Costa.

La cadena de supervivencia. Impacto de la primera asistencia en resultados de supervivencia en la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria

Palabras clave: Parada cardiorrespiratoria. Supervivencia. Emergencias extrahospitalarias.

Introducción

La evidencia científica afirma que la supervivencia del paciente que sufre una parada cardiorrespiratoria (PCR) puede verse afectada por algunos aspectos de las técnicas de resucitación cardiopulmonar (RCP): compresiones torácicas -de alta calidad- y evitar la hiperventilación. Las Guías del 2015 confirman como esencial asegurar compresiones torácicas de profundidad adecuada, con una frecuencia de 100-120 compresiones por minuto, permitiendo que el tórax se reexpandiera completamente después de cada compresión y minimizar las interrupciones en las compresiones.

Objetivos

Investigar qué impacto tiene, en cifras de supervivencia, el personal responsable de la primera asistencia del paciente que sufre un episodio de PCR extrahospitalaria (PCR_EH), supervivencia definida como la recuperación de la circulación espontánea in situ y llegada con pulso al hospital de referencia.

Material y Métodos

Estudio analítico, prospectivo y multicéntrico con inclusión consecutiva de pacientes ≥ 18 años,

atendidos por los Equipos de Emergencia 061_ Andalucía (EE), por presentar episodio de PCR_EH de probable etiología cardíaca, según criterios recogidos en estilo Utstein, durante el período comprendido entre el 1 septiembre del 2014 y el 31 agosto del 2015.

Resultados

Se encontraron en situación de inconsciencia, apnea y ausencia de pulso 2.974 pacientes, 967 reunían criterios de RCP -nuestra muestra-. El 91.6% de las PCR_EH han sido presenciadas: 67.8% por testigos lego, 16.7% ante personal sanitario y 7.1% por EE. El 8.4% restante ocurrieron sin testigo presencial. La supervivencia en las PCR_EH no presenciadas ha sido inferior al 6%. En el caso de las PCR_EH presenciadas, resulta determinante el primer testigo presencial, apareciendo un gradiente de supervivencia, que oscila entre el 72.06% de probabilidades de sobrevivir en el caso de ocurrir la parada en presencia de los EE, el 40.12% cuando la parada tiene lugar ante otro personal sanitario y el 31.23% cuando los primeros testigos son legos, resultado estadísticamente significativo ($p < 0.001$).

Conclusiones

Existe una oscilación de resultados en cifras de supervivencia en función del primer testigo presencial y responsable de la primera asistencia en la supervivencia del paciente que sufre PCR a nivel extrahospitalario relacionado con la calidad o especialización de la atención precoz de la patología tiempo dependiente por excelencia.

Bibliografía

Perales Rodríguez de Viguri N, Álvarez Fernández J, López Messa J. Introducción y conceptos básicos en resucitación cardiopulmonar. En Perales Rodríguez de Viguri N, Álvarez Fernández J, López Messa J. Manual de Soporte Vital Avanzado 4ª Ed. Barcelona. Elsevier Masson 2007:3-21.

Monsieurs KG, Nolan JP, Bossaert LL, Greif R, Maconochie IK, Nikolaou NI, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Resuscitation 2015; 95:1-80.

Rosell Ortiz F, Mellado Vergel F, López Messa J, Fernández Valle P, Ruiz Montero M, et al. Supervivencia y estado neurológico tras muerte súbita cardíaca extrahospitalaria. Resultados del Registro Andaluz de Parada Cardiorrespiratoria Extrahospitalaria. Rev Esp Cadiol 2016;69:494-500.

Rosell Ortiz F, Mellado Vergel F, Fernández Valle P, González Lobato I, et al. Descripción y resultados iniciales del registro andaluz de parada cardíaca extrahospitalaria. Emergencias 2013; 25:345-52.

Modificación de la supervivencia inmediata tras PCR intrahospitalaria en horario nocturno y fin de semana

PRIMER FIRMANTE

González-Castro, Alejandro

AUTORES

Escudero-Acha, Patricia

Campos Fernández, Sandra

Ortiz Lasa, María

Burón Mediavilla, Javier

Rodríguez Borregan Juan Carlos

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

Introducción

Identificar aquellos factores relacionados con una pobre supervivencia en las PCR intrahospitalarias permite establecer herramientas de mejora en la práctica clínica. La variabilidad en la supervivencia inmediata tras una PCR intrahospitalaria según el momento que esta se produzca es un hecho poco estudiado.

Objetivos

Determinar si las PCR intrahospitalarias producidas en horario nocturno o durante el fin de semana experimentan una menor supervivencia comparada con el horario de mañanas de lunes a viernes.

Material y Métodos

Extraer del registro de aviso de PCR de un hospital de tercer nivel, durante un periodo de cinco años (2013-2018), aquellos pacientes que sufrieron una PCR. Mediante un análisis de regresión logística, ajustado por edad, sexo, tiempo hasta la atención de la PCR y primer ritmo monitorizado (desfibrilable o no desfibrilable), establecer si existen diferencias en la supervivencia inmediata entre aquellas PCR que ocurrieron en horario de mañanas de lunes a

viernes y las que sucedieron en horario nocturno (23:00-7:00) o en fin de semana.

Resultados

Durante el periodo de análisis, se recogieron un total de 188 avisos de PCR intrahospitalaria de los cuales 121 (64%) fueron realmente PCR. Del total de las PCR, 52 (49.52%) ocurrieron en horario de mañana de lunes a viernes y 53 (50.47%) en horario nocturno o fin de semana. Se encontró una diferencia en la supervivencia inmediata entre ambos periodos de tiempo estudiados del 13%. El sufrir una PCR intrahospitalaria en horario nocturno o durante el fin de semana se comportó como una variable no asociada al éxito de las mismas. OR 0.48 (IC95%: 0.20-1.12; p=0.08)

Conclusiones

Los pacientes que sufren una PCR en periodo nocturno o durante el fin de semana son más vulnerables. Parece existir una importante área de mejora en la atención a la PCR intrahospitalaria dependiente del horario en el que se produzca la misma.

Experiencia de uso de la doble desfibrilación secuencial en la fibrilación ventricular refractaria extrahospitalaria

PRIMER FIRMANTE

María José Luque Hernández

AUTORES

Muñoz Álvarez Ernesto
Vierna de Grosso Ana
Romero Sevilla Olga
Compán Berrocal Isabel María

CENTROS DE TRABAJO

Empresa Pública de Emergencias
Sanitarias 061. Andalucía.

Introducción

La fibrilación ventricular(FV) se considera la arritmia con mejor tasa de supervivencia en la parada cardiorrespiratoria (PCR). Un subconjunto de pacientes no responde a la desfibrilación (DF), con mortalidad elevada. Definimos FV refractaria (FVR) a aquella que persiste después de 5 DF.

La doble desfibrilación secuencial (DDS) consiste en administrar dos descargas eléctricas con dos desfibriladores en sucesión rápida.

Recientemente, aparecen varios estudios que, aunque de baja calidad, empiezan a señalar su posible efectividad en FVR.

Objetivos

Describir experiencia de uso de la técnica de DDS en la FVR extrahospitalaria.

Material y Métodos

Serie retrospectiva de 4 casos de FVR tratada con DDS desde 1 de enero de 2017 al 10 de junio de 2018 realizados en un sistema de emergencias extrahospitalarias cuyo procedimiento en soporte vital avanzado se rige según las guías ERC2015. Datos registrados en la historia clínica para análisis descriptivo.

Resultados

Asistidas 2.078 PCR, 20,4%(424) desfibrilables. El 7,07%(30), se comportaron como FVR. En 4 casos(13,3%) se aplicó DDS.

Entre estos 4 casos, edad media de 62años (Min-Max, 47-81a), mitad hombres. Tiempo medio de llegada 9 minutos(0-16min). Tres de los casos tuvieron como ritmo inicial FV, uno asistolia.

La PCR fue presenciada por el equipo en un caso. Otro recibió SVB con desfibrilador externo automático. El 100% presentaron FVR incesante, sin ninguna DF efectiva. Se aplicaron una media de 7,75 (3-15) desfibrilaciones simples, previamente a la DDS. Tiempo medio a la DDS 34,50 minutos(20-60min). En todos los casos, la DDS finalizó el ritmo de FV. En dos de ellos la FV fue recurrente y necesitó la repetición de DDS 3 veces. Tiempo medio de RCP, 53,50 minutos(23-70min). Recuperó circulación espontánea el 50% de los pacientes. Uno de los casos(25%), alta hospitalaria neurológicamente intacta en PCR no presenciada de larga duración.

Conclusiones

Aunque las series de casos aportan evidencia muy limitada, justifica su uso la rara utilización de la DDS. Se plantea la necesidad de futuros estudios con mayor calidad, dada la finalización de todos los casos de FVR incesante y de la recuperación del pulso en la mitad, junto con el alta sin secuelas de uno de ellos.

61

SÁBADO 20
10.00-10.10 h**PRIMER FIRMANTE**

Jordi Castillo García. Doctor en enfermería. Enfermero perfusionista en Hospital Universitari de Bellvitge. Profesor Clínico en Universitat Internacional de Catalunya (UIC). Formador de formadores e instructor del Consell Català de Resuscitació (CCR)

AUTORES

Alberto Gallart Fernández Puebla. Doctor en enfermería. Subdirector del departamento de enfermería de la UIC.
Carmen Gomar Sancho. Doctora en Medicina. Especialidad en Anestesia y Reanimación del Hospital Clínic de Barcelona. Catedrática en Universitat de Barcelona (UB).

Encarnación Rodríguez Hígueras. Doctora en enfermería. Subdirector del departamento de enfermería de la UIC. Instructora del CCR.

José Manuel Giraldo Sebastià. Médico en Sistema Emergencias Médicas (SEM). Responsable de Gestión del CCR y del Grupo de trabajo en SVB y DEA del CCR.

Xavier de Balanzó Fernández. Doctor en Medicina. Médico Intensivista. Responsable de Formación en el CCR.

Estudio de minimización de costes en SVB y DEA

Palabras clave: Educación en RCP, Formación RCP Online, Blended-Learning, tecnología de la educación, aprendizaje virtual, minimización de costes, eficiencia.

Introducción

Las últimas Guías del ERC en Reanimación Cardiopulmonar (RCP) siguen destacando la necesidad de una enseñanza universal en SVB y DEA con el fin de mejorar la supervivencia de los pacientes que han padecido un Parada Cardiorrespiratoria (PCR). Una manera de conseguir la máxima difusión de esta enseñanza sería la introducción de los sistemas virtuales para facilitar el aprendizaje autónomo. En los últimos años, debido a los grandes progresos tecnológicos e informáticos, la metodología docente basada en el Blended-Learning, E-learning, u on-line para los cursos de SVB y DEA está aumentando en los últimos años. La aceptación por parte del alumnado parece muy buena.

Objetivos

El objetivo de este estudio fue comprobar si la metodología Blended-Learning es más eficiente que un curso que sigue la metodología clásica o presencial en la universidad.

Material y Métodos

Se realizó un análisis de minimización de costes de dos cursos de SVB y Desfibrilación

Automática (DEA), uno presencial (Grupo Control) y otro Blended-Learning (Grupo Experimental) con la misma duración y contenido, según las recomendaciones 2010 del European Resuscitation Council (ERC). En el curso presencial, se consideraron costes directos los generados por el profesorado y los derivados de la actividad académica. Otros costes fueron los generados por la utilización de las aulas y la amortización de los maniqués y DEA de entrenamiento. La perspectiva del análisis fue la del proveedor, la académica, y el horizonte temporal de seis meses. Los costes están expresados en € 2017.

Resultados

El ahorro de un curso en SVB y DEA con metodología Blended-Learning calculado para un total de 160 alumnos universitarios de Enfermería y Medicina fue de 2.329 € el primer año de su implantación y de 9.049 € a partir de su segunda edición si se compara con el mismo curso utilizando una metodología presencial.

Conclusiones

La metodología Blended-Learning supone un ahorro de costes en los cursos de SVB y DEA, debido principalmente a la reducción de los gastos del profesorado.

Factores de mal pronóstico neurológico en la encefalopatía anóxica postparada y muerte encefálica

Introducción

La parada cardiorrespiratoria es una patología que presenta una mortalidad muy alta (90% de mortalidad si se produce a nivel extrahospitalario y 80% en intrahospitalario). La mayoría de las muertes se producen por lesión cerebral secundaria. Existen ciertos factores que pueden ser buenos indicativos de una evolución neurológica nefasta.

Objetivos

Investigar la relación existente entre los factores de mal pronóstico neurológico en la encefalopatía anóxica postparada y la muerte encefálica.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo descriptivo sobre un grupo de 46 pacientes que desarrollaron encefalopatía anóxica postparada durante su ingreso en nuestra unidad de medicina intensiva, desde enero de 2014 hasta diciembre de 2017.

El análisis se realizó mediante el programa SPSS 15.0. y se utilizó la prueba de hipótesis chi cuadrado de Pearson.

Resultados

45 de los pacientes fallecieron durante su ingreso (mortalidad 97.8%) haciéndolo un 30,4% de ellos (14 pacientes) por muerte encefálica.

En cuanto a los factores precoces de mal pronóstico, destaca:

- 12 de los 14 pacientes fallecidos por muerte encefálica (87,5%) presentaron ausencia de reflejo fotomotor bilateral a las 72 horas de ingreso, relacionándose de manera significativa con el posterior fallecimiento por muerte encefálica ($p < 0.05$).
- Tan solo 1 de los 14 (7.1%) de los pacientes que posteriormente fallecieron por muerte encefálica presentaban datos de mal pronóstico en el EEG realizado a las 72 horas de su ingreso (patrón brote supresión, bajo voltaje evidenciado por EEG o BIS), mientras que si lo presentaban el 77.8% de los que finalmente fallecieron por otras causas.
- De los 32 pacientes a los que se les realizó TAC de cráneo a las 72 horas de su ingreso, 30 de ellos (93,8%) presentaban datos sugestivos de edema cerebral severo. No obstante, sólo 10 de ellos fallecieron por muerte encefálica (33.3%), haciéndolo el resto por otras causas.

Conclusiones

No existe un factor pronóstico ideal que prediga de manera fiable la evolución neurológica nefasta de los pacientes que presentan encefalopatía anóxica postparada.

El mal pronóstico en la encefalopatía anóxica debe ser evaluado de una manera multimodal. Cuando persiste la incertidumbre, lo más prudente es mantener la observación y reevaluar.

PRIMER FIRMANTE

Mateos Rodríguez M

AUTORES

Fernández Porcel A.

Rueda Molina C

Puerto Morán A

Zamboschi N

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

65

SÁBADO 20
10.24-10.34 h

PRIMER FIRMANTE

Manuel Bayón Sayago

AUTORES

Rodríguez Alarcón J

Díaz Rodríguez JJ

Villadiego Sánchez JM

Barrientos Trigo S

Naharro Álvarez A

CENTROS DE TRABAJO

Empresa Pública de Emergencias

Sanitarias 061, servicio provincial

de Sevilla. Hospital Universitario

Virgen Macarena, Sevilla.

Universidad de Sevilla.

Análisis de las paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias atendidas por EPES 061 en Sevilla

Introducción/Objetivos

Los registros de las paradas cardiorrespiratorias (PCR) fuera del hospital, son relativamente recientes, y aún no se encuentran implementados de manera generalizada. El objetivo principal es analizar el perfil asistencial de los equipos de emergencias 061 en los pacientes que sufren una PCR fuera del hospital.

Material y Métodos

Se realizó estudio descriptivo transversal, con los datos proporcionados por EPES 061, de las PCR atendidas por los equipos de la provincia de Sevilla durante todo el año 2015. Tras el descriptivo inicial, se realizó análisis bivariado, respecto a la influencia de las anteriores en la recuperación de circulación espontánea (ROSC).

Resultados

Se incluyeron a 333 pacientes, siendo un 70,3% hombres. La edad media era de $61,51 \pm 17,23$, siendo el domicilio del paciente el lugar del suceso en un 68,1% de las ocasiones. La mediana de tiempo de llegada fue de 13 minutos. Fue presenciado por un testigo en un 78,07%

de las veces. Un ritmo inicial desfibrilable se encontró en el 20,9% de las ocasiones. La causa cardíaca fue la más frecuente con un 83,5%. Se consiguió ROSC en un 35,61% de los pacientes que tenían criterio de reanimación cardiopulmonar (RCP). Las variables asociadas con la ROSC, fueron: lugar de la PCR ($p=0,011$), turno de la asistencia ($p=0,047$), PCR presenciada (personal sanitario/no sanitario) ($p=0,006$), ritmo desfibrilable ($p=0,000$), IOT ($p=0,002$), acceso venoso ($p=0,000$), administración de adrenalina intravenosa ($p=0,000$) y masaje cardíaco frente a cardiocompresor mecánico ($p=0,006$).

Conclusiones

La PCR se produce mayoritariamente en el domicilio de pacientes relativamente jóvenes. Se deben acortar los tiempos de respuesta, con mayor énfasis si el ritmo inicial es desfibrilable. Hay que seguir apostando por la RCP previa por parte de los testigos. Los dispositivos mecánicos no aportan ventajas sobre el masaje manual. Los equipos de emergencias se adhieren bien a los estándares asistenciales actuales en SVA.

67

SÁBADO 20
10.36-10.46 h

PRIMER FIRMANTE

López González, Ángel ^a

AUTORES

Rabanales Sotos, J ^aPiñero Sáez, S ^{ab}López Tendero, J ^bRamírez Tercero, A ^bLópez Tendero A ^a

CENTROS DE TRABAJO

^a Facultad de Enfermería de
Albacete. UCLM^b Complejo Hospitalario
Universitario de Albacete

Condición física y su relación con las compresiones torácicas externas de calidad

Introducción

Existe la hipótesis de que la condición física y el índice de masa corporal (IMC) de los reanimadores predicen la adecuada realización de las compresiones torácicas externas (CTE).

Objetivos

El objetivo de este estudio fue analizar la influencia del IMC y la capacidad cardiorrespiratoria (VO₂máx) en la predicción de CTE de calidad durante 20 minutos de reanimación cardiopulmonar (RCP).

Material y Métodos

Estudio cuasi-experimental que incluyó 63 alumnos de Enfermería de la Universidad de Castilla-La Mancha, España. Se determinó en ellos el peso, la estatura, la frecuencia cardíaca máxima y la capacidad cardiorrespiratoria (VO₂máx) mediante ergoespirometría. Después de la capacitación previa, los participantes realizaron reanimación cardiopulmonar en un maniquí durante 20 minutos.

Resultados

El porcentaje medio de CTE de calidad fue mayor en los participantes con normopeso/sobrepeso ($p < 0,001$) y con mayores niveles de VO₂máx ($p = 0,004$). El IMC y VO₂máx, al controlar por edad y género, son predictores de compresiones torácicas de calidad, y entre sus componentes, en la adecuada profundidad de compresión.

Conclusiones

El IMC y la capacidad cardiorrespiratoria influyen en la realización de CTE de calidad durante una RCP prolongada. Nuestros datos sugieren que los reanimadores deben mejorar su condición física para aumentar su capacidad de realizar CTE de calidad durante la RCP.

75

SÁBADO 20
12.00-12.10 h

PRIMER FIRMANTE

Rueda Molina, Carolina

AUTORES

Puerto Morlán, Araceli
Zamboschi, Nicolás

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Universitario Virgen de la
Victoria en Málaga

Estudio de mortalidad y secuelas en los pacientes diagnosticados de encefalopatía anóxica severa secundaria a parada cardiorrespiratoria

Objetivos

Analizar las características de los pacientes diagnosticados de encefalopatía anóxica severa (EAS) ingresados tras una parada cardiorrespiratoria recuperada (PCR).

Material y Métodos

Se diseñó un estudio observacional retrospectivo donde se incluyeron a todos los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Virgen de la Victoria entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2017 que fueron diagnosticados de EAS tras PCR. Definimos EAS como persistencia de la situación de coma sin datos de conexión con el medio al 3º día tras la PCR o al 4,5 día si se realizó hipotermia terapéutica (HT). El estudio se llevó a cabo mediante la revisión sistemática de historias clínicas. Se estudiaron variables relacionadas con las circunstancias de la PCR, pruebas complementarias realizadas para determinar el pronóstico funcional, mortalidad a los 3 meses y causa de mortalidad. En los supervivientes se evaluó la capacidad funcional a los 3 meses gracias a la escala Cerebral Performance Categories (CPC).

Resultados

Durante este periodo se diagnosticaron un total de 46 pacientes de EAS, de los cuales el 73,9 % (34) fueron varones con una edad media de 58,5 +/- 14,8 años. El tiempo medio de PCR fue de 25,5 +/- 13,7 minutos (se excluyeron para esta determinación a 3 pacientes por haberse reanimado tras PCR no presenciada) y el primer ritmo detectado fue en la mayoría de los casos no desfibrilable (78,3%). Solamente en el 8,7% (4 pacientes) de los casos se realizó HT. La mortalidad a los 3 meses fue del 97,8%, sobreviviendo una única paciente que quedó en situación de estado vegetativo persistente (CPC de 4). La gran mayoría de los pacientes (66,7 %) fallecieron como consecuencia del síndrome postparada (SPP) de entre los cuales el 90 % (27) se debió a consecuencias del daño cerebral severo originado y un 10% por evolución a shock distributivo refractario a tratamiento. Las causas de mortalidad restantes fueron por muerte encefálica en un 31,1% de los casos y por nueva PCR en un 2,2 % de los casos. En un 58,7% se decidió realizar una limitación del esfuerzo terapéutico en base al mal pronóstico neurológico evidenciado. Para ello se utilizaron pruebas complementarias como el EEG en un 91,3% del total los casos (42 pacientes) y/o TAC craneal (71,7%). Decir que del total de los pacientes que fallecieron un 43,5% fueron donantes de órganos y tejidos. En su mayoría fueron donantes tras ser diagnosticados de muerte encefálica (57,9%); si bien, desde el año 2015 que entró en nuestro centro el programa de donación en asistolia controlada, el 42,1% de los pacientes pudieron ser donantes gracias a esta opción.

Conclusiones

La encefalopatía anóxica continua siendo una causa importante de morbi-mortalidad entre los pacientes supervivientes a una PCR, por ello la importancia de los cuidados post-resucitación sigue siendo fundamental. Un porcentaje no despreciable de pacientes fallece tras haber adecuado las medidas para limitación del esfuerzo terapéutico, por lo que la realización de pruebas complementarias para determinar el pronóstico neurológico es fundamental para apoyar este tipo de decisiones.

Electrophysiology of muscle fatigue in cardiopulmonary resuscitation on manikin model

PRIMER FIRMANTE

Cobo Vázquez, CM. Facultad de Odontología, Universidad Complutense de Madrid

AUTORES

De Blas, Gemma. Servicio de Neurofisiología, Hospital Ramón y Cajal

Gasco García, M^o Carmen. Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

Introducción

La reanimación cardiopulmonar requiere que el reanimador adopte posiciones que podrían ser peligrosas para su columna vertebral, afectando específicamente a los músculos y ligamentos de la zona lumbar y los músculos espinales de la zona escapular. El aumento de la fatiga causado por la actividad muscular durante la reanimación podría producir una pérdida de calidad y eficacia, lo que podría comprometer la resuscitación.

Objetivos

El objetivo de este estudio fue evaluar el tiempo máximo que un reanimador puede realizar compresiones torácicas sin interrupciones correctamente sin fatiga muscular.

Material y Métodos

Este estudio piloto se realizó siguiendo las directrices CONSORT 2010 para la inclusión de población. De los 25 voluntarios, un total de 14 reanimadores fueron excluidos: cifoescoliosis (4), dolor muscular lumbar (1), tratamiento antiinflamatorio (3) y aquellos que no alcanzaron el 80% de las compresiones de pecho efectivas durante la prueba (6).

La actividad muscular en los músculos espinales altos (EA) y lumbares (L5) se evaluó mediante electromiografía mientras se realizaban compresiones continuas de tórax en un maniquí ResusciAnne. Los datos de la fuerza ejercida se analizaron según los grupos laterales y musculares usando la prueba t-Student para muestras pareadas. La influencia del tiempo, el grupo muscular y el lado se analizó mediante análisis multivariados ($p \leq 0.05$).

Resultados

A los 2 minutos, la actividad muscular EA (derecha: $50,82 \pm 9,95$; izquierda: $57,27 \pm 20,85 \mu V$) alcanzó los valores más altos. La actividad disminuyó a los 5 y a los 15 minutos. A los 2 minutos, la actividad L5 (Derecha: 45.82 ± 9.09 ; izquierda: $48.91 \pm 10.02 \mu V$) alcanzó los valores más altos. Después de 5 minutos y a los 15 minutos, la actividad disminuyó.

Conclusiones

La fatiga se produjo bilateralmente y el tiempo fue el factor más importante. La fatiga comenzó a los 2 minutos. Los reanimadores ejercen fuerzas compensatorias musculares para mantener compresiones efectivas. Este desequilibrio de fuerzas podría determinar la aparición de una mala postura, dolor musculoesquelético y lesiones a largo plazo en el reanimador.

81

SÁBADO 20
12.24-12.34 h

PRIMER FIRMANTE

Salinas Ronda, María Belén

AUTORES

García Espinosa, José Juan

López Rebollo, María Elia

Garrido Molina, José Miguel

Rosell Ortiz, Fernando

CENTROS DE TRABAJO

Empresa Pública de Emergencias
Sanitarias 061. Servicio Provincial
de Almería.

Apoyo telefónico a la reanimación cardiopulmonar (RCP Telefónica)

Introducción

El apoyo a la reanimación por testigos (RCP testigos) previa a la llegada de los equipos de emergencias es una recomendación clave en el tratamiento de la parada cardíaca extrahospitalaria (PCRe).

Objetivos

Describir la evolución de esta recomendación tras la implementación en un servicio de emergencias de un protocolo de apoyo telefónico a la reanimación (RCP telefónica) y los resultados en la recuperación de pulso de los pacientes y posterior alta hospitalaria.

Material y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes atendidos por un servicio de emergencias tras una PCRe. Se incluyen todos los casos en los que se realizó soporte vital avanzado (SVA) durante el periodo Enero 2008- Diciembre 2017, cuya PCRe no fuera presenciada por sanitarios u otros cuerpos de servicios públicos. Los cursos a operadores telefónicos de salas de coordinación y protocolización del apoyo telefónico se realizaron durante 2012. Se recogieron datos de la asistencia

prehospitalaria y estado tras reanimación.

Resultados

Se realizó SVA en 10743 casos. Se excluyeron 3044 (28,3%) porque los testigos no podían intervenir. De los 7699 casos incluidos, hubo RCP testigos en 2085 (27,1%), de los cuales 941 (45,1%) fueron gracias al apoyo telefónico. La progresión de la RCP telefónica demuestra dos periodos diferenciados (2008/2012 y 2013/2017). En el primero, sobre 3572 casos, 661 (18,5%) recibieron RCP testigos. De estos 661 casos, 179 (27,1%) llegaron con pulso espontáneo al hospital y 66 (10%) fueron dados de alta. En el segundo periodo se incluyeron 4127 casos, con RCP testigos en 1424 (34,5%) de ellos. De estos 1424 casos, 371 (26%) llegaron vivos al hospital y 135 (9,5%) recibieron el alta. En el primer periodo de 661 reanimaciones previas, hubo apoyo telefónico en 61 casos (9,2%), de estos 18 (29,5%) llegaron vivos al hospital y 5 (8,2%) recibieron el alta. En el segundo periodo, de los 1424 casos con RCP testigos previa, hubo apoyo telefónico en 880 casos (61,8%), de estos 216 (24,5%) llegaron vivos al hospital y 74 (8,4%) recibieron el alta.

Conclusiones

La implementación de un protocolo de RCP telefónica incrementa la RCP testigos y podría influir en el número final de pacientes que recuperan pulso espontáneo y reciben alta hospitalaria.

SÁBADO 20
12.36-12.46 h

PRIMER FIRMANTE

López Vergara, Loreto

AUTORES

Cid Tovar, Irene

García González, Inés

Bringas Bollada, María

Martínez Sagasti, Fernando

Martín Benítez, Juan Carlos

Núñez Reiz, Antonio

CENTROS DE TRABAJO

Servicio de Medicina Intensiva,

Hospital Clínico San Carlos

(HCSC) (Madrid)

VARIABLES ASOCIADAS A PRONÓSTICO NEUROLÓGICO FAVORABLE EN PACIENTES QUE SUFREN PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN UN HOSPITAL DE NIVEL III DURANTE TRES AÑOS

Objetivos

Conocer la epidemiología y las variables asociadas a pronóstico neurológico favorable de los pacientes que sufren parada cardiorrespiratoria (PCR).

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de las PCR atendidas en el HCSC de Octubre de 2014- 2017. Variables: demográficas, cardiopatía isquémica (CI), lugar de la PCR, testigos, ritmo inicial, tiempo de RCP básica (TRCPB) y avanzada (TRCPA), GCS inicial, hipotermia terapéutica, y estancia en UCI. Las variables cualitativas se expresan como % y las cuantitativas como media±desviación estándar. Se realizan test de Chi2 para comparar variables cualitativas, y t-Student y U de Mann Whitney para comparar variables cuantitativas. Se considera pronóstico neurológico favorable un CPC (Cerebral Performance Category) ≤2, y desfavorable >2.

Resultados

203 ingresos por PCR. Varones 73.4%. Edad 62.75±14.4 años. CGS ≤8: 79.5%. CPC ≤2: 41.4%. El 26% tenían CI previa, de estos 55.8% presentaron un CPC ≤2 (p=0.023).

No hubo diferencias significativas en el sexo ni en la edad respecto al pronóstico neurológico.

El 44,2% de los casos sucedieron en la calle (CPC ≤2: 51.1%) 30.2% en domicilio (CPC ≤2: 20%) y 25.6% en un centro sanitario (CPC ≤2: 53%). p = 0.0001. El 92.5% de las PCR fueron atendidas inicialmente por testigos, con buen pronóstico neurológico 44.6% vs 13.3% sin testigos (p=0.027). El primer ritmo fue DFB (39%). CPC ≤2: 70.5 % en DFB vs 23.8% en no DFB (p= 0.0001). Los pacientes con antecedente de CI, el 54.7% presentaron un ritmo inicial DFB, de estos el 75.9% con CPC ≤2 (p=0.013). El TRCPA fue significativamente menor en los de buen pronóstico (9.9±10.6 minutos) vs mal pronóstico (20±15 minutos); p= 0.0001. No hubo diferencias significativas en el TRCPB. Con respecto a los días de estancia en UCI, se encontraron diferencias estadísticamente significativas: buen pronóstico 10.9±13.1 días vs malo 5.4±6.7 días, p= 0.0001).

Conclusiones

Un alto porcentaje de los pacientes atendidos por PCR en nuestro hospital presentaron un pronóstico neurológico favorable. El antecedente de CI, el lugar de la asistencia, la reanimación por testigos, un primer ritmo DFB, el menor TRCPA y estancia en UCI más prolongada se asociaron a un mejor pronóstico neurológico.

SÁBADO 20
12.48-12.58 h

PRIMER FIRMANTE

Larrea Redín Andima ¹

AUTORES

Irusta Zarandona Unai ²

Alonso Moreno Daniel ¹

Sierra Carcedo Ana María ¹

Rolan Vallejos Javier ¹

Zubero Oleagoitia Miren Begoña ²

CENTROS DE TRABAJO

¹ Emergentziak Osakidetza

² Universidad del País Vasco
(UPV/EHU)

Frecuencia del masaje RCP a partir de medidas de variaciones de hemoglobina cerebral

Introducción/Objetivos

Durante la resucitación cardiopulmonar (RCP), el masaje cardíaco produce variaciones en las concentraciones de oxy (O₂Hb), deoxy (HHb) y hemoglobina total (cHb), obtenidas mediante oximetría cerebral con suficiente resolución temporal. El objetivo de este trabajo es establecer la posibilidad de determinar la frecuencia del masaje RCP mediante medidas de concentración de hemoglobina cerebral, así como el mejor canal de hemoglobina para dicha medida.

Material y Métodos

Tras la aprobación por el comité de ética (PI2017'97), se introdujo un oxímetro de alta resolución temporal (20 muestras/segundo) en una ambulancia del soporte vital avanzado. Se obtuvieron registros simultáneos del monitor-desfibrilador (LP15, PhysioControl) y del lóbulo frontal derecho del oxímetro (NIRO NX200, Hammamatsu) durante parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria.

Los registros se convirtieron a un formato abierto, se alinearon temporalmente, y se anotaron y revisaron mediante una herramienta propia desarrollada en Matlab. La impedancia torácica (LP15) se empleó

para determinar la verdadera frecuencia del masaje RCP, tras auditar las anotaciones de compresiones del software CodeStat (PhysioControl). Se analizaron secuencias con compresiones de duración superior al medio minuto.

Los canales de hemoglobina del lóbulo derecho se filtraron pasobanda (90-240 min⁻¹). Se analizó el espectro de hemoglobina en intervalos de 10-segundos, realizando el cálculo cada 5-segundos (solape 50%). La frecuencia del masaje RCP se determinó como la frecuencia de mayor amplitud del espectro de hemoglobina.

Resultados

Se analizaron 75 secuencias de compresiones de nueve pacientes, con duración mediana (rango intercuartil) de 1,1 (0,8-1,6) min, número de compresiones por secuencia de 156 (108-208), y frecuencia media del masaje RCP de 139 (102-175) min⁻¹. La mediana (percentil 10-90) del error absoluto en frecuencia para los canales O₂Hb, HHb y cHb fueron respectivamente: 1,28 (0,20-29,55) min⁻¹, 1,42 (0,21-37,00) min⁻¹, y 0,90 (0,14-4,11) min⁻¹. El error relativo fue 0,92 (0,15-19,14)%, 1,06 (0,16-25,43)% y 0,65 (0,11-3,04)% para los canales O₂Hb, HHb y cHb, respectivamente.

Conclusiones

Es posible determinar la frecuencia del masaje RCP con errores inferiores al 1% mediante medidas de hemoglobina en cerebro realizadas con oximetría de alta resolución temporal. La medida de hemoglobina total da mejor precisión que la de oxy o deoxyhemoglobina.

111

SÁBADO 20
13.00-13.10 h

PRIMER FIRMANTE

José M^a Navalpotro Pascual ¹

AUTORES

Mateos Rodríguez, A ²Peinado Vallejo, F ¹Les González, JI ¹Muñecas Cuesta, Y ¹Carrillo Moya, A ¹

CENTROS DE TRABAJO

¹ SUMMA112. Comunidad de
Madrid² Oficina Regional de Coordinación
de Trasplantes. Comunidad de
Madrid

La parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria como fuente de donación

Introducción

En Madrid, los servicios de emergencias médicas extrahospitalarias intervienen en los procesos de donación en asistolia no controlada, pero también en la donación tras muerte encefálica y asistolia controlada en muchos casos aunque de manera indirecta. Muchos de los pacientes recuperados de una parada cardiorrespiratoria (PCR) extrahospitalaria luego fallecen en el hospital siendo donantes.

Objetivos

Conocer el número y características de los pacientes que habiendo sido recuperados de una PCR extrahospitalario fallecen en el hospital y son donantes de órganos. Conocer el número de pacientes que fueron donantes en asistolia no controlada

Material y Métodos

Análisis retrospectivo sobre los pacientes que han sufrido una PCR extrahospitalaria durante un año. Se registró: sexo y edad, fecha del evento, si se hicieron maniobras de reanimación cardiopulmonar

(RCP), resultado de esta, situación del paciente al alta, si hubo donación y órganos extraídos.

Resultados

Se han analizado 1830 PCR tratadas por el SUMMA 112 desde el 1 de abril de 2017 al 31 de marzo de 2018, en las que se ha realizado RCP o cuidados postresucitación en 1101 ocasiones. De estos fueron donantes en asistolia no controlada 34 pacientes y llegaron con vida al hospital 424, de los que 137 fueron dados de alta vivos del hospital, de 61 no se conoce el resultado y el resto (226) fallecieron en el hospital. De los 226 que fallecieron en el hospital, 23 fueron donantes en muerte encefálica y 19 en asistolia controlada. Como consecuencia de estas donaciones y las de asistolia no controlada se obtuvieron 69 riñones, 20 pulmones, 30 hígados, 4 páncreas, 10 corazones y un páncreas y un estómago. La mediana de edad (RIQ) de los donantes en asistolia no controlada es 49 (38-55) años, mientras que en los que fallecen en el hospital es 53,5 (40,75-63). En los donantes en asistolia no controlada el porcentaje de mujeres es 14,8% y en los que fallecen en el hospital 44,7%.

Conclusiones

Los pacientes que sufren una parada cardíaca extrahospitalaria y recuperan pulso son una importante fuente de donación de órganos en donación tras muerte encefálica y donación en asistolia controlada.

PRIMER FIRMANTE

Pavón Prieto, María del Pilar ¹

AUTORES

Giráldez Martínez, Patricia ¹Mateos Lorenzo, Javier ²Freire Tellado, Miguel ¹Navarro Patón, Rubén ³Palla Sierra, Cristina ⁴

CENTROS DE TRABAJO

¹ F.P.U.S. 061 Galicia² 061 Cantabria;³ Facultad de Formación del
Profesorado de Lugo³ Hospital de Laredo

¿Cómo es de segura la recomendación sobre cuándo administramos adrenalina en ritmos desfibrilables?

Introducción

Las actuales guías de reanimación cardiopulmonar (RCP) recomiendan administrar adrenalina en la parada cardiorrespiratoria con ritmos desfibrilables en los dos minutos siguientes a la desfibrilación. Sin embargo, no se recomienda en pacientes con recuperación de circulación espontánea (RECE), por posibilidad de inducir una fibrilación ventricular. Con las actuales guías, al no comprobarse el ritmo hasta el final de los 2 minutos podría ser que se administre adrenalina en un paciente con RECE tras una desfibrilación eficaz.

Objetivos

Comprobar la posibilidad de que con el uso de la recomendación actual se administre adrenalina tras RECE potencialmente indetectada, cuando y si siguiendo una recomendación más explícita se podría evitar la administración de adrenalina tras RECE.

Material y Métodos

Estudio de simulación en maniquí de soporte vital avanzado (Laerdal), y usando un desfibrilador

estándar (Lifepack 12, Physio-control, Medtronic), Los análisis estadísticos han sido realizados usando SPSS para windows, versión 20.

Veintiocho residentes fueron randomizados en dos grupos. El primero (control) recibió las recomendaciones actuales y el segundo (experimental) recibió una recomendación modificada explicando el momento exacto de uso de adrenalina (tras análisis).

Resultados

En el grupo control la adrenalina ha sido administrada después de la desfibrilación y antes de la verificación del ritmo en el 93,3 % de los casos (M 23.964, DS 19.741, R 1 a 88 Seg después de la desfibrilación). En el grupo experimental, se ha administrado en el 100% de los casos, después de haber verificado el ritmo y antes de la desfibrilación. (M 15.045,DS 7.0877, R de 6 a 32 segundos después de la desfibrilación.

No se han encontrado diferencias significativas en la fracción de compresiones (tiempo en el que la víctima (maniquí) recibe compresiones cardíacas / tiempo total del ciclo) entre los 2 grupos.

Conclusiones

Siguiendo las recomendaciones actuales, la adrenalina ha podido administrarse durante una RECE. La recomendación explícita, administración tras análisis del ritmo y antes de la desfibrilación, redujo la probabilidad de que ocurra, sin aumento del tiempo sin compresiones.

132

SÁBADO 20
13.24-13.34 h

PRIMER FIRMANTE

Youcef Azeli Jarosch^{1,2,3}

AUTORES

Barbería Marcalain, Eneko^{4,5}Landín Roig, Inés^{4,5}Jiménez Herrera, María⁶Jiménez Fábrega, Xavier¹Bardají Ruiz, Alfredo^{5,7}

CENTROS DE TRABAJO

¹ Sistema de Emergències Mèdiques de Catalunya.² Servicio de Urgencias. Hospital Universitari Sant Joan de Reus.³ Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili. Tarragona.⁴ Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña. Tarragona.⁵ Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universitat Rovira i Virgili. Reus.⁶ Facultad de Enfermería. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona⁷ Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona

Nuevos factores de riesgo de lesiones graves secundarias a la RCP

Introducción

Las guías de resucitación cardiopulmonar (RCP) recomiendan una profundidad de compresión entre 5 y 6 cm para un adulto de tamaño medio. Existen escasos datos que ayuden a establecer el riesgo de producir lesiones en relación al tamaño de los pacientes.

Objetivos

Conocer la incidencia de lesiones torácicas óseas graves (LTOG) y de lesión visceral grave (LVG) secundarias a RCP y estudiar sus factores de riesgo incluyendo las variables antropométricas.

Material y Métodos

Se analizaron los datos de un registro prospectivo de paradas cardíacas extrahospitalarias. Se incluyeron de forma consecutiva 109 no supervivientes a un intento de RCP manual en los que se realizó un protocolo autópsico específico para el estudio de las lesiones secundarias a la RCP entre abril 2014 y mayo 2016. Se excluyeron los menores de 18 años, las muertes por traumatismo y los trasladados al hospital. Se

definió LTOG y LVG tal como lo hizo Koster RW recientemente. Se compararon los subgrupos según la gravedad de lesiones mediante la T de Student y la Chi cuadrado y se realizó un análisis de regresión logística utilizando SPSS v23.

Resultados

La mediana de edad de la muestra fue de 63 años, IQR [49-70] y el 32,1% fueron mujeres. El 63,3% presentaron LTOG, y el 14,7% LVG. No se halló relación entre la incidencia de lesiones y el tiempo de RCP, la RCP con testigos, el índice de masa corporal, la profundidad del punto de compresión y la causa de la muerte.

El subgrupo con LTOG fue más añoso (63 vs 59 años, $p=0,031$) y se asoció a una mayor proporción de pacientes con un perímetro torácico > 101 cm (58,2% vs 33,3%, $p=0,016$) y con un perímetro abdominal > 100 cm (62,3% vs 38,5%, $p=0,017$). En un análisis multivariado el perímetro torácico > 101 fue el único factor de riesgo para LTOG (OR 2,45; IC 95% 1,03-5,84) y el sexo femenino fue el único factor de riesgo para LVG (OR 5,016; IC 95% 1,18-21,25).

Conclusiones

Los pacientes con un perímetro torácico mayor de 101 cm tienen más riesgo de presentar LTOG. Las mujeres tienen mayor riesgo de presentar LVG.

150

SÁBADO 20
13.36-13.46 h

Evaluación del pronóstico a corto plazo tras parada cardiorrespiratoria en pacientes ingresados en la UCI Hospital Costa del Sol

Introducción

Ante la presentación de 2 casos en los últimos meses, de pacientes a priori con un pronóstico catastrófico, pero con un alto grado de recuperación funcional a corto plazo, nos planteamos la necesidad de revisar la casuística de pacientes ingresados en UCI por parada cardiorrespiratoria.

Objetivos

Evaluar el estado funcional al mes y a los 6 meses de los pacientes ingresados por parada cardiorrespiratoria (tanto intra como extrahospitalaria) en un hospital de 2º nivel de 379 camas (12 de UCI).

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo de los 116 pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Costa del Sol por parada cardiorrespiratoria. Para ello se incluyen los pacientes del periodo incluido entre el 1/1/2015 hasta el 1/6/2018. Se utilizan las escalas de Glasgow, Barthel e índice de Charlson al ingreso en UCI, al alta de UCI, al mes y a los 6 meses.

Resultados

La mediana de edad de nuestros pacientes es 66 años +/- 15'39 de desviación típica. En cuanto a la distribución por sexos, el 69'8% eran hombres y 30'2% mujeres. En cuanto a la escala de comorbilidad de Charlson presentaban ausencia de riesgo 31 de los pacientes, comorbilidad baja 11 pacientes y el resto comorbilidad alta. En cuanto a las paradas el 58'6% de las mismas fueron extrahospitalarias y el 41'4% fueron intrahospitalarias. Fueron presenciadas por un equipo médico el 44% de las paradas. Los ritmos de parada registrados fueron: asistolia en un 52'6%, fibrilación ventricular 21'6%, disociación electromecánica 16'5%, taquicardia ventricular 6'9%. La etiología de la parada más frecuente fue hipoxia en un 31'9%, seguidos de trombosis (coronaria, pulmonar o cerebral) 27'6%, arritmias 16'4%, trastornos electrolíticos 12'1%. 74 de nuestros pacientes continuaban con vida a las 24 horas. Fueron dados de alta de UCI el 43'1%, siendo éxitos el 50%, 6'9% trasladados a otros centros. La relación entre el tiempo de parada y la situación neurológica final, estudiada mediante la correlación de Spearman es significativa con un $p < 0'05$.

Conclusiones

A pesar de la apreciación subjetiva inicial que podamos tener los facultativos, nuestro estudio refleja que los marcadores pronósticos neurológicos negativos al inicio se correlacionan con una situación neurológica desfavorable a corto y medio plazo.

PRIMER FIRMANTE

Villalobos Herrera T

AUTORES

Moya Espinosa P

De la Cruz Morales I

Pérez Vacas J

Lobato Madueño F

Prieto de Paula JF

Zayas Ganformina B

Hospital Costa del Sol Marbella

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Costa del Sol Marbella

151

SÁBADO 20
10.48-10.58 h

PRIMER FIRMANTE

Salaberria Udabe Ruth ¹

AUTORES

Aramendi Ecenarro Elisabete ²Alonso Moreno Daniel ¹Amas Gómez Leyre ¹Etxeberria Altuna Naiara ¹Zubia Olaskoaga Félix ¹

CENTROS DE TRABAJO

¹ Emergentziak Osakidetza² Universidad del País Vasco
(UPV/EHU)

Monitorización continua de la RCP extrahospitalaria mediante oximetría cerebral y capnografía

Objetivos

El nivel de EtCO₂ medido en la señal de capnografía permite evaluar la calidad de la RCP suministrada al paciente. Recientemente se ha sugerido que la técnica de espectroscopia del infrarrojo cercano, que proporciona el nivel de saturación regional cerebral de oxígeno (rSO₂) mediante sensores colocados en la frente, podría ayudar a evaluar la eficacia de la RCP. En este trabajo se han comparado los cambios de rSO₂ y EtCO₂ en secuencias de compresiones torácicas proporcionadas por un dispositivo mecánico en paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias (PCREH).

Material y Métodos

Se introdujeron dos equipos de oximetría cerebral en sendas ambulancias del soporte vital avanzado una vez aprobado el proyecto por el correspondiente comité ético de investigación clínica (PI2017'97). El equipo SenSmart (Nonin) registró cada 4 segundos valores de rSO₂ en ambos lóbulos frontales, rSO₂D y rSO₂L. En paralelo y de forma sincronizada se grabaron mediante el monitor-desfibrilador LifePak15 (Physio-Control) la señal de capnografía, y las señales ECG e impedancia torácica a través de los parches de desfibrilación. En la impedancia torácica

se identificaron las secuencias de compresiones (>30s), suministradas por los dispositivos Lucas-2 y Lucas-3 (Stryker). Se procesaron las señales de oximetría y capnografía para calcular los niveles medios de rSO₂ y el EtCO₂ cada minuto de RCP.

Resultados

El oxímetro se conectó una media de 7.5 (5-13) min tras la llegada del servicio de emergencias. Se definieron un total de 86 secuencias de compresiones de dieciocho pacientes, de una duración media de 2,2 (1,2) min. La mediana (intercuartil 1-3) del incremento en la saturación durante la secuencia de compresiones fue de 2,6 (0,4 - 5,9) puntos porcentuales para rSO₂D y 1,9 (0 - 5,7) para rSO₂L, el incremento por minuto fue de 1,0 (0,2 - 2,8) y 1,1 (0 - 2,2), respectivamente. El incremento medio de EtCO₂ fue de 4,5 (2,0 - 7,8) mmHg por secuencia, y 2,0 (0,7 - 4,9) mmHg por minuto.

Conclusiones

La oxigenación cerebral y la capnografía mostraron tendencias crecientes durante secuencias de compresiones con compresor mecánico en PCREH. El valor de rSO₂, en cualquier lóbulo, podría ser un indicador subrogado de la efectividad de la RCP.

174

SÁBADO 20
13.48-13.58 h

PRIMER FIRMANTE

de Vicente Contreras, Diego

AUTORES

Ruiz Frías, Ángela

Rosell Ortiz, Fernando

CENTROS DE TRABAJO

Servicio Provincial Almería 061

Resultados de atención de PCR extrahospitalarias pediátricas en Andalucía

Objetivos

Describir las características generales y la supervivencia al alta de los pacientes pediátricos atendidos por parada cardíaca extrahospitalaria (PCRe).

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo, basado en el Registro Andaluz de PCRe. Se incluyeron los pacientes hasta los 16 años atendidos por emergencias entre enero/2008 y diciembre/2017 por PCRe. Como variables las características de los pacientes, del evento, de la atención prehospitalaria y el resultado hasta el alta hospitalaria.

Resultados

De los 10743 casos PCRe, 235 (2,2%) eran menores de 17 años, con un 63% varones. El motivo de consulta más demandado es PCR (35%) seguido de síncope (26%), otros como disnea (9%), accidente de tráfico (9%) o coma (1%) presentan menor incidencia. Un tercio se producen en el domicilio (35%), seguido de los sucedidos

en calle (16%), lugar público (14%) y centros extrahospitalarios (15%), remarcar que un 3% se producen en la UVI de traslado.

Más de la mitad (58%) son presenciadas, principalmente por familiares (54%) seguido de personal sanitario o de emergencias, presentando como etiología más prevalente la respiratoria (19%), seguida de la traumática (18%) y cardíaca (15%), no obstante, la mayor prevalencia es por causa desconocida (31%). En cuanto al ritmo inicial existe un predominio importante de asistolia (76,2%), con un porcentaje de ritmos desfibrilables muy bajo (7%).

A la llegada de personal sanitario se inició SVp en 160 casos (68%) de los cuales se le realizó SVB con ventilación a la mayoría (84%), y SVA solamente a 26 pacientes (16%), como resultado se produjeron 117 éxitos (50%), llegando un tercio vivos al ingreso (34%) y con RCP en curso un 16%.

Finalmente de los paciente ingresados (80) más de la mitad fueron éxitos (56%), 15 recibieron el alta con buen estado (19%, un 6,4% de todos los casos) y el resto con incapacidad moderada (5%) o severa (8,7%).

Conclusiones

La PCR pediátrica es poco frecuente. Habitualmente se producen fuera del domicilio con un ritmo inicial no desfibrilable. Aunque reciben reanimación previa a la llegada del equipo de emergencias la supervivencia al alta es pobre.

Pósters



3

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Peris Giner J.F. ¹

AUTORES

Fernández Campillo J. ¹Ramos Rincón J.M. ²Jimeno Lecina E ³Medina Álvarez J.C. ¹

CENTROS DE TRABAJO

¹ SERVICIO DE URGENCIAS.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
TORREVEJA² DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CLÍNICA. UNIVERSIDAD MIGUEL
HERNÁNDEZ³ SERVICIO DE MEDICINA
INTENSIVA. HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE TORREVEJA

“Efecto Weekends” en la parada cardíaca intrahospitalaria (PCR IH) en un hospital secundario

Objetivos

El momento en el que se produce la parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria (PCR IH), la disponibilidad de medios y el inicio de una resucitación de calidad, son factores que tienen un gran impacto en el resultado. Varios estudios han encontrado diferencias significativas en el resultado de la atención a la PCR IH en horario laboral y en horario no laboral.

Nuestro objetivo es conocer el impacto del llamado “efecto weekends” en nuestro hospital.

Material y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de las PCR IH durante los años 2015 y 2016. Se extrajeron datos del Registro de Paradas, relativos al día de la semana y al resultado de la RCP, exitosa o no.

Resultados

Durante el periodo estudiado fueron atendidas 150.594 urgencias: 109.528 en días laborables y 41.066 en festivos. Se recogieron 57 casos de PCR IH, 36 en horario laboral y 21 fuera del horario laboral. La tasa global de PCR IH fue de 3,78/10.000 urgencias, así la tasa en horario laboral fue de 3,28/10.000 urgencias, mientras

que en fin de semana fue superior (5,11/10.000 urgencias) ($p=0,104$)

De las 36 paradas en horario laboral, 21 (58,3%) fueron en varones y 15 (41,7%) en mujeres, en cambio de las 21 paradas en horario festivo, 7 (33,3%) fueron en varones y 14 (66,7%) en mujeres ($p=0,065$). Sobrevivieron 19 (52,8%) en horario laboral y 11 (52,4%) en horario festivo ($p=0,999$). De las paradas en horario laboral 23 (63,9%) fueron triadas como rojo, 8 (22,2%) como naranja y 5 (13,9%), en cambio las paradas en periodo festivo, 9 (42,9%) fueron rojo, 8 (38,1%) naranja y 4 (19,0%) amarillo ($p=0,201$).

La mediana de edad de las paradas durante el día laborales fue de 20 años (p_{25-p75} : 68-72) similar a la edad media de las paradas del fin de semana (mediana 68 años (p_{25-p75} : 66-70) ($p=0,421$))

Conclusiones

Los datos generales de supervivencia a la PCR IH de nuestro estudio son superponibles a los de otros estudios publicados (Trends in Survival After In-Hospital Cardiac Arrest During Nights and Weekends. Ofoma en J Am Coll Cardiol 2018; 71: 402-411), pero no encontramos diferencias significativas en nuestro hospital en el número de supervivencias tras una parada en horario laboral o no laboral.

6

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Piquero Redondo, Sonia

AUTORES

Díaz González, Ainhoa

Noriega Miguel, María Consuelo

RCP precoz, zonas cardioprotegidas

Introducción

En los últimos años ha aumentado la preocupación de la sociedad sobre la importancia de iniciar una reanimación cardiopulmonar (RCP) de forma precoz, combinándolo con el uso del desfibrilador automático (DEA) en el tratamiento de la parada cardiorrespiratoria (PCR). Esto ha provocado que cada vez más zonas dispongan de un DEA, generando así, la posibilidad de tratar a las personas de forma más rápida y eficaz, gracias a los medios de actuación básicos. Cada minuto de retraso en el inicio de la RCP, disminuye entre un 8-10% la probabilidad de supervivencia, en un tiempo de 3-5 minutos la tasa de supervivencia es del 50-70%. Debido a que entre el 50-60% de los accidentes cardiovasculares se producen en zonas públicas en presencia de testigos, la realización de RCP precoz por un testigo duplicaría o triplicaría las probabilidades de supervivencia. Este tiempo de actuación es vital ya que el tiempo de llamada a los servicios de emergencia y el intervalo de respuesta es de 8 minutos o más. Por esto, la supervivencia depende directamente de las primeras personas que detecten la PCR e inicien la cadena de supervivencia.

Objetivos

Conocer los espacios disponibles con DEA y la formación de RCP básica de la población.

Material y Métodos

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica, sobre la presencia de DEA en sitios públicos y del reconocimiento/formación, de la sociedad de técnicas básicas de RCP.

Resultados

Tras la publicación de las guías del ERC 2015, se destaca la importancia de aumentar la instalación de desfibriladores y de promover la formación de los ciudadanos en soporte vital básico (SVB) y DEA. El uso del DEA facilita al usuario realizar la cadena de forma eficaz, ya que sólo tiene que seguir las instrucciones de voz, y el propio DEA realizará una descarga eléctrica en caso de que sea necesario.

Conclusiones

Es de vital importancia educar y concienciar a la población sobre la importancia de una RCP precoz, la cadena de supervivencia y los beneficios de realizarla de forma precoz.

7

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Ainhoa Díaz González.
Enfermera del Servicio de Salud
del Principado de Asturias

AUTORES

Piquero Redondo, Sonia
(enfermera del SESPA)Álvarez García, Nuria (enfermera
del SESPA)Menéndez García, Xana
(enfermera del SESPA)

Diferencias en las maniobras de reanimación cardiopulmonar entre pacientes adultos y niños

Introducción

Se puede definir la parada cardiorrespiratoria como una situación clínica en la cual ocurre una interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la actividad cardíaca y/o respiratoria, siendo sus principales síntomas la inconsciencia, la apnea y la ausencia de pulso. En pediatría, frecuentemente es el resultado de una disfunción respiratoria, mientras que en los adultos la principal causa es cardíaca. Esto va a conllevar una serie de implicaciones a la hora de llevar a cabo las maniobras de la reanimación cardiopulmonar (RCP).

Objetivos

Analizar las diferencias existentes en las maniobras de reanimación cardiopulmonar de niños y adultos.

Material y Métodos

Para realizar la comparación entre la RCP de adultos y la pediátrica se han utilizado las recomendaciones de la European Resuscitation Council (ERC) y otras guías de práctica clínica obtenidas de bases de datos científicas y otros recursos.

Resultados

Las principales diferencias entre la RCP en adultos y en niños son: en cuanto al inicio, en adultos deben hacerse 30 compresiones torácicas mientras que en niños menores de 8 años deben hacerse 5 ventilaciones de rescate; respecto al ritmo, en adultos se recomienda uno de 30 compresiones y 2 insuflaciones y en niños solamente 15 compresiones y 2 insuflaciones; en relación al pulso, en adultos y en niños mayores de un año se recomienda palpar el carotídeo y en lactantes el braquial; en lo relativo a las insuflaciones, en adultos y niños mayores de un año se realizan boca a boca mientras que en lactantes son boca a boca-nariz; en lo referente a las compresiones, en adultos y en niños mayores de 8 años tienen que realizarse por debajo del apéndice xifoides y en los menores de 8 en la mitad inferior del esternón; y finalmente en cuanto a la duración de las maniobras, en niños deben de alargarse 60 o 65 minutos y en adultos como máximo 25 ó 30.

Conclusiones

Resulta de gran importancia que los profesionales sanitarios conozcan las diferencias entre las maniobras de RCP en adultos y en niños, y puedan desempeñarlas de manera adecuada en el momento necesario independientemente de la edad del paciente.



EXPOSICIÓN PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Noelia Vázquez Escuredo,
Unidad de Cuidados Intensivos,
Hospital Povisa, Vigo,
Pontevedra

AUTORES

Rodríguez Núñez Antonio,
Departamento Psiquiatría,
Radiología, Salud Pública,
Enfermería y Medicina, Unidad de
Cuidados Intensivos Pediátricos,
Hospital Clínico Universitario de
Santiago

Calidad de ventilación, con bolsa y mascarilla, realizada por estudiantes de Enfermería en un modelo lactante

Introducción

La principal causa de parada cardiorrespiratoria (PCR) en un niño es un proceso hipóxico previo, por ello es fundamental asegurar una ventilación eficaz durante la reanimación cardiopulmonar (RCP). La ventilación con bolsa y mascarilla se considera la forma ideal de proporcionar ventilación de emergencia efectiva. Aunque la "ventilación para las necesidades del paciente" es el objetivo durante la reanimación, en la práctica, cuando el rescatador está ventilando por medio de bolsa autoinflable, es difícil saber el volumen preciso que se está entregando.

Objetivos

Conocer la calidad de ventilación en un modelo de lactante en PCR por parte de estudiantes de Enfermería de 3º y 4º curso mediante bolsa autoinflable y mascarilla. Explorar si la presión ejercida para administrar el volumen en cada ventilación es la adecuada.

Material y Métodos

Se realizó un estudio cuasiexperimental de tipo observacional en condiciones de laboratorio de simulación. La muestra de estudio estuvo formada

por estudiantes de Enfermería de 3º y 4º curso. Se leyeron las instrucciones textualmente a todos los participantes y, tras realizar un período de prueba, se realizó la recogida de cinco minutos de duración con tres sujetos, el sujeto número 1 realizaba ventilaciones con mascarilla autoinflable con reservorio de tamaño lactante (500ml), mascarilla talla 0 y un manómetro acoplado durante toda la recogida, mientras que, los otros dos sujetos realizaban 2 minutos de RCP, tras los cuales, el investigador les indicaba que se cambiasen.

Resultados

Se analizaron 68 participantes. 60 participantes (88,3%), obtuvieron una calidad ventilatoria >70%, siendo 51 (75%) los que la obtuvieron entre un 96-100%, mientras que 8 (11,7%) tuvieron <70%. El porcentaje de mayor presión durante la ventilación fue entre 20-30 cm H₂O en 20 participantes (29,4%). No se hallaron diferencias significativas en la calidad ventilatoria dependiendo del curso académico.

Conclusiones

En un modelo de lactante, la calidad de ventilación por parte de estudiantes de enfermería es aceptable, aunque, en general, administran menos ventilaciones por minuto de las necesarias e insuflan más volumen del requerido en cada ventilación. En la formación de Enfermería debe insistirse en la calidad de ventilación durante la RCP de niños.

9

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

López González, A^a

AUTORES

Rabanales Sotos, J^aVillada Molina, E^aLópez Tendero, J^bRamírez Tercero, A^bLópez Tendero A^a

CENTROS DE TRABAJO

^aFacultad de Enfermería de
Albacete. UCLM^bComplejo Hospitalario
Universitario de Albacete¿Se relaciona la calidad de las compresiones
torácicas externas con la fuerza del reanimador?

Introducción

Un paro cardíaco necesita reanimación cardiopulmonar (RCP) inmediata. La RCP se compone de compresiones torácicas externas (CTE) alternadas con ventilaciones. Las CTE deben conseguir una profundidad de 5-6 cm con una frecuencia de 100-120/s. Se ha sugerido que la fuerza muscular de los miembros superiores (FM-MMSS) podría jugar un papel relevante en la calidad de las CTE.

Objetivos

En tres minutos de RCP, 1) analizar las diferencias por género en las CTE correctas entre categorías de estado ponderal y fuerza muscular; 2) examinar la asociación del índice de masa corporal (IMC) y la FM-MMSS con las CTE correctas; y 3) establecer los puntos de corte de fuerza muscular en MMSS para realizar CTE correctas.

Material y Métodos

Estudio cuasi-experimental que incluyó 125 estudiantes de Enfermería. Se registraron variables sociodemográficas y se determinaron IMC y FM-MMSS mediante dinamometría manual.

Sobre maniquí de enseñanza (Laerdal Resusci

Anne CPR-D and SkillReporter®; Laerdal Medical; Stavanger, Noruega), se registró el ritmo, localización, profundidad, velocidad de compresión y reexpansión torácica. Se consideraron CTE correctas aquellas que cumplieron los criterios de la European Resuscitation Council (ERC) 2015.

Resultados

El ritmo de compresión fue mayor en mujeres ($p \leq 0,05$), esta diferencia por género desaparece al controlar como covariables la edad, IMC, y FM-MMSS. El porcentaje de CTE con profundidad correcta fue significativamente mayor en hombres ($p \leq 0,05$), manteniéndose estas diferencias al controlar variables. Al comparar el porcentaje promedio de CTE correctas según estado ponderal y FM-MMSS en análisis bivalente, se observó que ninguno de ellos se influía significativamente por el IMC ni por la FM-MMSS. En la curva ROC (receiver operating curves) el mejor punto de corte fue de 21,75 kg de FM-MMSS (sensibilidad 0,86%, especificidad 0,807%, área bajo la curva 0,561).

Conclusiones

La profundidad de las CTE fue mayor en hombres incluso al controlar covariables. Las CTE correctas no se influenciaron por un mayor IMC ni FM-MMSS. La FM-MMSS necesaria se encuadra en un nivel bajo, por lo que concluimos que, en reanimaciones de corta duración, la fuerza no mejora la calidad de las CTE, reafirmando la recomendación del ERC de relevar frecuentemente al reanimador durante reanimaciones prolongadas.

10

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Enrique Cordero Cañas,
Semyu112, Médico de
Emergencias y Cuidados
Críticos

AUTORES

Sofía Olmos Costa, Semyu112,
Enfermera de Emergencias y
Cuidados Críticos

Análisis de la optimización de los tiempos de monitorización y primeras técnicas en RCP

Objetivos

Comparar los tiempos empleados para la monitorización y realización de la batería básica de pruebas (SpO₂, EKG 4D y 12D, PNI, glucemia capilar, temperatura), entre Equipos con un modelo de reparto de funciones organizado estándar frente a Equipos sin modelo de organización.

Comparar los tiempos de intervención clave en PCR (aislamiento de la vía aérea y ventilación mecánica, canalización vascular, administración de la primera descarga eléctrica y de la primera droga), entre Equipos con modelo de trabajo organizado, frente a Equipos sin modelo.

Material y Métodos

Seleccionamos e identificamos dos grupos diferenciados de Equipos de profesionales: (A) Equipos entrenados en nuestro modelo de trabajo organizado; (B) Equipos de profesionales de reciente incorporación al Servicio, sin entrenamiento en nuestro modelo de trabajo organizado en Equipo, aunque sí con formación en SVA/RCP.

Recogimos los tiempos de las asistencias durante el periodo comprendido entre el 01/11/2017 y 30/4/2018, con un total de 206 primarios atendidos (91 grupo A; 115 grupo B).

Calculamos las medias de los tiempos analizados, comparando los resultados entre ambos grupos.

Resultados

Los tiempos medios de realización de la batería básica de pruebas, se redujeron en un 66% (T medio grupo (A) 3'07" frente a 9'12" grupo (B)).

En los casos que requirieron maniobras de reanimación cardiopulmonar, se redujeron los tiempos de monitorización EKG 4D y primera desfibrilación, aislamiento de la vía aérea y ventilación mecánica en el grupo A, frente al grupo B.

En cambio no se apreció reducción significativa de los tiempos medios de inicio de compresión torácica, canalización vascular, ni de administración de la primera droga entre ambos grupos.

Conclusiones

Un aspecto clave en la atención a la emergencia Extrahospitalaria es la optimización de los tiempos que los equipos humanos dedican a la asistencia en sí misma de cada paciente en situación de emergencia vital. Disponer de un modelo de trabajo organizado en Equipo, implantado en los Servicios de Emergencias Sanitarias, no debe ser una opción, sino un elemento clave para la mejora de los tiempos asistenciales.

11

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Enrique Cordero Cañas,
Semyu112, Médico de
Emergencias y Cuidados
Críticos

AUTORES

Sofía Olmos Costa, Semyu112,
Enfermera de Emergencias y
Cuidados Críticos

La etco2 en la extrahospitalaria no es sólo para verificar la intubación

Presentación

Presentamos un caso clínico en el que durante el traslado interhospitalario de un paciente portador de marcapasos temporal, y conectado a Ventilación Mecánica, presenta una fibrilación ventricular (enmascarada por la actividad eléctrica del MP), que pudo ser identificada inmediatamente gracias a la monitorización continua de EtCO₂, iniciando compresión torácica y técnicas de soporte vital sin demora.

Caso clínico

- Varón, 78 años, insuficiencia cardíaca, sufre IAM la tarde anterior al traslado, Killip IV; fibrinolizado, se traslada para ICP de rescate. RSTP 20.
- En estado crítico; FC 70 (ritmo MP), TA 89/50; intubado y conectado a ventilación mecánica, hemodinámicamente inestable, portador de marcapasos temporal.
- Medicación: noradrenalina a 0,6 mgr/kg/min, furosemida, midazolam y remifentanilo.
- Monitorizamos al paciente y nos hacemos con el control de su ventilación. EtCO₂ inicial 34.

- Al subir a la UVI Móvil comenzamos a ver que la EtCO₂ baja hasta 19, a pesar de hipoventilar, y sigue en descenso, siendo la onda "normal". En monitor EKG continúa presentando lo que parece un ritmo de marcapasos, QRS ancho a 70. Al bajar EtCO₂ a 7 buscamos pulso central, que no detectamos, iniciando compresión torácica. Tras apagar el marcapasos observamos que presenta una FV fina. Desfibrilamos. Continuamos compresión torácica. Revierte a ritmo sinusal a unas 34 spm, con pulso central débil. Recupera EtCO₂ a 37. Encendemos marcapasos. Continuamos traslado.

Conclusiones

La EtCO₂ en la emergencia Extrahospitalaria ha venido para quedarse, y no exclusivamente para la comprobación de la adecuada colocación del tubo endotraqueal, como suele ser la primera o única aplicación que se nos viene a la mente al hablar de ella. La capnografía, con visualización de la forma de la onda, nos proporciona además importante información adicional sobre la ventilación del Paciente que la vuelve imprescindible cuando manejamos ventilación mecánica, relegando a un segundo plano a la SpO₂. Pero la verdadera revolución sobre su aplicabilidad la podemos obtener en el momento en que relacionamos la EtCO₂ con la perfusión titular, devolviéndonos información relevante en casos de shock, parada cardíaca o, cómo en el caso expuesto, cese de la circulación espontánea en circunstancias de compleja monitorización.

12

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Enrique Cordero Cañas,
Semyu112, Médico de
Emergencias y Cuidados
Críticos

AUTORES

Sofía Olmos Costa, Semyu112,
Enfermera de Emergencias y
Cuidados Críticos

Análisis de la intervención del líder durante la resolución de megacodes en RCP

Objetivos

Analizar las acciones que lleva a cabo el profesional que ocupa la posición de líder "a la cabeza del paciente", tras recibir un curso de SVA/RCP-A reconocido por el Consejo Español de RCP, SEMICYUC o AHA.

Material y Métodos

Criterios de inclusión: médicos y enfermeros graduados de 2012 en adelante, y que hubieran recibido al menos un curso de SVA entre enero de 2012 y enero de 2017.

Criterios de exclusión: haber recibido formación específica en RCP en Equipo.

Muestra: 18 médicos y 15 enfermeros. Periodo del estudio: enero a noviembre de 2017.

Con los profesionales seleccionados, formamos 11 equipos de 3, y les realizamos un MEGACODE en el que registramos las acciones que llevaba a cabo el profesional que ocupaba la posición de líder. En cada equipo, y al finalizar el MEGACODE, turnamos a los miembros, enfrentándolos a un MEGACODE diferente para evitar que entre ellos

podieran repetir o imitar las intervenciones del caso previo. Registramos las acciones de 33 líderes. No explicamos de qué trataba el estudio. Los profesionales pensaban que estaban entrenando en RCP.

Resultados

Los 33 profesionales llevaron a cabo las siguientes acciones, independientemente de que resolvieran bien o no el MEGACODE propuesto: 1) valoración ABC, 2) liderazgo, 3) manejo de la vía aérea, 4) ventilación manual, 5) coordinación.

La monitorización inicial con palas por el líder fue realizada por 20 participantes -61%- (17 médicos -94%-, y 3 enfermeros -20%-)

Ningún líder realizó la monitorización EKG4D.

12 líderes -36%-, se turnaron para aplicar compresión torácica (2 médicos- 11%-, y 10 enfermeros -67%-).

Conclusiones

Pudimos observar que la formación impartida al líder le centra en dar instrucciones a los demás miembros del equipo, mientras dedica sus manos a la administración de ventilaciones sincronizadas con las compresiones torácicas. Casi el 40% de los ritmos iniciales no fueron precozmente identificados al no llevarse a cabo la monitorización EKG en los primeros minutos.

En Equipos de 3, con una formación específica para trabajar en Equipo durante la RCP, se podrían obtener mejores resultados que con la actual formación centrada en dedicar a un miembro al liderazgo del Equipo.

13

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE
Molas Pla, Marta

AUTORES
Sidera Domènech, Lúdia
Teixidó Llorià, Jordina
Planella Albi, Èric
Mercader Pi, Xavier
Sanchez Ginés, Adriana

CENTROS DE TRABAJO
Unidad Cuidados Intensivos,
Hospital Universitario de Girona:
Doctor Josep Trueta

Implantación de un equipo de prevención y atención a la parada cardiorrespiratoria

Introducción

En enero de 2017 se implantó el Equipo de Prevención y Atención a la Parada Cardiorrespiratoria (EPAPCR) en un hospital terciario. Este equipo multidisciplinar tiene un doble circuito: el Equipo de Prevención de la Parada o Equipo de Respuesta Rápida (ERR) y el Equipo de Parada Cardiorrespiratoria (EPCR).

Objetivos

- Mejorar la atención al paciente crítico fuera de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y evitar la progresión de un proceso patológico hasta desencadenar una Parada Cardiorrespiratoria (PCR).
- En caso de PCR intrahospitalaria disponer de un equipo multidisciplinar para realizar las actuaciones correspondientes.

Material y Métodos

Los profesionales del ERR son médicos de medicina intensiva, enfermería de críticos y celador. En caso de PCR a este equipo se le suman médicos de anestesia y cardiología.

La activación del EPAPCR en caso de PCR la puede realizar cualquier trabajador sanitario y/o no sanitario a través de los teléfonos del hospital des de un número directo y asegura la asistencia del paciente en un tiempo inferior a 3 minutos.

La activación específica del ERR la puede realizar cualquier trabajador sanitario, cuando se cumplan los criterios de activación, asegurando la atención del paciente grave en menos de 5 minutos.

El personal de enfermería de hospitalización dispone de la escala Early Warning Score (EWS), un nuevo elemento de valoración, que permite identificar las necesidades asistenciales de todos los pacientes hospitalizados y que, en caso de ser necesario, es el instrumento para activar el ERR.

Resultados

La implantación del EPAPCR permite identificar y tratar, a través de un grupo de profesionales entrenados, aquellas personas no hospitalizadas en unidades de críticos que se encuentran en un proceso de deterioro agudo y precisan cuidados especializados en un momento determinado. En caso de PCR intrahospitalaria la intervención multidisciplinar permite un abordaje terapéutico amplio y especializado en la resolución de esta situación crítica.

Conclusiones

Antes del 2017 la incidencia de PCR era de 31 episodios/año. Durante el primer año de funcionamiento del EPAPCR se han registrado 19 episodios de PCR. Este hecho supone una reducción del 39% en la incidencia de PCR intrahospitalaria.

14

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Molas Pla, Marta

AUTORES

Teixidó Llorià, Jordina

Mercader Pi, Xavier

Planella Albi, Èric

Sidera Domènech, Lúdia

Martín Hernández, Susanna

CENTROS DE TRABAJO

Unidad Cuidados Intensivos,

Hospital Universitario de Girona:

Doctor Josep Trueta

El papel de enfermería en el equipo de prevención y atención a la parada cardiorrespiratoria

Introducción/Objetivos

La implantación del Equipo de Prevención y Atención a la Parada Cardiorrespiratoria (EPAPCR) ha causado la adquisición de nuevos roles de los profesionales de enfermería dentro del centro sanitario.

Material y Métodos

Previa implantación del proyecto el personal de enfermería de hospitalización recibió formación específica referente a los circuitos de activación de los cuales se dispondría y cursos de Soporte Vital Básico con Desfibrilador Externo Automático (SVB+DEA). Coincidiendo con esta implantación se consideró importante dotar al personal de enfermería de unidades convencionales con la escala Early Warning Score (EWS). Dicha escala es una herramienta objetiva y validada que estratifica el nivel de prioridad asistencial que requiere el paciente y permite la activación directa del EPAPCR en base a determinados signos clínicos. Al personal de enfermería del EPAPCR, con perfil de críticos, se le proporcionó una formación específica relacionada con los circuitos de activación, mecanismos de comunicación y material de trabajo.

Resultados

La figura de enfermería del EPAPCR permanece permanentemente localizable mediante un localizador y representa un soporte asistencial en servicios de críticos a la espera de su activación. Es su responsabilidad verificar el material asistencial, su repostaje y el registro de la intervención en formato papel. Dichos registros permiten una posterior valoración del personal de enfermería del EPAPCR mediante un debriefing mensual que permite mejorar la calidad asistencial futura.

Conclusiones

La adquisición de nuevos roles asistenciales por parte de enfermería nos permite afirmar que dicho colectivo es una pieza fundamental en el éxito de la implantación del EPAPCR en el Hospital Universitario de Girona: Doctor Josep Trueta. Su constante evaluación de la actividad mediante debriefing promueve la mejoría de la práctica asistencial y aumenta la seguridad clínica. La formación pre y post implantación en el colectivo de enfermería, ya sea de hospitalización o del EPAPCR, es un elemento indispensable para el éxito del proyecto.

15

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Amaya Echarte Alfaro

CENTROS DE TRABAJO

Unidad de Cuidados Intensivos

-A del Complejo Hospitalario de
Navarra

Monitorización continua de la calidad del soporte vital avanzado mediante capnografía

Introducción

Dado que los valores capnograficos (ETCO₂) se correlacionan con el gasto cardíaco logrado durante las maniobras de resucitación cardio pulmonar (RCP), en el año 2010 las guías internacionales en RCP añaden tres objetivos más de la monitorización continua del ETCO₂ durante la RCP : valoración de la calidad del masaje cardíaco, indicador temprano de la recuperación circulatoria espontánea y pronostico de la reanimación, además de la verificación de la correcta colocación del tubo endotraqueal (TET) ,aconsejado en el 2005, por el European Resucitación Council .

En la última actualización del 2015, se añade su utilidad como predictor de la reanimación fallida junto con una valoración multidimensional.

Sin embargo, en la práctica, no siempre todo el personal conoce sus utilidades durante una RCP.

Objetivos

Conocer las utilidades de la monitorización continua del ETCO₂ y sus valores a tener en cuenta en la RCP.

Material y Métodos

Revisión bibliográfica en pubmed y google académico.

Palabras claves: capnografía, reanimación , masaje cardíaco y calidad.

Resultados

- La curva capnografica comprueba la correcta localización del TET
- Valores de ETCO₂ inferiores a 10mmHg indican la necesidad de corregir la técnica de masaje cardíaco hasta superar los 10 mmHg.
- Las fluctuaciones de hasta 10mmHg durante la RCP pueden ser debidas al cansancio del reanimador, pudiendo alcanzar los valores de ETCO₂ previos con corrección de la técnica o cambio de reanimador.
- Una elevación mantenida de 20mmHg puede ser un indicador temprano de la recuperación de la circulación espontánea.
- Valores inferiores a 10 mmHg durante 20 minutos de RCP, pronostican un resultado infausto. Desaconsejando su uso aislado en la decisión de finalizar la RCP.

Conclusiones

La monitorización sistemática continua del ETCO₂ durante la RCP en pacientes intubados representa un parámetro de calidad de la reanimación.

16

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Retuerto Martínez, Enrique F.*

AUTORES

González Navarro, María Dulce*

Martínez Martínez, Pascual*

Ferrández Abellán, Margarita*

Ruiz Gómez, Virginia **

Marco Gil, Laura**

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Comarcal Virgen del

Castillo, Yecla-Murcia,

* Médico Servicio de Urgencias

** DUE Servicio Urgencias

Análisis dafo de una experiencia docente en RPCb en la comunidad educativa

Introducción

Las actividades de sensibilización en la comunidad sobre reanimación cardio pulmonar básica (RCPb) son necesarias, además es importante evaluar la eficacia sobre los procedimientos que se realizan y la impresión de los profesionales que intervienen en la misma.

Objetivos

Evaluar a través de una matriz DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de mejora) la intervención docente de los profesionales sanitarios sobre RCP en la comunidad educativa de nuestra población.

Material y Métodos

El proyecto educativo sobre Soporte Vital Básico se ha desarrollado durante 2016-2018, dirigido a alumnos de primaria, secundaria y profesores (total de participantes 1660), la formación ha sido impartida por médicos y enfermeros pertenecientes a pediatría y urgencias hospitalarias. Tras finalizar las intervenciones en los centros educativos, se ha enviado de forma telemática una pregunta de opinión sobre los puntos débiles y los puntos

fuertes a los sanitarios que han ejercido de monitores. Se utilizará el método DAFO para analizarla y extraer conclusiones. La encuesta ha sido cumplimentada por 11 de los 23 docentes.

Resultados y Conclusiones

El análisis interno hace referencia a las debilidades y fortalezas, en cuanto a las debilidades se debería adaptar el horario de las charlas para incluirlo en la jornada laboral de los trabajadores y que no suponga un esfuerzo de voluntariado en sus días libres, falta de acreditación como horas de docencia para el monitor, muñecos de RCP que no son propios y como fortalezas: trabajo en equipo, adecuada coordinación, implicación de los profesionales, actualización de conocimientos. El análisis externo hace referencia a las amenazas y fortalezas, como amenazas se incluye la infraestructura (a veces espacio insuficiente para las prácticas en equipo), falta de motivación de los adolescentes (ocasionalmente se niegan a hacer las prácticas) y en cuanto a las oportunidades de mejora, evaluar el impacto de la formación con cuestionarios teóricos/prácticos no solo formularios de opinión, elección de la franja de edad donde puede ser más eficaz la formación, utilización de material audiovisual, enmarcar la formación en un proyecto comunitario para garantizar la periodicidad del mismo, que esté incluido en la programación de los centros, con un tiempo mínimo de formación

17

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Retuerto Martínez, Enrique F.*

AUTORES

González Navarro, María Dulce

Lozano Pastor, Victoria

Eugenia****

Muñoz Escuder, Cristina M^a.***

Jiménez Candel, María Isabel****

Martínez Martínez, Álvaro***

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Comarcal Virgen del

Castillo, Yecla-Murcia

* Médico Servicio de Urgencias

** DUE Servicio Urgencias

*** DUE Servicio de Pediatría

**** Pediatra

***** DUE otros Servicios

Proyecto de divulgación: “Salvacorazones en nuestra comunidad”

Introducción

Para iniciar el primer eslabón en la cadena de asistencial de la reanimación cardiopulmonar es necesario sensibilizar a la población.

Objetivos

Difundir una experiencia docente de profesionales sanitarios hacia la comunidad educativa.

Material y Métodos

La duración del proyecto engloba 2016-2018. En septiembre y octubre de sendos años se inicia fase de difusión, inscripción y programación, entre noviembre-junio, se han realizado las sesiones docentes y en julio y agosto de cada año se ha revisado material docente, encuestas de calidad y celebrado reuniones de equipo. La docencia la realizaron de forma voluntaria médicos y enfermeros adscritos a los servicios de urgencias y pediatría de nuestro hospital. El plan de divulgación en Soporte Vital Básico diseñado, incluye la Conducta de protección, auxilio y socorro, Reanimación Cardio Pulmonar Básica (RCPb), Atragantamientos, Desfibriladores Externos Semiautomáticos (DESA). Adaptado a alumnos y profesores de educación

primaria y secundaria. La duración de las sesiones es de 1 a 2 horas, según disponibilidad del curso, constan de una parte teórica de unos 30 minutos y una segunda parte práctica del resto, en la que se hacen grupos de 4-6 alumnos tutelados por un monitor. Al finalizar la sesión se entrega encuesta sobre calidad.

Resultados y Conclusiones

Han participado 23 profesionales sanitarios. Se ha intervenido en todos los centros educativos de nuestra población, (14).

De los 14 centros educativos 11 eran de educación primaria y 3 de educación secundaria. 12 sesiones se dirigieron a profesores, 53 sesiones a alumnos de cursos 4º, 5º y 6º de primaria, 1 sesión a curso de higienistas dentales de centro de educación secundaria y 2 a asociaciones de madres y padres de los centros educativos.

La impresión general de los participantes, profesores de educación infantil y primaria fue satisfactoria, mejorarían la duración de la parte práctica y apoyo de las sesiones con material audiovisual sobre vídeos de RCPb.

PRIMER FIRMANTE
Ortells Abuyé N ^a

AUTORES
García Pérez L ^a
del Caño Castillo M ^a
Sánchez Pérez I ^b

CENTROS DE TRABAJO
^a Servicio de urgencias. Hospital
de Palamós. Serveis de Salut
Integrats Baix Empordà.
^b Departamento de investigación.
Grup de Recerca en Serveis
Sanitaris i Resultats en Salut
(GRESSIRES). Serveis de Salut
Integrats Baix Empordà (SSIBE),
Girona

Características de las paradas cardiorrespiratorias y su actuación según morbilidad

Introducción

En las paradas cardiorrespiratorias (PCR) la morbilidad de los pacientes puede influir en las maniobras de reanimación cardiopulmonares (RCP). La guía de RCP del 2015 ya dice que la resucitación se considera fútil cuando las posibilidades de supervivencia con buena calidad de vida son mínimas.

Objetivos

Describir las características de las RCP según su morbilidad.

Material y Métodos

Estudio transversal entre 2010 y 2015. Se incluyeron los pacientes que sufrieron una PCR, atendidos por nuestra Unidad de Soporte Vital Avanzado (USVA) y estaban adscritos a una área de salud con morbilidad registrada. Variables: edad, sexo, agrupación de los Clinical Risk Groups (GRCs), lugar de la PCR, quien inicia RCP, intubación, ritmo inicial, supervivencia. Realizada descriptiva univariada (frecuencias) y bivariada (test exacto de Fisher), con un nivel de confianza del 95% con el SPSS 23.

Resultados

Se incluyeron 228 personas con una PCR: 64,5% hombres, 57,0% \leq 75 años y 66,2% con enfermedad crónica en $<$ 3 sistemas.

A 86 pacientes no se realizó RCP, de ellos 39 tenían una enfermedad crónica de 1-2 sistemas y 28 enfermedad crónica de \geq 3 sistemas. De los 142 que se realizó RCP, el 71,1% tenían una enfermedad crónica en $<$ 3 sistemas y 27,5% \geq 3, ($p = 0,078$). El ritmo inicial fue desfibrilable en el 16,1%, el 68,2% tenían una enfermedad crónica en $<$ 3 sistemas y el 27,3% en \geq 3 ($p = 0,373$). El 73,9% de las RCP fueron en el domicilio y sólo el 7,5% iniciadas por un familiar o testimonio. Se intubó el 24,6% de las RCP, el 71,5% tenían enfermedad crónica en $<$ 3 y 25,7% en \geq 3 sistemas ($p = 0,652$).

Sobrevivió el 14,8%, 14 y 7 personas con enfermedad crónica en $<$ 3 y \geq 3 sistemas, respectivamente ($p = 0,710$).

Conclusiones

La mayoría de PCR afecta a hombres y \leq 75 años. La supervivencia es muy baja, un porcentaje nada despreciable de pacientes con morbilidad de \geq 3 sistemas sobreviven a la PCR, aunque la supervivencia no se asocia a morbilidad.

19

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

López Gallego, Manuel Jesús

AUTORES

Ortells Abuyé N^aGarcía Pérez L^adel Caño Castillo M^aSánchez Pérez I^b

CENTROS DE TRABAJO

Hospital de Alta Resolución

Lebrija (Sevilla)

Agencia Sanitaria Bajo

Guadalquivir

Consejería de Salud. Junta de

Andalucía

RCP en centro educativo: actividad en educación infantil y evento de SPC (Simulación de parada cardíaca)

Introducción

Tras instalación de equipo DESA en centro educativo y formación del profesorado en Soporte Vital Básico y Desfibrilación Externa Semiautomática; se realiza taller entre escolares de 4 años sobre las emergencias y la RCP usando la “canción de la reanimación”.

Objetivos

Motivar al alumnado para que conozcan el número único europeo de emergencias 1.1.2 y nociones elementales de soporte vital básico.

Confirmar aptitud en habilidades de RCP y uso del DESA de profesorado entrenado y formado según recomendaciones de la ERC del 2015 para atender parada cardíaca (PC) en medio educativo.

Material y Métodos

Presentación mediante diapositivas y videos entre alumnos de 4 años.

En evento de SPC, se realizan medidas y toma de tiempos de fases según algoritmo de SVB, para confirmar y mejorar (si procede), protocolo de activación de PC en medio educativo.

Resultados

En taller se comprobó la receptividad y motivación del alumnado destinatario en cuestiones presentadas según videos y diapositivas.

En SPC, se confirmó que antes de 42” tras comienzo de PC se comenzaron compresiones de calidad por el docente reanimador y que el DESA (instalado a 30 metros del suceso) llegó a los 1’22” al lugar del evento cardíaco.

Conclusiones

La pronta puesta en marcha de actividades y talleres entre alumnado, anima y motiva para la colaboración de solicitud de ayuda y primeras maniobras rescatadoras.

El continuo entrenamiento y perfeccionamiento en medio educativo por parte del profesorado y acceso al DESA, hace de éste entorno un lugar cardioprotectado que aumenta la supervivencia de adultos y niños ante un evento cardíaco.

20

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

López Gallego, Manuel Jesús

AUTORES

Granados Fuentes Juan Rafael
Soria Palomeque M. Carmen
Rodríguez Vargas María Yolanda
Valverde Cantón Isolina Rosa
Rodríguez Camacho Emilio
Mañas Martínez Montserrat V.

CENTROS DE TRABAJO

Hospital de poniente, El Ejido -
Almería.

Infarto agudo de miocardio en jóvenes

Introducción

El infarto agudo de miocardio (IAM) es una de las principales causas de mortalidad, aunque en pacientes jóvenes es poco frecuente.

Los cambios de estilo de vida y el tabaquismo son algunos de los principales factores de riesgo.

La definición de infarto agudo de miocardio (IAM) requiere un patrón de ascenso o descenso en los valores de algún biomarcador de daño o necrosis miocárdica.

Objetivos

Conocer las características de infarto agudo de miocardio (IAM) en pacientes jóvenes, tratamientos y evolución.

Prevenir un infarto conociendo cada factor de riesgo y todas las pautas de actuación.

Material y Métodos

El proyecto se realiza mediante un enfoque cuantitativo y una investigación descriptiva de factores de riesgo para el manejo prehospitalario del infarto agudo de miocardio (IAM) en la población joven y riesgos de presentar episodios en los últimos 4 meses en la población andaluza.

Resultados

Para prevenir un infarto a una persona es necesario que su calidad de vida sea saludable. Para ello la formación a la población es vital, para evitar la aparición de un episodio de infarto agudo de miocardio (IAM) para llegar a promover un cambio positivo en el estilo de vida.

Conclusiones

El infarto agudo de miocardio (IAM) refleja la muerte de células cardíacas provocada por la isquemia resultante del desequilibrio entre la demanda y el aporte de riesgo sanguíneo.

Los factores de riesgo son; Sedentarismo, dieta no saludable, tabaquismo, consumo de alcohol, sobrepeso, antecedentes familiares etc.

Modificando el estilo de vida y una dieta saludable contribuirá que la presión arterial y el colesterol en sangre este en valores normales y disminuya el acumulo de grasa en arterias y venas.

21

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

García Ríos, Susana, Servicio de Urgencias. Hospital Valle del Nalón. Asturias. (SESPA)

AUTORES

Ferrero Fernández, Elena. Servicio de Urgencias, Hospital Valle del Nalón. Asturias. (SESPA)

Suárez-Gil, Patricio. Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA)

Arias Meneses, Camilo. Servicio de Urgencias. Hospital Valle del Nalón. Asturias (ESPA)

“Aprendiendo a salvar vidas”: resultados preliminares

Introducción

En España se han ido poniendo en marcha desde hace años diversas estrategias de enseñanza de SVB en los centros educativos, con diferente metodología y estructura. En nuestro área, tras la experiencia de dos años de impartir talleres en centros que lo solicitaban, se diseñó un proyecto con el objetivo de que estos talleres se realizaran de manera estructurada, evaluable y sostenible, en base a las recomendaciones de organismos con experiencia en este campo. Presentamos los resultados preliminares de la intervención durante el curso 2017-18 tras las modificaciones derivadas del pilotaje durante el curso anterior.

Material y Métodos

Invitación por escrito a los centros del área que imparten ESO y bachillerato, dirigiendo la intervención al último curso de cada centro. Consentimiento por escrito individual. Estudio cuasiexperimental antes-después, cuya intervención son talleres de SVB con el objetivo de capacitar a los alumnos y fomentar en ellos una actitud positiva. Cuestionario previo y posterior modificado a partir del pilotaje que incluye variables sociodemográficas, sobre asistencia previa a

talleres de primeros auxilios, relativas a SVB y una pregunta para valorar la capacidad autopercebida.

Resultados

Recibieron el taller 113 alumnos de 4 centros (3 de educación secundaria y uno de bachillerato). La media de aciertos del cuestionario previo en los de secundaria fue 5,18 (sd=1,80) y en el centro de bachillerato 8,36. Existen diferencias significativas entre centros respecto a los resultados del cuestionario previo ($p<0,01$), no respecto al género ($p>0,05$) ni a haber recibido talleres previos de primeros auxilios ($p>0,05$). Hay diferencias en los resultados del cuestionario previo y el posterior, siendo la media de la diferencia 3,27 (IC95% 2,90-3,66). Encontramos diferencias respecto al grado de mejora según la nota del cuestionario previo y por centros ($p<0,01$) y también en la autovaloración de la capacidad previa y posterior al taller ($p<0,01$).

Conclusiones

El taller de SVB en los centros educativos del área consigue capacitar a los alumnos mejorando sus conocimientos sobre estas maniobras. Esta mejora se consigue en todos los casos, aunque es más evidente en alumnos con menores conocimientos previos. La intervención influye positivamente en la actitud de los alumnos hacia el SVB.

22

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

García Ríos, Susana, Servicio de Urgencias. Hospital Valle del Nalón. Asturias. (SESPA)

AUTORES

Ferrero Fernández, Elena. Servicio de Urgencias, Hospital Valle del Nalón. Asturias. (SESPA)

Suárez-Gil, Patricio. Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA)

Arias Meneses, Camilo. Servicio de Urgencias. Hospital Valle del Nalón. Asturias (ESPA)

“Resultados de un proyecto piloto de enseñanza de SVB en centros educativos”

Introducción

La enseñanza de Soporte Vital Básico (SVB) en los centros educativos es una asignatura pendiente en nuestro país. A nivel europeo la estrategia “Kids save lives” trata de fomentar esa enseñanza y varios países se han sumado a ella. A partir de las conclusiones derivadas de esa estrategia y de las iniciativas llevadas a cabo en España, decidimos desarrollar este proyecto en los centros educativos de nuestro área sanitaria que se pilotó durante el curso 2016-17.

Material y Métodos

Estudio cuasiexperimental antes-después. Intervención comunitaria consistente en la impartición de talleres de SVB en los centros educativos con el objetivo de capacitar a los alumnos y fomentar en ellos una actitud positiva y proactiva al respecto. Herramienta de medida: cuestionarios previo y posterior a la intervención diferentes para menores o mayores de 14 años que recogen variables sociodemográficas, sobre la asistencia previa a talleres similares, cuestionario con preguntas relativas a anatomía-fisiología y SVB y una pregunta para valorar capacidad autopercebida. Análisis de resultados con R que se muestran con sus valores de significación

e Intervalos de Confianza del 95%, empleando las pruebas t-student y McNemar para datos apareados.

Resultados

Recibieron el taller 4 centros (136 alumnos menores de 14 años y 45 mayores de esa edad). En los alumnos más jóvenes se encontraron diferencias entre los aciertos en el cuestionario previo y posterior estadísticamente no significativas, siendo la media de las diferencias 0,18 (IC 95%: -0,22; 0,58). En los alumnos mayores de 14 años las diferencias entre el porcentaje de alumnos “aprobados” y “suspensos” para el test antes y después del taller prácticamente alcanzaron el nivel de significación estadística ($p=0,055$).

En ambos grupos se encontró un cambio de actitud y autopercepción respecto a la capacidad de realizar SVB ($p=0,002$ y $p<0,001$ respectivamente).

Conclusiones

El nivel de conocimientos relacionados con fisiología humana es bajo y hace necesario adaptar la herramienta de medida a esta situación, pero no influye en lo relacionado con los contenidos de SVB: la intervención permite adquirir unos conocimientos adecuados al respecto y consigue un cambio de actitud en los alumnos y en su autopercepción de capacidad para “realizar RCP” o “salvar vidas”.

25

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Villadiego Sánchez, José María*

AUTORES

Borja Padilla, Joaquín*

Lacalle Remigio, Juan Ramón**

Molina Delgado, Inmaculada*

López Aguilar, Margarita*

Aranda Aguilar, Francisco*

CENTROS DE TRABAJO

*Empresa Pública de
Emergencias Sanitarias de
Andalucía

**Universidad de Sevilla

***SAS Distrito Huelva-Costa

Influencia de género en la atención a la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria con cardiocompresor mecánico externo

Palabras clave: Parada Cardiorrespiratoria Extrahospitalaria. Supervivencia. Cardiocompresor mecánico Lucas_2

Introducción

Existen diversidad de estudios que ponen de manifiesto la influencia de género en la atención sanitaria y especialmente en las situaciones de urgencias y/o emergencias. En esta línea se observa que, a igual necesidad y con un mismo diagnóstico clínico, se ingresan más hombres que mujeres y que se realizan mayores esfuerzos terapéuticos si los enfermos pertenecen al sexo masculino.

Objetivos

Evaluar si existe un sesgo de género en la atención a la parada cardiorrespiratoria tras la incorporación a nivel extrahospitalario del cardiocompresor Lucas_2, como instrumento que garantiza y mantiene un flujo cerebral y coronario.

Material y Métodos

Estudio analítico, prospectivo y multicéntrico con inclusión consecutiva de pacientes ≥ 18 años, atendidos por los Equipos de Emergencia 061_Andalucía (EE), por presentar episodio de PCR_EH de probable etiología cardíaca, según criterios recogidos en estilo Utstein, durante el

período comprendido entre el 1 septiembre del 2014 y el 31 agosto del 2015 considerando dos grupos: Uso de Lucas y Compresiones Manuales Convencionales.

Resultados

Se encontraron en situación de inconsciencia, apnea y ausencia de pulso 2.974 pacientes, 967 reunían criterios de RCP, que conforman nuestra muestra, 130 sujetos incluidos en el grupo Uso de Lucas y 837 en el grupo Compresiones Manuales Convencionales. Las compresiones mecánicas con Lucas se han empleado en 108 de los 706 varones que hemos atendidos, es decir, en el 15.3% de los sujetos del sexo masculino, sin embargo, el Lucas se ha empleado en tan sólo el 8.4% de las ocasiones cuando la víctima pertenecía al sexo femenino, 22 de las 261 mujeres atendidas. En cifras absolutas, cuando ha sido empleado el cardiocompresor mecánico en el 83.08% de las ocasiones el EE se encontraba atendiendo a un paciente del sexo masculino, encontrando una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$), con respecto a su manejo cuando el paciente atendido pertenecía al sexo femenino.

Conclusiones

Existe una variabilidad en la práctica profesional influida por el género del paciente en cuanto al manejo del Cardiocompresor Lucas_2 en el paciente asistido por los Equipos de Emergencia 061_Andalucía por presentar una parada cardiorrespiratoria a nivel extrahospitalario.

Bibliografía

Perales Rodríguez de Viguri N, Álvarez Fernández J, López Messa J. Introducción y conceptos básicos en resucitación cardiopulmonar. En Perales Rodríguez de Viguri N, Álvarez Fernández J, López Messa J. Manual de Soporte Vital Avanzado 4ª Edición. Barcelona. Elsevier Masson 2007:3-21.

Carretero Casado M, Fontanals J, Arguis M, Martínez Ocón J, Ruiz A, Ríos J. Reanimación con cardiocompresores: comparación de los efectos hemodinámicos entre Lucas y Autopulse en un modelo porcino. Emergencias 2014;26:459-63.

Ruiz MT, Verdú M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. La salud Pública desde la perspectiva de género y clase social. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Gac Sanitaria 2004; 18:118-25.

Lenhart S. Gender discrimination: A health and career development problem for women physicians. J Am Med Women Assoc 1993; 48:155-9.

Ruiz MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. J Epidem Commun Health 1997;51:106-9.

26

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
del Caño Castillo MaikaAUTORES
Ortells Abuyé Nativitat
García Pérez Lydia
Sánchez Pérez ImmaCENTROS DE TRABAJO
Hospital de Palamós, Girona

¿Qué hacemos en las paradas pediátricas extrahospitalarias?

Introducción

La parada cardio respiratoria (PCR) pediátrica es un acontecimiento poco frecuente pero de gran impacto emocional entre las familias, el entorno y los profesionales sanitarios involucrados.

Objetivos

El objetivo de este estudio es caracterizar las PCR pediátricas extrahospitalarias ocurridas durante 6 años y atendidas por la Unidad de Soporte Vital Avanzado (USVA).

Material y Métodos

Se trata de un estudio observacional transversal de las PCR pediátricas comprendidas entre 0 y 18 años ocurridas en el Baix Empordà del 2010 al 2015. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, causa de las paradas, presenciada, lugar, ritmo cardíaco inicial, PCR presenciada, quién inicia reanimación cardio pulmonar (RCP), tiempo de PCR sin RCP, medicación, supervivencia temprana y tardía, recuperación espontánea de la circulación (REC), morbilidad previa, hipotermia entre otras.

Se utiliza descriptiva univariada mediante frecuencias utilizando el SPSS 23.

Resultados

Se registraron 10 casos, 5 son niñas, con una media de 7 años (rango 9 meses – 15 años), 3 niños con comorbilidad asociada, 5 fueron atendidos en domicilio y otros 5 en vía pública, 8 casos ocurrieron entre mayo y septiembre, 6 niños son éxitos en el lugar de la atención, 4 presentaron asistolia como ritmo inicial y en los otros 6 casos no consta, en 5 niños la PCR no es presenciada y en 3 la PCR es presenciada pero los testimonios no inician RCP, en 5 es personal sanitario quien la inicia, el tiempo de la actuación de la USVA es entre 10 y 30 minutos, en 4 casos hay REC, no se inicia hipotermia, 1 niño sobrevivió con secuelas neurológicas graves, 4 niños requieren intubación, la causa de la PCR es traumática en 6 casos y en 4 médica, a 6 se canaliza vía periférica y a 4 se coloca vía intraósea. El helicóptero actúa en 5 de los casos trasladando a 3.

Conclusiones

En verano es cuando ocurre el mayor número de PCR destacando los ahogamientos por ser zona turística.

En las PCR presenciadas los testimonios no inician RCP, por lo que creemos importante la docencia sobre RCP a la población.

28

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

González-Castro, Alejandro

AUTORES

Campos Fernández, Sandra

Escudero-Acha, Patricia

Jiménez Alfonso, Andrés

Chicote Álvarez, Enrique

Rodríguez Borregan Juan Carlos

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Universitario Marqués de

Valdecilla, Santander

PCR intrahospitalaria presenciada por familiares: ¿estamos realmente preparados?

Introducción

Los horarios abiertos en la mayoría de hospitales de nuestro entorno provocan que en ocasiones las PCR intrahospitalarias sean presenciadas por los familiares de los pacientes.

Objetivos

Determinar si la detección de una PCR intrahospitalaria por los familiares de los enfermos lleva asociado el inicio de maniobras de RCP básicas de forma precoz y si modifica el éxito de estas.

Material y Métodos

Extraer del registro de aviso de PCR de un hospital de tercer nivel, durante un periodo de cinco años (2013-2018), aquellos pacientes que sufrieron una PCR. Establecer en qué casos la PCR fue presenciada por familiares y el momento de inicio de maniobras. Mediante un análisis de regresión logística, establecer si existen diferencias en la supervivencia inmediata entre aquellas PCR presenciadas por familiares y las que fueron presenciadas por personal sanitario.

Resultados

Durante el periodo de análisis, se recogieron un total de 188 avisos de PCR intrahospitalaria de los cuales 121 (64%) fueron realmente PCR. Del total de las PCR, 26 (21.4%) fueron presenciadas por los familiares de los enfermos y en el 88,43 % de estas se había iniciado la RCP básica en el momento de acudir el equipo de paro. La diferencia de tiempo en acudir al lugar de la PCR por parte del equipo de paro fue de 33". El inicio de las maniobras de resucitación básica tras el aviso por familiares no se asoció a mayor éxito de las maniobras de RCP OR 0.69 (IC 95%: 0.26-1.82; p=0.47)

Conclusiones

La rápida detección de las situaciones de PCR por los familiares de los enfermos provoca una pronta instauración de las maniobras de RCP básica, que sin embargo no se asocia a un mayor éxito de las maniobras de resucitación posteriores.

29

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Martín Caravante Susana ¹

AUTORES

Canillas Rico Yolanda ¹Fernández Vargas, Daniel ²Linares Rodríguez, Cecilio ¹

CENTROS DE TRABAJO

¹ Dispositivos de CuidadosCríticos y Urgencias. Distrito
Sanitario Málaga-Guadalhorce.
Servicio Andaluz de Salud² Hospital Clínico Virgen de laVictoria Málaga. Servicio de
Cuidados Críticos y Urgencias.
Servicio Andaluz de Salud

Taller RCP básica dirigido a alumnos de 2º ESO perteneciente a zona con riesgo de exclusión social

Introducción

Los médicos, enfermeros y técnicos en emergencias sanitarias del Dispositivo del Cuidados Críticos y Urgencias de Málaga (DCCU) venimos ejerciendo la labor de docentes, a través del desarrollo de un programa de formación sobre Técnicas de Soporte Vital Básico, dirigido a la comunidad, tales como asociación de vecinos, colegios y campañas de fomento para la salud. Sin embargo impartir dicho taller para jóvenes entre 13-15 años con alto absentismo escolar en zona de exclusión social suponía un nuevo reto para los docentes.

Objetivos

Conseguir el mayor número de alumnos posibles el día fijado para el taller. Que los adquirieran las habilidades necesarias para la RCP Básica.

Material y Métodos

Cartelería informativa previa Taller de RCP. Checklist para valorar la realización correcta de los puntos claves en RCP Básica (Cadena de Supervivencia y La reanimación Cardio Pulmonar). Clase teórica-práctica con maniquies para entrenamiento RCP.

Resultados y Conclusiones

El Taller fue realizado previa campaña informativa a un curso de 2º de la ESO. Un total de 25 alumnos. Sólo 3 alumnos no asistieron. Todos los asistentes mostraron interés y participaron de manera activa en los talleres, la técnica utilizada fue a través de role-playing, en grupos de 8. Las check-list fueron positivas en cuanto a conocimientos sobre La cadena de Supervivencia, sin embargo mostraron carencia en la técnica para RCP, encontrándose dificultades en la ventilación y calidad del masaje. Sólo 10 chicos lo realizaban de forma correcta. La rigidez de los maniqués y la falta de tiempo para el entrenamiento de la técnica de la RCP, fueron 2 causas evidente para su correcta realización y éxito del mismo. En conclusión, una precampaña informativa y la implicación de los tutores del instituto fueron clave para la llamada asistencial a estos talleres, además el carácter participativo llama a la atención del alumnado haciendo más fácil la adquisición de las habilidades. Sin embargo, vemos necesario repetir dicho taller que hará que mejore las habilidades adquiridas.

30

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Gutiérrez García, M^a
Carmen, Empresa Pública
de Emergencias Sanitarias,
S.P. Málaga

AUTORES

Bracero Jiménez, Antonio,
Empresa Pública de Emergencias
Sanitarias, S.P. Málaga

González Olalla, Inmaculada,
Empresa Pública de Emergencias
Sanitarias, Servicio Provincial de
Málaga

Ganga Sánchez, Yolanda,
Empresa Pública de
Emergencias, Servicio Provincial
de Málaga

Ravira Lomeña, Silvia, Empresa
Pública de Emergencias, Servicio
Provincial de Málaga

Fibrinólisis intraparada en un servicio de emergencias extrahospitalarias

Introducción

La incidencia de parada cardiorrespiratoria (PCR) en extrahospitalaria por embolia pulmonar es del 2-9%.

El diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) durante la PCR es difícil (30% no hay factores de riesgo aparentes). La historia clínica, la evaluación, la capnografía y la ecocardiografía pueden ayudar a su diagnóstico.

Las guías de práctica clínica recomiendan la terapia fibrinolítica para pacientes en PCR con sospecha de TEP, aunque hay pocos datos disponibles para guiar las decisiones con respecto al agente, dosis de administración. La fibrinólisis debe ser efectiva en casos de RCP prolongada y retraso en su administración (15- 60 minutos tras inicio RCP).

Estudios revelaron una supervivencia y buena función neurológica cuando la reanimación llega hasta los 60-90 minutos su administración.

El beneficio potencial de la fibrinólisis en términos de mejora de la supervivencia es mayor que los riesgos potenciales, ante la falta de otras soluciones en un lugar donde no existe una alternativa, el prehospitalario.

Objetivos

Analizar el seguimiento del protocolo de fibrinólisis intraparada en los equipos de emergencias (EE).

Material y Métodos

Estudio descriptivo de serie de casos de PCR en los que los EE han realizado fibrinólisis intraparada en los últimos 2 años.

Resultados

Durante los años 2016 y 2017 los EE atendieron a 1746 PCR, realizando fibrinólisis intraparada en 34 ocasiones (8 de ellos se registra sospecha TEP), suponiendo el 2% del total y recuperando la circulación espontánea 11 de los pacientes. En el 47% del total se administró bolo ajustado a peso de fibrinolítico y anticoagulante según protocolo del servicio, mientras que en 53 %, sólo se administró fibrinolítico . La trombolisis se realiza alrededor del minuto 20 de inicio de maniobras, prosiguiendo posteriormente durante 27 minutos hasta el cese de las mismas.

Conclusiones

Pese a que la fibrinólisis intraparada en nuestro servicio se realiza con indicación y tiempo observamos que los tiempos de reanimación tras fibrinólisis no se ajustan a lo recomendado en las guías. Igualmente consideramos, que los protocolos deberían consensuarse y realizar mayor seguimiento de los tiempos de actuación de las maniobras que podrían mejorar la supervivencia dentro de esta patología tan letal.

32

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
del Caño Castillo, Maika ^a

AUTORES

García Pérez, Lydia ^a
Ortells Abuyé, Nativitat ^a
Sánchez Pérez Imbab ^bCENTROS DE TRABAJO
^aServicio de urgencias. Hospital
de Palamós.^bDepartamento de investigación.
Grup de Recerca en Serveis
Sanitaris i Resultats en Salut
(GRESSIONES). Serveis de Salut
Integrats Baix Empordà. Girona.

La clave del éxito en las reanimaciones cardiopulmonares extrahospitalarias

Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es la situación de riesgo vital de mayor importancia donde la rapidez y la eficacia es imprescindible para la supervivencia del paciente.

Objetivos

Analizar factores asociados a la supervivencia con reanimaciones cardiopulmonares (RCP) tras una PCR.

Material y Métodos

Estudio transversal entre 2010 y 2015. Se incluyó la población atendida por la unidad de soporte vital avanzado (SVA) que presentaron PCR realizando RCP.

Variables: sexo, edad, morbilidad, lugar, quien presencia la PCR e inicia RCP, tiempo sin RCP, ritmo cardíaco inicial, hipotermia, intubación, medicación, tiempo de recuperación espontánea de la circulación (REC) y supervivencia. Se analizaron frecuencias, odds ratio (OR) y razón de probabilidades (RP) con intervalo de confianza del 95%, utilizando IBM SPSS Statistics 23, respetando la confidencialidad de los datos.

Resultados

Se realizó RCP a 311 personas: 69,8% hombres, 65,3% \leq 75 años, 69,5% en el domicilio, 48,2% con PCR presenciada por un testimonio, 87,9% con RCP iniciada por personal sanitario, 62,8% tiempo sin RCP < 10 minutos, 17,6% con ritmo inicial desfibrilable, 3,6% se les realizó hipotermia, 28,0% intubación orotraqueal, La medicación más utilizada fue la adrenalina con un 32,1% y acompañada de atropina un 27,4% y 40% con REC < 10 minutos.

La supervivencia con RCP fue del 12,2% y superior en la vía pública que en el domicilio (OR = 4,79 (2,05-11,19), RP = 3,97 (1,90-8,32)), si la PCR fue presenciada por un sanitario respecto a un testimonio (OR = 4,78 (1,82-12,56), RP = 3,94 (1,67-9,26)), tiempo sin RCP < 10 minutos (OR = 4,75 (1,34-16,82), RP = 3,94 (1,23-12,66)), con ritmo inicial desfibrilable (OR = 7,27 (3,27-16,16), RP = 5,34 (2,78-10,25)).

Conclusiones

La mayoría de RCP se realizaron en hombres y \leq 75 años. La supervivencia con RCP tras PCR fue baja y 4 veces superior en la vía pública que en el domicilio, si presenciada por un sanitario y sin RCP < 10 minutos; y más de 5 veces superior con ritmo inicial desfibrilable. La educación poblacional sobre RCP es fundamental, pues la supervivencia no difiere de quien la inicia sino del tiempo que se tarda en iniciarla.

33

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Rocío Moyano García

AUTORES

De la Cal Ramírez, Manuel A.
Galán Marín, Francisco Javier
Cano Yuste, Ángela María
Pérez Aguilera, Israel Jesús
García Cabrera, José Alberto

CENTROS DE TRABAJO

Servicio de Urgencias Hospital
Quirón Salud Córdoba

Manejo de la hiperglucemia en cuidados post-RCP

Introducción

Los primeros 30 minutos tras revertir la situación de paro cardíaco, son claves para marcar una diferencia en el pronóstico y en la recuperación neurológica. Aproximadamente un 20% de los pacientes que se recuperan de una parada cardiorrespiratoria, permanecen sin secuelas neurológicas significativas, más de la mitad fallecen por un nuevo episodio de paro cardíaco y otros por secuelas neurológicas. La hiperglucemia se acompaña de mayor lesión cerebral y mortalidad, la cual se ve favorecida por la descarga de catecolaminas, de hormonas contrarreguladoras y por la administración de fármacos inotrópicos y vasopresores durante la reanimación cardiopulmonar.

Objetivos

Analizar el control glucémico en los cuidados posresucitación.

Material y Métodos

Revisión bibliográfica desde el año 2000, para las palabras hiperglucemia y cuidados posresucitación, en las bases de datos CINAHL, SciELO, Dialnet, ProQuest, EBSCOhost, Medline/

PubMed, Índice Médico Español, Cuiden, ENFISPO, IBECS y Cuidatge.

Resultados

En las recomendaciones ILCOR 2010 el objetivo glucémico oscila entre 144-180 mg/dl, similar a las recomendaciones de la American Diabetes Association y la American Association of Endocrinologist. El European Resuscitation Council marca como objetivo glucemias < 180 mg/dl y desaconseja un control estricto de la glucemia (80-110 mg/dl). Algunas sociedades de anestesiología recomiendan niveles <140 mg/dl. Un estudio clínico realizado en pacientes críticos (2001), demostró que un control estricto de la glucemia reducía la morbi-mortalidad, aunque varios ensayos posteriores no reprodujeron dichos beneficios. Otro ensayo observó un aumento significativo de la mortalidad en el grupo de control glucémico estricto, con más episodios de hipoglucemia. Tras revisar 29 estudios aleatorizados (2008) se demostró que la mortalidad no difería entre los pacientes con diferentes tipos de control glucémico. La guía de práctica clínica de Surviving Sepsis Campaign recomienda una glucemia entre 110-180 mg/dl. Las guías de práctica clínica europeas evitan glucemias < 90 mg/dl y > 180 mg/dl.

Conclusiones

Aunque no existe consenso para indicar un valor glucémico adecuado, el rango glucémico 140- 180 mg/dl se considera óptimo durante los cuidados posresucitación, sin sobrepasar el límite inferior de 110 mg/dl, pues a partir de esta cifra se ha demostrado un aumento de la mortalidad y mayor número de episodios de hipoglucemias.

PRIMER FIRMANTE

Luján Vizuete, Patricia

AUTORES

Luján Vizuete, P

Rico Monterrubio, A.

CENTROS DE TRABAJO

Centro Salud Azuaga

El último eslabón de la RCP

Introducción

El síndrome pos parada cardíaca (SPPC) es una entidad clínica única que se produce como consecuencia de la aplicación de maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) que consiguen la recuperación de la circulación espontánea (RCE) en una víctima de parada cardíaca súbita (PCS), y se caracteriza por la disfunción cerebral, disfunción miocárdica y con frecuencia aparece respuesta inflamatoria sistémica asociada al proceso físico patológico, no resuelto, que causó la parada cardio-respiratoria (PCR).

Las intervenciones realizadas en esta fase para el manejo del SPPC son de vital importancia, dado que las primeras horas son críticas para identificar la causa desencadenante del evento.

Los cuidados post PCR son el último eslabón de La Cadena de Supervivencia e influyen significativamente en los resultados globales y particularmente en la calidad de la recuperación neurológica.

Objetivos

El principal objetivo es aumentar la supervivencia en esta etapa Post-PCR.

Conseguir una disminución de la tasa de pacientes con parada hipoxémica.

Identificar y tratar la causa de la PCR.

Evaluar y manejar lesiones miocárdicas, cerebrales y la respuesta sistémica causada.

Material y Métodos

Revisión bibliográfica en bases de datos científicas PubMed, Scielo y Cochrane de publicaciones de los últimos cinco años tanto en castellano como inglés.

Resultados

De los pacientes que sufren PCR, según la bibliografía consultada, suelen tener recuperación cardíaca espontánea entre un 43,1 y 46,9%.

La mortalidad hospitalaria de estos casos oscila entre 72-75%.

La supervivencia al ALTA sin secuelas varía entre 20-30%.

Conclusiones

Los cuidados en esta etapa se dividen fundamentalmente:

Soporte respiratorio: Mantener la saturación de O₂ \geq 94% (94-98% según ERC) y Normocapnia con Ventilación Mecánica si fuera necesario.

Manejo de isquemia miocárdica: Coronariografía urgente si posible origen cardíaco, TAC cerebral o torácico en busca de causas no cardíacas de la PCR.

Monitorización Hemodinámica y cerebral: Soporte hemodinámico de paciente crítico manteniendo los valores en los límites aceptables.

Optimización de recuperación NRL:

Control de temperatura: (32-36°C).

Control glucemia.

Sedación y control de convulsiones.

Valoración del pronóstico neurológico: Pasadas al menos las 72h del evento.

Donación de órganos.

Rehabilitación.

35

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Alberto Blanco Lara

AUTORES

Checa Sánchez, Aída

Armela Sánchez-Crespo, Ester

Uzuriaga Martín, Miriam

Molera Medina, Purificación

Varela García, Pilar

CENTROS DE TRABAJO

Servicio de Urgencias Médicas

de Madrid (SUMMA112), Madrid

¿Permanecen los conocimientos en RCP y DEA en un grupo de población tras el paso del tiempo?

Introducción

Cualquier persona puede presenciar una parada cardiorrespiratoria (PCR). Por ello, es necesaria una formación en reanimación cardiopulmonar (RCP) y desfibrilación externa automática (DEA). ¿Cómo podemos saber si los conocimientos se mantienen en el tiempo?

Objetivos

Principal: Conocer la permanencia de conocimientos en RCP y DEA en los equipos directivos de centros educativos, un año después de haber recibido un curso de formación.

Secundarios: Evaluar el nivel de conocimientos en RCP y DEA previos a participar en un proyecto de enseñanza de soporte vital y primeros auxilios. Identificar el crecimiento de los conocimientos en RCP y DEA tras recibir un curso de un proyecto de enseñanza en soporte vital básico (SVB).

Material y Métodos

Estudio cuasiexperimental donde se analizan los conocimientos de la población objetivo (profesores y equipos directivos de centros educativos)

previos al inicio del programa formativo, al finalizar el curso en su parte presencial y un año después. La formación que reciben es de carácter semipresencial, de 10 horas de duración y homologado por el programa de enseñanza en SVB de una sociedad científica, siguiendo las recomendaciones de la European Resuscitation Council (ERC). El cuestionario de evaluación utilizado es el estándar de dicho curso. Se analizan y comparan resultados con el programa estadístico SPSS.

Resultados

Realizaron el curso 193 alumnos, de los cuales 88 obtuvieron un resultado superior al 75% en el examen teórico inicial y 187 alumnos en la evaluación realizada al finalizar el curso. Lo que demuestra una mejoría en los conocimientos adquiridos, con un nivel de significación estadística menor de 0'05. Un año después, los resultados preliminares demuestran que se mantiene una mejoría después de la intervención, con respecto a los conocimientos previos al recibir el curso.

Conclusiones

Un proyecto formativo en RCP y DEA basado en las recomendaciones de las sociedades científicas españolas consigue una mejoría en los conocimientos en RCP y DEA en la población general. Además, los conocimientos teóricos se mantienen pasado el tiempo en un rango óptimo. La enseñanza práctica de habilidades y la implantación de nuevos métodos de enseñanza europeos hacen posible que mejore la curva del olvido.

36

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

José M. Roldán Ortega,
Enfermero, Dispositivo de
Cuidados Críticos y Urgencias
(Málaga), España

AUTORES

Carlos García Castillo, Enfermero,
UCI Son Espases, Mallorca,
España

Pedro J. Milla Ortega, Enfermero.
UCP- Hospital Joan March,
Mallorca, España

Jesús Molina Mula, PhD,
MsC, Enfermero. Profesor del
Departamento de Enfermería y
Fisioterapia, Universitat de les Illes
Balears, Mallorca, España

El síndrome coronario agudo en la sala de triaje: asignación de una prioridad adecuada

Introducción

La enfermedad coronaria representa la principal causa de parada cardiorrespiratoria (PCR)(1), según el estudio ARIAM 2013, el 44% de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA) tienen su primer contacto con el sistema de salud a través de los servicios de urgencias del hospital, de los cuales, el 56 % llega al centro sanitario por sus propios medios. Por tanto, el triaje se convierte en el primer eslabón en la atención de los pacientes con SCA (2) y donde la asignación de una prioridad inadecuada, repercute en unos tiempos asistencia que ponen aún más en riesgo la vida de los pacientes. (3)

Objetivos

Identificar la relación existente entre el nivel de prioridad dado por la enfermera de triaje del servicio de urgencias y el diagnóstico final al alta en pacientes con SCA.

Material y Métodos

Estudio observacional descriptivo multicéntrico en servicios de urgencias de XXX. Se incluyeron 424 pacientes con dolor torácico no traumático con

o sin factores de riesgo y síntomas relacionados por muestreo intencional de Julio –Noviembre del 2016. La recogida de datos se realizó a través de un cuaderno de recogida de datos diseñado en dos fases, una en la sala de triaje y otra una vez triado. Se realizó un análisis descriptivo y de asociación entre las variables. Las variables fueron diagnóstico de SCA, dolor torácico no traumático, sintomatología sin dolor torácico, nivel de prioridad y tiempo de visita médica.

Resultados

De la muestra, 292 pacientes presentaron dolor torácico siendo 47 diagnosticados de SCA y 132 pacientes sin dolor torácico con 11 casos de SCA. El sistema de triaje estructurado asignó una prioridad II al 19,6% (11), una prioridad III al 75%(42) y una prioridad IV al 5.4% (4). Los tiempos transcurrido desde de la finalización del triaje hasta la valoración médica, establecieron una \bar{x} =33 minutos (dt= 17:30 minutos) para pacientes con angina inestable, una \bar{x} = 47 minutos (dt= 35 minutos) y Me= 42 minutos (máx 2 horas y 45 min y mín de 1 minuto) para SCASEST, y \bar{x} =53 minutos (dt=1 hora y 39 minutos) y Me 16 minutos (máximo de 5 horas y mínimo de 10 minutos) en pacientes con SCACEST.

Conclusiones

La atención de los pacientes con SCA en los servicios de urgencias se caracterizan por la asignación de una prioridad inadecuada que repercuten en unos tiempos de asistencia inadecuados, factor que afecta a la seguridad del paciente y que repercute en un aumento de la morbi- mortalidad.

Bibliografía

- Lloyd-Jones, D., Adams, R. J., Brown, T. M., Carnethon, M., Dai, S., . . . American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. (2010). Heart disease and stroke statistics--2010 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 121(7), e46-e215. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192667 [doi]
- Puigblanque, E., Noheras, M., Nogueras, M., & Perapoch, N. (2008). Who performs triage in the emergency department? [El triaje en el servicio de urgencias] *Enfermería Clínica*, 18(1), 3-4. doi:S1130-8621(08)70686-7 [pii]
- Pinto, D., Lunet, N., & Azevedo, A. (2010). Sensitivity and specificity of the Manchester triage system for patients with acute coronary syndrome. *Revista Portuguesa De Cardiologia : Orgao Oficial Da Sociedade Portuguesa De Cardiologia = Portuguese Journal of Cardiology : An Official Journal of the Portuguese Society of Cardiology*, 29(6), 961-987

37

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Blanco Lara, Alberto

AUTORES

Checa Sánchez, Aída

Armela Sánchez-Crespo, Ester

Uzuriaga Martín, Miriam

Molera Medina, Purificación

García Díez, Elba

CENTROS DE TRABAJO

Servicio de Urgencias Médicas
de Madrid (SUMMA112), Madrid

Proyecto de formación en SVB a población general de un grupo de enseñanza de RCP

Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) puede ser presenciada por cualquier persona, siendo mayor la incidencia en los entornos con una mayor afluencia de población. Por ello es muy importante que las personas que trabajan en esos lugares dispongan de conocimientos en reanimación cardiopulmonar (RCP) y desfibrilador externo automático (DEA).

Objetivos

Evaluar el grado de conocimientos y habilidades prácticas en RCP y DEA, adquiridos tras recibir un curso siguiendo las recomendaciones formativas de la European Resuscitation Council (ERC).

Material y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo. La población objetivo se compone de ciudadanos legos en la materia que reciben un curso de RCP y DEA homologado por una sociedad científica, según las recomendaciones de la ERC. Los alumnos del curso reciben formación online un mes antes de la sesión práctica presencial, impartida por instructores de RCP y DEA que trabajan

en los servicios de urgencias hospitalarias, prehospitalarias y en centros de salud. Se analizan las características sociodemográficas de la población a estudio. Consideramos un adecuado nivel de conocimientos obtener al menos el 75% de nota en la evaluación teórica. Se describe además el grado de habilidades prácticas adquiridas. Análisis estadístico mediante el programa SPSS.

Resultados

Se forma a 590 personas mediante un curso de SVB en el periodo comprendido entre febrero de 2017 y mayo de 2018. El 60,8 % de los alumnos son mujeres, siendo la profesión más frecuente la de profesor (336), y en segundo lugar estudiante (67). Los alumnos residen en 60 ciudades y pueblos de la comunidad de Madrid, la mayor parte de ellos viven en Madrid capital (350). La media de edad es de 43 años, con una mediana de 44, teniendo el alumno más joven 12 años, y el mayor 86.

El 95,8 % obtiene unas calificaciones en cuanto a conocimientos de más del 75 %, y en torno al 100 % en la evaluación práctica de habilidades al finalizar el curso.

Conclusiones

La formación en SVB según las recomendaciones de la ERC demuestra que la adquisición de conocimientos y habilidades en la población es muy alta, independientemente de la características de la misma.

38

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Rodríguez Aguado, Orestes
Octavio

AUTORES

De la Fuente Rodríguez, José
Manuel
Baena Gallardo, Cándido
Sánchez Almagro, César
Longobardo Castelló, Javier

CENTROS DE TRABAJO

Servicio Provincial 061 Cádiz.
EPES

Innovaciones educativas en la formación de Soporte Vital Avanzado. Reinventándonos en cada actividad formativa

Introducción

La formación en SVA y en SVB suponen retos que trascienden a la acción formativa. El impacto sobre los resultados para el pronóstico de la supervivencia está directamente relacionado con la calidad de las maniobras de SVB por primeros intervinientes así como el SVA de calidad por profesionales cualificados.

Objetivos

Comunicar la actividad formativa del grupo PlusEmerg en el campo del SV.
Revisar los elementos logísticos para el desarrollo de las acciones formativas.
Describir los factores innovadores en el desarrollo de los talleres.
Citar elementos fungibles empleados en cada estación formativa

Material y Métodos

Revisión de los cursos realizados desde 2015 hasta 2018 por el grupo e innovaciones docentes empleadas en cada actividad, estudiando nivel de satisfacción, recursos y metodología empleada, materiales requeridos para el desarrollo de las distintas estaciones docentes.

Resultados

Desde los inicios (uno de los objetivos docentes es la identificación de las áreas de mejora de los alumnos para dar respuesta a sus necesidades manteniendo la ortodoxia exigida por el CERP. La figura del Instructor-Coordinador operativo es precisa para garantizar el estricto control horario de las estaciones de aprendizaje.

Se diseñan "Sets" específicos para garantizar los objetivos de cada taller.

Evolucionamos en el material animal para la realización de las estaciones prácticas, incorporando modelos de restos animales acordes con las necesidades detectadas.

El soporte material de los restos animales exige una continua innovación para conseguir imitar elementos parecidos a modelos humanos.

La visibilidad en redes sociales complementa la fase telemática previa y posterior al curso mediante uso de imágenes autorizadas que permiten el repaso y la visualización además de suponer un atractivo para el alumno.

Conclusiones

Con el fin de conseguir los resultados buscados, la exigencia metodológica, el estudio continuo y adaptativo del instructor, la accesibilidad del docente, la disponibilidad de materiales complementarios, el rigor y uniformidad del discurso de los docentes deben ser objetivos claros antes, durante y después del curso empleado independientemente del perfil del alumno y del tipo de docencia que sea. Los seguimientos de estas premisas forman parte de la esencia de este grupo siempre bajo los requerimientos establecidos por el Plan Nacional – CERCP.

39

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Rodríguez Aguado, Orestes
Octavio. Servicio Provincial 061
Cádiz. EPES

AUTORES

Domínguez Manzano, Noelia.
Servicio Provincial 061 Cádiz.
EPES
Lagares Franco, Carolina.
Departamento de Estadística
e Investigación Operativa.
Universidad de Cádiz
Sainz Otero, Ana. Departamento
de Enfermería y Fisioterapia.
Universidad de Cádiz
Marín Paz, Antonio Jesús.
Departamento de Enfermería y
Fisioterapia. Universidad de Cádiz

Paradas cardiorrespiratorias y diagnósticos de mortalidad. ¿Diagnosticamos la muerte?

Introducción

Estudiar la mortalidad es parte de la labor sanitaria y su conocimiento a nivel hospitalario y extrahospitalario proporciona información valiosa para mejorar la calidad asistencial en sus diversas vertientes. La posibilidad de emisión de un diagnóstico certero sobre la causa de muerte no siempre es posible. La actuación que realizan los equipos de emergencias en su entorno de trabajo plantea dificultades añadidas a la hora de establecer juicios clínicos que den información fidedigna sobre lo que ha ocurrido al paciente y le ha conducido a la muerte.

Objetivos

Comprobar si se establecen causas de muerte en las Historias Clínicas de pacientes atendidos por Equipos de Emergencias (EE).

Material y Métodos

Estudio descriptivo observacional retrospectivo de Historias Clínicas de pacientes asistidos por EE en la provincia de Cádiz en 2015 con juicios clínicos según CIE 9 MC, parada cardiorrespiratoria (PCR), muerte instantánea o muerte sin asistencia, 427.5, 798.1 y 798.9 respectivamente.

Resultados

Se contabilizaron 395 pacientes y recuperamos información de 364, con media de 67 años, 66,1% hombres y el 2,5 % no reflejaba el sexo. Predominó la mortalidad en los meses de diciembre a marzo con un repunte en julio. El principal motivo de solicitud de asistencia fue la inconsciencia, seguido de sospecha de PCR. Los antecedentes más comunes fueron HTA, DM y cardiopatías. El diagnóstico más empleado fue el 798.9. En 25 casos se encontraron, además de los diagnósticos de muerte, otros juicios clínicos complementarios o causas de muerte posible.

Conclusiones

La variabilidad de presentación de las enfermedades hace que la identificación del padecimiento y su caracterización por los médicos no sea siempre uniforme. Los códigos empleados en nuestro servicio para reflejar la causa de muerte ya citados son, en sentido estricto, una forma de morir y no una causa de muerte. En el caso de los equipos de emergencias donde el acceso a la información clínica del paciente no siempre es completo, este proceso se complica para establecer causas de muerte no sólo en el caso de la certificación oficial de defunción sino en el establecimiento de un diagnóstico de presunción.

40

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Rodríguez Aguado, Orestes
Octavio. Servicio Provincial 061
Cádiz. EPES

AUTORES

Domínguez Manzano, Noelia.
Servicio Provincial 061 Cádiz.
EPES
Sainz Otero, Ana. Departamento
de Enfermería y Fisioterapia.
Universidad de Cádiz
Lagares Franco, Carolina.
Departamento de Estadística
e Investigación Operativa.
Universidad de Cádiz
Marín Paz, Antonio Jesús.
Departamento de Enfermería y
Fisioterapia. Universidad de Cádiz

Parada cardiorrespiratoria infantil. Consideraciones etiopatogénicas individuales y su influencia en el pronóstico final

Introducción

Afrontar una parada cardiorrespiratoria (PCR) en niños supone un reto para los equipos asistenciales. Las PCR en niños no son demasiado frecuentes en nuestro medio. La mayoría están relacionadas con problemas respiratorios y traumáticos.

Objetivos

Identificar las causas que han generado PCR en niños entre 2014 y 2018 y adelantar su influencia en el manejo posterior.

Remarcar la importancia de la aplicación del procedimiento de SVA pediátrico.

Considerar la administración de drogas coadyuvantes en el tratamiento y abordaje de las situaciones que desembocan en la parada cardiorrespiratoria.

Material y Métodos

Revisión de las historias clínicas de los pacientes atendidos por PCR por equipos asistenciales extrahospitalarios en nuestra área de trabajo y en el periodo 2014-2018.

Búsqueda bibliográfica específica sobre PCR pediátrica.

Resultados

De 37 casos atendidos, solo hay diagnósticos alternativos en 8 (21,62%) y fueron trasladados con ritmo al hospital 6 (16,21%). En los casos que se diagnosticó causa complementaria, éstas fueron de origen respiratorio y traumático fundamentalmente. Centrándonos en los problemas respiratorios, encontramos displasia broncopulmonar, bronquitis aguda, hipertensión pulmonar y asma. Coincidiendo un procedimiento de SVA protocolizado y común, sin embargo, no tuvieron la misma respuesta buscada de recuperación de pulso y respiración y ausencia de secuelas neurológicas.

En el primero de los casos se consiguió obtener pulso desde la salida del domicilio; en el segundo, no fue posible la recuperación de pulso, en el tercero con parada cardíaca presenciada precedida de parada respiratoria, el resultado final fue de muerte y, en el cuarto, con parada respiratoria seguida de parada cardíaca presenciada, tuvo un excelente pronóstico, con recuperación del ritmo y extubación en UCI pediátrica en las siguientes 24 horas.

Conclusiones

No todos los casos tuvieron el resultado buscado. Pero de la revisión posterior de cada asistencia, se puede deducir la importancia de la aplicación del procedimiento de SVA pediátrico y la anticipación, en la medida de lo posible a la evolución de la parada respiratoria. La utilización de drogas alternativas y menos usadas en el soporte de adultos por equipos extrahospitalarios, entendemos que también contribuyó al mejor pronóstico del paciente.

41

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Pérez Cabeza, G ¹

AUTORES

Gil Torres, JP ¹Aparicio Parra, Y ²

CENTROS DE TRABAJO

¹ H Viamed Santa Ángela de La
Cruz² Hu. Valme

Implantación de manuales de formación del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar

Introducción

El presente trabajo analiza y pone de manifiesto la necesidad de implantar los manuales del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERCP) como los únicos para la formación en Soporte Vital (SV) y Resucitación Cardiopulmonar (RCP) para todos los miembros que forman parte del CERCP y bajo las recomendaciones del European Resuscitation Council (ERC).

Objetivos

Implantar los manuales del CERCP como únicos recursos para la formación en SV y RCP en todas las entidades y organizaciones que forman parte del CERCP, tienen actividad formativa en dichas materias y siempre bajo las recomendaciones del ERC.

Material y Métodos

Estudio realizado mediante visualización de las páginas web de las entidades y organizaciones pertenecientes al CERCP así como la comparación de los manuales de SOPORTE VITAL BÁSICO y DEA, SOPORTE VITAL INMEDIATO Y SOPORTE VITAL AVANZADO del CERCP y el de sus entidades

pertenecientes, donde se han comprobado los siguientes ítems en cuanto a formación en SV y RCP:

- Formación ofrecida
- Certificación de la formación
- Metodología de la formación
- Manuales y recursos empleados para dichas formaciones

Resultados

De las 26 entidades y organizaciones que conforman el CERCP a fecha de Junio de 2018, 15 de ellas tienen dentro de sus actividades la formación y utilizan manuales propios, se sirven de los manuales de otras entidades del CERCP o incluso utilizan, manuales con recomendaciones de la American Heart Association (AHA) para algunas de sus formaciones.

Conclusiones

- La innumerable cantidad de manuales existentes, editados por entidades y organizaciones pertenecientes al CERCP en materias de SV y RCP, hacen que éstos no sean, en muchos casos, coincidentes en estructuración ni en contenidos.
- La diversidad en contenidos y metodologías de la formación en SV y RCP por las diferentes entidades y organizaciones pertenecientes al CERCP hacen que no se siga un criterio único.
- El exceso de manuales de SV y RCP con diferentes contenidos y estructuración, impide que los alumnos puedan realizar una formación con una entidad y reciclarse con otra.

42

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Rico Monterrubio, Ana

AUTORES

Luján Vizuete, P.

CENTROS DE TRABAJO

Centro de Salud Azuaga

Importancia de la prevención de muerte súbita en la práctica deportiva

Objetivos

Conocer la información de la que dispone un grupo de 191 personas de edades comprendidas entre 9 y 63 años que practican ejercicio físico regular y deporte de élite, respecto a la muerte súbita.

Proponer la posibilidad de reducir el riesgo de muerte súbita con programas de cribado y seguimiento, para así conocer nuestra capacidad física y posibles patologías que puedan requerir una vigilancia más individualizada.

Detallar la importancia de un plan de atención al deportista que no solo cubra las lesiones, sino también su control a nivel fisiológico y la importancia de educar respecto a un ejercicio físico controlado desde el inicio.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo en el que se ha usado una amplia revisión bibliográfica, de carácter descriptivo, transversal y observacional en el que se ha realizado una encuesta a la población que practica deporte, así como una entrevista a entrenadores físicos.

Resultados

Parte de la población que ha sido entrevistada cuenta con algún factor de riesgo cardiovascular.

La mayoría consideran que no han recibido educación para la salud referente a un ejercicio físico controlado e individualizado.

Menos del 50% de la muestra se ha realizado algún screening de prevención tipo ECG en el último año.

Bibliografía

- Cordero, A; Masiá, MD & Galve, E. (2014). Ejercicio físico y salud. Promoción de la salud cardiovascular (IV). Rev Esp Cardiol, 67, 748-753.
- Grazioli, G. (agosto 25, 2014). Muerte súbita en el deporte: prevalencia, causas y estrategias de prevención. junio 05, 2018, de IntraMed Sitio web: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=85077>
- Viadero, M.T. (2014, mayo). Corazón y deporte. ADOLESCERE, II, 113-128

Conclusiones

La práctica de ejercicio físico es muy recomendada por los beneficios que nos garantiza, sin embargo, la muerte súbita en el deporte es un tema que ocasiona gran preocupación médica y social.

El corazón es el órgano que más cambios sufre cuando la actividad física se da de forma continuada, ya que es el que mayor sobrecarga soporta.

La persona que practica ejercicio físico siente bienestar durante y después de esta práctica debido a la liberación de endorfinas la cual se incrementa proporcionalmente al esfuerzo del organismo.

Los reconocimientos médicos deportivos suelen ser privados y de alto coste, dificultando su acceso a gran parte de esta población, pues no existe ningún programa en la cartera de servicios de atención primaria en el que se incluya un modelo de screening participativo como el que sugiere la Sociedad Europea de Cardiología, el cual consiste en: Historia familiar, Examen físico y ECG.

44

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Heredia García, Manuel Carlos,
EPES 061, Málaga

AUTORES

Valle Martos, Ismael, IES
Fuengirola N°1
Trillo Fernández Cristóbal
Del Castillo Carnevali Hugo

Club deportivo SOScardiosport: una iniciativa para prevenir la muerte súbita del deportista o minimizar las secuelas en caso de que ocurra

Introducción

La generalización de la práctica de actividad física ha incidido en el aumento de casos de muerte súbita en deportistas. En la última década han cobrado una enorme relevancia las pruebas denominadas "TRAIL Y ULTRA TRAIL DE MONTAÑA", donde el deportista pone al límite su cuerpo.

Un aspecto clave es la dificultad de accesibilidad para las asistencias sanitarias en gran parte del recorrido lo que en muchas ocasiones pone en riesgo la seguridad del deportista.

SOScardiosport es un grupo compuesto por Médicos, Enfermeros, T.E.S., Ldos en Ciencias de la Actividad Física y Deporte, Bomberos y personal cualificado y acreditado para el uso del D.E.A y Primeros Auxilios que realiza estas competiciones junto con los participantes equipados con mochilas con material de primeros auxilios y desfibriladores automatizados. El objeto es dar asistencia sanitaria en el menor tiempo posible.

Objetivos

Concienciar y difundir la necesidad de un estudio exhaustivo para determinar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en deportistas y su posible incidencia durante la preparación y desarrollo de una actividad física extrema

Dar un servicio sanitario integrado por deportistas especializados que realicen el recorrido con el resto de participantes para, en caso de necesidad, poder reducir el tiempo de intervención.

Material y Métodos

Análisis de pacientes.
SOScardiosport en competición

Resultados

1. Análisis retrospectivo de pacientes evaluados por especialista.
2. Competiciones CARDIOPROTEGIDAS por SOScardiosport y asistencias realizadas durante las competiciones.

Conclusiones

Es fundamental realizar reconocimiento médico a deportistas que van a competir en pruebas de ultra resistencia.

En pruebas de montaña las asistencias sanitarias convencionales tienen serias dificultades para acceder a muchas zonas del recorrido. La labor del Club Deportivo SOScardiosport es reducir los tiempos de intervención en caso de emergencia.

Para garantizar una óptima asistencia es fundamental equiparse con mochilas provistas de material básico de primeros auxilios así como con desfibriladores Automatizados.

45

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Vallejo Baez, JorgeAUTORES
Segura González, Fernando
Molero Pardo, María José
Daga Ruiz, DomingoCENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario Virgen de la
Victoria, Málaga

Donantes de órganos y tejidos procedentes de PCR recuperada

Introducción

Los pacientes con PCR recuperada en algunas ocasiones sufren una lesión anóxica que genera un daño neurológico catastrófico secundario. En la actualidad los programas de donación de órganos y tejidos de cadáver se sustentan en la Muerte Encefálica (ME) y la muerte por criterios cardiocirculatorios (Asistolia).

Objetivos

Evaluar el potencial de donación secundario a la encefalopatía anóxica severa postPCR.

Material y Métodos

El Centro Hospitalario consta de 490 camas de hospitalización, 18 camas de UCI polivalente y cubre un área poblacional de 540.000 habitantes. Es el hospital no trasplantador con mayor número de donantes de órganos y tejidos de Andalucía. Se realiza un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de 3 años consecutivos (2015-2017). Se analizan datos epidemiológicos y del proceso de donación (tipos de donantes, edad, sexo, causa de la PCR, tiempo de PCR hasta la recuperación del pulso, días de estancia en UCI hasta éxitus.

Resultados

En el periodo analizado hubo 122 donantes efectivos, de ellos 38 (31%) procedían de una PCR resucitada. La edad media de este grupo fue de $53 \pm 13,2$ años. El 50% de ellos fueron donantes en ME y el otro 50% en Asistolia Controlada (DAC). La causa de la PCR fue en el 84,21% cardíaca, el 7,9% respiratoria, 5,25% intoxicaciones y un 2,6% por TCE. El tiempo total de PCR hasta la recuperación de la circulación espontánea fue de 23 ± 14 minutos y el tiempo de estancia en UCI hasta la certificación del éxitus $5,02 \pm 3,06$ días ($3,21 \pm 2,01$ días en el caso de la ME y $6,84 \pm 2,87$ días en el caso de la asistolia). En el periodo analizado las negativas familiares del conjunto de los donantes fueron del 2,4%, mientras que en el grupo de PCR recuperada no hubo negativas.

Conclusiones

El cambio epidemiológico del donante actual y la incorporación de la donación en los cuidados al final de la vida hacen que la PCR resucitada en el medio extrahospitalario sea una fuente importante en los donantes efectivos generados en el HUVV. Más allá de la RCP infructuosa y los modelos de asistolia no controlada, la ME y la DAC son dos vías importantes de generación de donantes en las PCR recuperadas.

46

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Vallejo Baez, JorgeAUTORES
Pérez Dormido, Rocío
Daga Ruiz, Domingo
Molero Pardo, María José
Segura González, FernandoCENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario Virgen de la
Victoria, Málaga

Efectividad del donante procedente de PCR recuperada

Introducción

Lograr la autosuficiencia en trasplante es el objetivo fundamental de los programas de donación y trasplantes en el mundo. España es líder mundial en donación y trasplantes desde hace más de 25 años. Incorporar la donación en los cuidados al final de la vida es una obligación de los profesionales sanitarios y una elemento indispensable para conseguir la autosuficiencia.

Objetivos

Analizar el número de órganos válidos procedentes de donantes en Muerte Encefálica (DME) y Asistolia Controlada (DAC) procedentes de encefalopatía anóxica postPCR (EAPP).

Material y Métodos

El Centro Hospitalario dispone de 490 camas de hospitalización, 18 camas de UCI polivalente y cubre un área poblacional de 540.000 habitantes. Es el hospital no trasplantador con mayor número de donantes de órganos y tejidos de Andalucía. Se realiza un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de 3 años consecutivos (2015-2017). Se analizan los donantes procedentes de EAPP y el número de órganos útiles generados por

éstos. En este periodo hubo 38 donantes válidos con una edad media de $53 \pm 13,2$ años, y un tiempo medio de PCR hasta recuperar pulso de 23 ± 14 minutos; 19 en ME y 19 en DAC. El conjunto de éstos generaron 75 órganos válidos para trasplante (58 riñones, 13 hígados y 4 corazones). Los 19 DME generaron 38 órganos válidos para trasplante (2 órganos válidos / donante) y su distribución fue: 28 riñones, 6 hígados y 4 corazones. En el caso de los 19 DAC generaron 37 órganos válidos para trasplante (1,94 órganos/donante) y su distribución fue: 30 riñones y 7 hígados.

Conclusiones

Los donantes de órganos procedentes de EAPP en nuestra serie presentan una efectividad elevada ($>1,9$ órganos/donante), a pesar de periodos prolongados de isquemia caliente. No encontramos diferencia entre el número de órganos generados en los DME vs DAC, salvo que en éstos últimos no se generaron corazones válidos para trasplante. Resaltar que los hígados válidos de los DAC fueron extraídos mediante Perfusión Regional Normotérmica.

47

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Julio Villán García

AUTORES

Bethencourt Bethencourt A
Santiago González C

CENTROS DE TRABAJO

Unidad de Calidad y Seguridad
del Paciente. Hospital
Universitario Ntra. Sra. de
Candelaria. Santa Cruz de
Tenerife.

Mapa de riesgo de PCR en un hospital de 3º nivel 2013-2017

Introducción

Las paradas cardíaca hospitalaria (PCRH), representa un problema de primera magnitud. Entre un 0,4% y un 2% de los pacientes ingresados precisan de técnicas de resucitación cardiopulmonar (RCP). La mitad de estas paradas se producen fuera de las Áreas de Críticos y en la actualidad, en el mejor de los casos, sólo 1 de cada 6 pacientes tratados sobrevive y puede ser dado de alta.

El lugar donde ocurre la PCR (parada cardiorrespiratoria) es muy importante para el pronóstico del paciente. La desfibrilación en los 3-5 primeros minutos puede producir tasas de supervivencia de un 50-70%. Se puede conseguir una desfibrilación precoz por lo que hacen la RCP mediante la utilización de DESA (desfibrilador externo semiautomático) in situ.

Objetivos

Identificar áreas (A) hospitalarias de mayor riesgo de PCR

Establecer prioridades en la formación a los profesionales en RCP según áreas de riesgo

Optimizar el contenido del Carro de Parada en función del riesgo del área.

Material y Métodos

Análisis en diferentes áreas y unidades asistenciales de la evolución de activaciones del equipo de PCR en los últimos 5 años.

Resultados

Hospital de tercer nivel, cuenta con 827 camas, 221625 estancias y una población de referencia de 479925 personas. En este periodo hubo un promedio de 27699 ingresos/año y 83 activaciones del equipo de PCR, esto supone una incidencia de $3,01 \cdot 1000$ ingresos o $0,38 \cdot 1000$ estancias. Las activaciones observadas fueron: médica (60,5), quirúrgica (25,9), mixta (0,8), gabinetes de exploraciones especiales (9,2), consultas externas (1,9) y no asistenciales (1,6). El turno de mañana representó el 36% de las activaciones totales, en la tarde y noche fueron del 32%.

Conclusiones

Implementar un programa de formación periódico en RCP para el personal sanitario del hospital en función del A. de riesgo de PCR

Utilización del DESA en aquellas áreas del hospital de mayor riesgo que permita la desfibrilación en los 3-5 primeros minutos aunque no este presente el equipo médico de reanimación

Adecuar el contenido de los carros de parada con un mínimo y un máximo de equipamiento en función del nivel de riesgo

Instalar columnas de rescate con DESA en áreas no asistenciales o de tránsito dentro del hospital

48

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

García Fuente C.A, Médico de
EPES Granada

AUTORES

Gómez Rojas M.A (Enfermera de
EPES Granada)Gómez Rojas A.B (Enfermera
Urgencias Hospital PTS Granada)García Fuentes E.P, Burgos
Fuentes M., Baquedano
Fernández B (Coordinación
Trasplantes Granada)

CENTROS DE TRABAJO

Empresa Pública de Emergencias
Sanitarias, 061.S.P Granada.

Donación en asistolia, una opción de vida en el siglo XXI

Introducción

En 2010 se puso en marcha de Granada el protocolo Código Alfa de donación en asistolia, mediante el cual se traslada al hospital pacientes seleccionados, con parada cardíaca acontecida en el ámbito extrahospitalario, como potenciales donantes de órganos. El Hospital virgen de las Nieves y la Empresa pública de Emergencias Sanitarias desarrollaron este programa, pionero en una ciudad de menos de 500,000 habitantes.

El resultado es muy satisfactorio, suponiendo la donación en asistolia no controlada un 19,80% de los donantes totales realizados en la capital y su área metropolitana.

La interpretación de estos datos invitan a extrapolar esta experiencia a ciudades de similares características.

Objetivos

Análisis y revisión de los resultados del programa Código Alfa, donación en asistolia no controlada, Maastricht II A, realizadas en Granada, desde 2010 hasta 2017.

Material y Métodos

Estudio observacional, obteniendo la información de las bases de datos de la unidad de coordinación de trasplantes y del centro coordinador de urgencias y emergencias desde 2010 hasta 2017.

Resultados

Nº total C. Alfa:76, Nº PCR Recuperadas:4, Nº Donantes Totales:67, Nº Hombres/Nº Mujeres:62/22, Edad media:52.19, Nº Negativas / Nº Contraindicaciones:6/3, Nº Órganos:96, Nº Tejidos:40, N.º órganos: 87 riñones,7 Hígados,48 tejidos, judiciales:61, Tiempo desde SVA hasta llegada UCI:55.5,% C.Alfa sobre el total de donaciones:19,80%.

Conclusiones

Los resultados obtenidos concluyen que la puesta en marcha y desarrollo de programas de DA (Donación en Asistolia) en ciudades de menos de 500.000 habitantes como Granada, suponen un aumento significativo del número de donantes y por consiguiente del número de órganos extraídos. La DA ha significado desde 2010 a 2017 el 19,80% de los donantes de órganos de la provincia de Granada.

Estos resultados invitan a extrapolar la experiencia a otras ciudades de similares características.

49

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Moure Vallet, A,
TES - Empresa Pública de
Emergencias Sanitarias, S.P -
Sevilla

AUTORES

Borrego Rico M; TES-Asistencia
Sanitaria Malagueña-Antequera

Osuna Díaz M.; TES-Empresa
Pública de Emergencias
Sanitarias, S.P - Sevilla

Parada cardio respiratoria por hidrocurción

Introducción

Hidrocurción o corte de digestión es un shock termodiferencial (diferencia brusca de la temperatura corporal) caracterizado por un estado sincopal provocado por el contacto brusco de la piel y de las vías respiratorias superiores con el agua fría, lo que desencadena un reflejo de inhibición de la respiración y la circulación generando una sobrecarga cardíaca derecha que ocasiona en la mayoría de los casos una parada cardiorrespiratoria (PCR).

Objetivos

Analizar el mito o realidad de no deber meterse en el agua hasta pasadas dos horas después de la última comida. Un mito que es importante conocer aclarar y matizar conceptos para tener una mayor información y prevención de una PCR por hidrocurción.

Material y Métodos

Realizada búsqueda bibliográfica exhaustiva de varios artículos en las bases de datos científicas de Elsevier, CUIDEN, Medline y Scielo. Utilizando los buscadores Google académico y Dialnet.

Resultados

Los resultados muestran que hay diversos factores que pueden condicionar la hidrocurción como pueden ser;

- Hipertermia: aumento de la temperatura corporal bien por actividad física o temperaturas ambientales elevadas por excesiva exposición al sol.
- Baja temperatura del agua.
- Golpe contra el agua.
- Ingestiones copiosas previas a la inmersión.
- Afecciones cardiovasculares (vagotónico).
- Terror y pánico al agua.

Además, se constata que en individuos adultos este reflejo no se nota mucho, pero en niños suele ser bastante potente. De hecho, se han registrado bastantes casos por muerte súbita en niños debido exclusivamente a un reflejo de inmersión extremo que provoca alteración del ritmo cardíaco.

Conclusiones

Debido a que la hidrocurción es un fenómeno de instauración brusca y de pérdida de consciencia súbita, ante cualquier síntoma como; mareo, visión borrosa, sudoración, obnubilación, somnolencia, náuseas, vómitos, dolor de cabeza etc. debemos salir del agua o solicitar ayuda inmediatamente ya que una pérdida de consciencia dentro del agua puede tener un desenlace fatal. Para evitar los efectos se deberá acondicionar el cuerpo a la temperatura del agua, para ello mojaremos las partes más sensibles a la temperatura, la nuca, abdomen, muñecas y tobillos, cuando estemos aclimatados y no suframos ningún síntoma extraño podremos zambullirnos.

50

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Carolina Zorrilla Varela

AUTORES

Larrauri Cantero, Sandra

López Doueil, Marta

Terán Herrera, María Ángeles

Gómez Amigo, Verónica

Barquín Toca, María Teresa

CENTROS DE TRABAJO

Hospital de Laredo

Formación continuada en reanimación cardiopulmonar. Un pilar esencial

Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una de las causas más frecuentes de muerte en países occidentales, entre ellos los europeos y por supuesto en España. El pronóstico de la PCR es directamente proporcional al entrenamiento del personal que atiende al paciente, e inversamente proporcional al tiempo que transcurre entre la parada cardiorrespiratoria y el inicio de una reanimación eficaz.

Edgar Dale en su modelo de aprendizaje conocido como "Cono de la experiencia" muestra como el sistema educativo tradicional (lectura, clases magistrales,...), utiliza métodos menos eficaces y abstractos e invierten mayor tiempo lectivo que los métodos menos difundidos, más eficaces y participativos (simulación, representación teatral,...).

Objetivos

- Desarrollar habilidades y conocimientos en reanimación cardiopulmonar (RCP).
- Realizar reciclajes de forma continuada.
- Evaluar el nivel de aprendizaje.

Material y Métodos

Estudio descriptivo con base teórica en el modelo clásico de cuatro niveles de Donald Kirkpatrick para evaluación de la formación. Apoyado en las principales recomendaciones de la AHA (American Heart Association) y ERC (European Resuscitation Council) a las 17 preguntas PICO (Problema, Intervención, Comparación, Resultados) formuladas sobre "Educación e implementación en SVB (Soporte Vital Básico) y SVA (Soporte Vital Avanzado)". Se imparte formación técnico-práctica de 2 horas con máximo 10 alumnos. Se valoran conocimientos teóricos previos y posteriores a la formación mediante un test de 10 preguntas con 5 respuestas posibles de las cuales sólo una es verdadera.

A través del maniquí Resusci Anne reporter Laerdal® y el check-list del instructor se evalúa la ejecución de la cadena de supervivencia.

Resultados

Sin recibir formación teórica, el 78,78% obtuvieron 6 o menos aciertos y tras recibirla, el 85,71% obtuvo un resultado mayor o igual a 8. En la práctica, el 83,3% erró en 1 ó 2 eslabones de la cadena de supervivencia.

Conclusiones

La formación con simulación mejora los conocimientos y la ejecución de las destrezas y habilidades en RCP. La formación en habilidades no técnicas (habilidades en comunicación, liderazgo de equipos,...) constituye un elemento esencial en la formación de habilidades técnicas.

"Me lo contaron y lo olvidé, lo vi y lo entendí, lo hice y lo aprendí".

Confucio (551 AC-478 AC).

51

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Héctor Moreda Aragón ¹

AUTORES

Luna Castaño, Patricia ²Piqueras Rodríguez, Pedro ¹Ocaña Pérez-Cerda, Celia M ¹Herrero Esteban, Clara M ¹

CENTROS DE TRABAJO

¹ Cuidados IntensivosPediátricos, Hospital Universitario
La Paz² Unidad de Investigación deEnfermería, Hospital Universitario
La Paz

Intervención formativa sobre soporte vital inmediato pediátrico mediante simulación de alta fidelidad

Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) en pediatría tiene una elevada morbimortalidad. La supervivencia del paciente está directamente relacionada con la calidad de la reanimación cardiopulmonar (RCP), así como con la iniciación temprana de las maniobras. Las últimas recomendaciones publicadas por el European Resuscitation Council destacan la importancia de la formación en maniobras de RCP a la población, como estrategia para disminuir la mortalidad y las secuelas post-PCR.

La simulación clínica de alta fidelidad aporta al participante escenarios que imitan la realidad de entornos clínicos permitiéndole adquirir conocimientos y habilidades, así como confianza en sí mismos, antes de enfrentarse a situaciones reales.

Objetivos

Evaluar la estrategia de formación de soporte vital inmediato pediátrico con uso de simulación de alta fidelidad, a partir de la adquisición de conocimientos tras la intervención formativa.

Material y Métodos

Estudio cuasi-experimental pre-post test sin grupo control. La población de estudio fueron las enfermeras y técnicos en cuidados que acuden al curso de "Soporte Vital Pediátrico" programado por el servicio de Formación continuada del centro. La herramienta para la recogida de datos fue un cuestionario de conocimientos pre-post intervención. La intervención formativa consistió en una exposición teórico-práctica en soporte vital inmediato pediátrico, seguida de la aplicación práctica de las maniobras de RCP mediante la simulación de alta fidelidad, simulando una PCR en un lactante en una planta de hospitalización de pediatría.

Resultados

Un total de 64 asistentes recibieron la intervención formativa (96,9 % mujeres y 3,1% hombres) de estos un 46,9% eran DUE/Grado de Enfermería, un 51,6% Técnicos Superiores y un 1,5% eran de otras profesiones. A partir de las puntuaciones de los cuestionarios de conocimientos pre y pos-test se calcularon las medias. La media en el pretest fue de 5,5 (DE 1,96) y, en el pos-test 7,58 (DE 1,49), $p < 0,001$, $N=62$, observándose diferencias significativas en las medias de las notas de pre y postest con un aumento en la media, y disminución en la desviación estándar en el pos-test.

Conclusiones

Los resultados mostraron un aumento en el puntaje medio del post-test, lo que indicó un aumento de

aprendizaje sobre soporte vital inmediato pediátrico, utilizando como estrategia de formación la simulación de alta fidelidad.

52

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Osuna Díaz M.
TES - EPES S.P - Sevilla.

AUTORES

Ruiz Reyes F.J, TES - Asistencia
los Ángeles - Traslado de
Pacientes Críticos – GranadaSánchez Cordón V, TES - EPES
S.P - Sevilla

Parada cardiorrespiratoria por ahogamiento secundario en niños

Introducción

El ahogamiento es la tercera causa de muerte accidental, siendo los grupos con mayor riesgo los niños menores de cuatro años.

Definimos ahogamiento a la muerte por asfixia tras inmersión en un medio líquido, que ocurre en las primeras 24 horas del accidente. Si el niño sobrevive más de ese tiempo se denomina casi ahogamiento, independientemente que al final muera o no. Las complicaciones en un ahogamiento son la parada cardiorrespiratoria (PCR) y los daños neurológicos que esta parada ocasiona.

El ahogamiento secundario se define como el inicio retardado de la insuficiencia respiratoria después de un episodio de casi ahogamiento, que puede ocurrir hasta 96 horas después del accidente. Durante este periodo ventana el niño puede presentar diferentes tipos de síntomas que empeoran su estado de salud.

Objetivos

Analizar y determinar los síntomas que alertaran de un ahogamiento secundario, ya que pueden pasar desapercibidos y su identificación puede ser vital para detectar y prevenir un desenlace fatal.

Material y Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica en las principales bases de datos biomédicas, Pubmed, Cochrane, Enbase, Database, Sciene Direct, entre otras.

Resultados

Los resultados muestran que puede llegar a ser complicado reconocer los síntomas de ahogamiento secundario, debido a que la víctima parece estar bien después de un episodio de casi-ahogamiento. Probablemente el niño haya aspirado una cantidad de agua muy pequeña y se piense que lo ha expulsado todo al toser. En el ahogamiento secundario, el agua puede llenar los alvéolos pulmonares, lo cual reduce la capacidad de oxigenación de la sangre y aparecer de forma súbita una insuficiencia respiratoria aguda.

Las señales que deben alertar son:

- Tos intensa.
- Falta de aire.
- Dolor en el pecho.
- Vómitos.
- Irritabilidad.
- Letargo, somnolencia extrema o falta de energía.

Conclusiones

Es importante mantener en todo momento al niño en observación y en caso de que se manifieste cualquiera de estos signos en las siguientes horas o días al suceso, acudir a urgencias para ser valorado por personal médico.

53

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Moure Vallet A, TES Empresa
Pública de Emergencias
Sanitarias, SP Sevilla

AUTORES

Borrego Rico M, TES Asistencia
Sanitaria Malagueña, Antequera

Osuna Díaz M, TES Empresa
Pública de Emergencias
Sanitarias, SP Sevilla

¿Puede un accidente cerebrovascular producir una parada cardiorrespiratoria?

Introducción

El accidente cerebrovascular (ACV) constituye la tercera causa de muerte a nivel mundial, muchas veces se sitúa como la primera causa de invalidez en edad adulta. No sólo puede provocar el fallecimiento del paciente, sino que los sobrevivientes quedan, la mayoría de las veces con limitaciones físicas como imposibilidad para mover una o más extremidades (brazos o piernas), dificultad para caminar, hablar, etc.

Objetivos

Concienciar al colectivo de técnicos en emergencias Sanitarias (TES) de la necesidad de formarse en la detección precoz de los signos y síntomas que nos puedan hacer creer que un paciente este sufriendo un ACV.

Material y Métodos

Realizada una búsqueda bibliográfica exhaustiva de varios artículos en las bases de datos científicas de Elsevier, Cuiden, Medline y Scielo y otras. Los buscadores han sido Google académico y Dialnet.

Resultados

Los resultados demuestran la necesidad de una formación adecuada, específica y actualizada de los TES en la detección de un ACV., los cuales como primeros intervinientes tienen un porcentaje muy alto de enfrentarse a este tipo de pacientes. A la vez se crea la necesidad de divulgar toda la información posible sobre este tipo de patología a los familiares de pacientes en riesgo.

Conclusiones

Se demuestra que un mal diagnóstico o un diagnóstico tardío en la detección de un paciente que esté sufriendo un ACV puede sufrir un empeoramiento progresivo y desencadenar entre otras muchas patologías una parada cardiorrespiratoria PCR.

54

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Guillermo Pérez Cabeza, H
Viamed Santa Ángela de la Cruz

AUTORES

Gil Torres, JP, H Viamed Santa
Ángela de la Cruz

Aparicio Parra, Y, Hu. Valme

Formación en SVB y DEA homologada por entidades del CERCP ante la formación no homologada

Introducción

Ante la demanda de formación de Soporte Vital Básico (SVB) y desfibrilación externa automatizada (DEA) es necesario la homologación de la formación y de los requisitos de las entidades de formación. Así como la necesidad de informar claramente a las empresas la importancia de la formación y de la homologación por entidades pertenecientes al Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERCP).

Objetivos

Analizar la situación, respecto a la formación impartida en SVB y DEA en España, con la finalidad de establecer estrategias y acciones para que la formación en dicha materia siempre esté homologada por entidades pertenecientes al CERCP.

Material y Métodos

Estudio realizado durante el año 2017 con un total de 17 cursos en SVB y DEA impartidos a trabajadores de empresas privadas y organismos públicos de la administración autonómica y local.

Resultados

De los 17 cursos impartidos en SVB y DEA:

- 6 cursos eran homologados por el Plan Nacional de RCP.
- 11 cursos se impartieron sin homologación de alguna entidad perteneciente al CERCP.

De los 6 cursos que eran homologados por el Plan Nacional de RCP:

- 4 cursos se impartieron en entidades u organismos públicos.
- 2 cursos se impartieron en empresas privadas.

De los 11 cursos que se impartieron sin homologación de alguna entidad perteneciente al CERCP:

- 7 cursos se impartieron en empresas privadas.
- 4 cursos se impartieron en entidades u organismos públicos.

Conclusiones

Las empresas optan por formación no homologada por el CERCP por desinformación al respecto o por no asumir el coste del procedimiento de homologación (manuales específicos, diplomas homologados, etc.).

La legislación de algunas CCAA favorecen la impartición de cursos de SVB y DEA no homologada por entidades del CERCP al no ser un requisito exigido para la validez de la formación.

Empresas privadas de formación aprovechan dicha situación para ofertar formaciones no homologadas por ninguna entidad del CERCP.

Casi el doble de la formación sujeta a este estudio, se impartió sin homologación de alguna entidad perteneciente al CERCP.

55

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Guillermo Pérez Cabeza, H
Viamed Santa Ángela de la Cruz

AUTORES

Gil Torres, JP, H Viamed Santa
Ángela de la Cruz

Aparicio Parra, Y, Hu. Valme

Registro nacional o registros autonómicos de personas habilitadas para el uso del DEA en España

Introducción

En una sociedad cuya principal causa de muerte son las enfermedades coronarias, causando al año 267,6 fallecidos por cada 100.000 habitantes (datos del Instituto Nacional de Estadística año 2016) y siendo éste un país que dispone de legislación específica para el uso, instalación y registro de los Desfibriladores Externos Automatizados (DEA), queremos evidenciar la necesidad de crear un registro nacional o registros autonómicos de personas habilitadas para el uso del DEA en España.

Objetivos

Poner de manifiesto la necesidad de la existencia de un registro nacional o registros autonómicos de personas habilitadas para el uso del DEA fuera del ámbito sanitario bajo criterios básicos y mínimos en materia de formación en Soporte Vital Básico (SVB) y DEA de las personas candidatas a ser incluidas en dicho registro.

Material y Métodos

Para el presente trabajo hemos analizado los decretos del uso del DEA fuera del ámbito sanitario de las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA) de España así como la actual legislación a nivel nacional.

Resultados

Ningún decreto recoge la creación de un registro autonómico o nacional en España de personas formadas y habilitadas para el uso del DEA fuera del ámbito sanitario.

Conclusiones

La creación del registro supondría una herramienta fundamental para la cuantificación de personas habilitadas, estadísticas y estrategias formativas.

Regularía y estandarizaría los criterios mínimos que deben reunir las personas para su inscripción y, por lo tanto, para las enseñanzas mínimas del uso del DEA.

Supondría un respaldo legal, en caso necesario, para la persona registrada y de alta en el registro.

Serviría de información para posteriores estudios en el campo de la formación y la calidad.

El registro favorecería la formación homologada en Soporte Vital Básico y DEA.

Existiendo registros en activo de los DEAs en las diferentes CCAA se establece un mapa completo de su despliegue que junto con un registro de personas habilitadas para su uso, nos darían datos fundamentales para conocer la capacidad de respuesta ante una posible parada cardiorrespiratoria fuera del ámbito sanitario.

56

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Sandra Larrauri Cantero, DUE
Quirófano

AUTORES

López Doueil, Marta, FEA
Anestesiología y ReanimaciónTerán Herrera, María Ángeles,
DUE UrgenciasGómez Amigo, Verónica, FEA
UrgenciasZorrilla Varela, Carolina, DUE
QuirófanoRuiz Gómez, Beatriz, FEA
Anestesiología y Reanimación

CENTROS DE TRABAJO

Hospital de Laredo

El desfibrilador externo automático, soporte en las paradas cardiorrespiratorias intrahospitalarias

Introducción

Hasta hace unos años el tercer eslabón de la cadena de supervivencia, no se incorporaba hasta que no llegaba el Soporte Vital Avanzado (SVA). El desarrollo del Desfibrilador externo automático (DEA) ha permitido incorporar el tercer eslabón dentro del Soporte Vital Básico (SVB).

La European Resuscitation Council (ERC) recomienda el uso del DEA en aquellas áreas del hospital donde haya un riesgo de retraso en la desfibrilación, porque el equipo de reanimación vaya a tardar en llegar varios minutos. El objetivo es intentar la desfibrilación en menos de 3 minutos del colapso.

Objetivos

Contribuir a impulsar estrategias dirigidas a la desfibrilación temprana.

Convertir nuestro hospital en un espacio cardioprotegido.

Instalar y formar al personal del hospital en técnicas de SVB más DEA.

Material y Métodos

Tras la revisión de las recomendaciones de la ERC sobre las paradas intrahospitalarias y el uso del DEA, se instalaron dos DEA en las zonas más desprotegidas de nuestro hospital. Se informó al personal de su colocación y se realizaron cursos teórico-prácticos sobre SVB y DEA con la ayuda técnica del simulador LifePack CR2.

La valoración de los talleres se realizó con una escala tipo Likert.

Se distribuyeron algoritmos en SVA, SVB y DESA; además de una amplia divulgación del protocolo de parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria a través de la intranet.

Resultados

Centrándonos en el cumplimiento de las expectativas y aplicabilidad del taller por parte del personal, el 91,6% valoraron el grado de satisfacción como excelente y el 90,9% consideraron excelente el nivel práctico conseguido.

Conclusiones

La instalación de los DEA en las zonas grises del hospital incrementa la calidad asistencial ante una parada cardiorrespiratoria en las zonas más desprotegidas donde el equipamiento en SVA es escaso o nulo.

Los profesionales valoran positivamente las nuevas estrategias implantadas en el hospital ante una PCR. Gracias a la divulgación del protocolo, el personal localiza todos los DEA y conoce el Plan de Parada del hospital: teléfono y protocolo de actuación ante una PCR en su servicio.

57

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Martorell Campins, Carlos,
estudiante de 4to enfermería
UIB y Técnico en emergencias
sanitarias

AUTORES

Ordóñez Cruz, María del Castillo,
enfermera del Hospital Son
Llàtzer de Palma de Mallorca

Enseñando RCP a la población

Introducción/Objetivos

La supervivencia a una parada cardiorrespiratoria (PCR) y la calidad de vida posterior a su recuperación es dependiente a la precocidad en la realización de las maniobras de resucitación cardiopulmonar básica (RCP).

El objetivo principal es dar a conocer las maniobras y conocimientos de primeros auxilios a la población, para aumentar los índices de supervivencia de las personas en situación de gravedad vital.

Material y Métodos

Se han realizado talleres teórico-prácticos de RCP Básica en jornadas públicas para potenciar los conocimientos y fomentar la importancia de una actuación inmediata para la prevención de mal pronóstico del paciente.

La secuencia de la docencia eran formaciones de 30 minutos en los que se hacía hincapié en la llamada de emergencias y la secuencia rápida de compresiones y ventilaciones.

Al final de la formación se pasaba un cuestionario con 5 preguntas referentes a la capacitación personal de los alumnos a actuar frente una PCR.

Resultados

El 95% del alumnado, de una muestra de 200 participantes distribuidos en 4 jornadas de RCP pública, se ve capaz de actuar frente a una PCR y sabe hacer una llamada de emergencias.

Conclusiones

Lo recomendable es recibir Soporte Vital Básico antes de 3-5 minutos de haber sufrido la PCR, pero considerando que primero ha de alertar al Sistema de Emergencias Sanitario y éste movilizar el recurso más adecuado y próximo. Por ello, lo que se pretende es dar a la población nociones básicas sobre lo que hacer en casos de emergencia y también en urgencias habituales que permitan mejorar la supervivencia y el pronóstico de los pacientes. Dentro de estas nociones y aunque no sea la titulación aprobada por la Consejería para el manejo de Desfibriladores Semiautomáticos, queremos darles a conocer y demostrar su sencillo manejo para que puedan colaborar de manera útil y segura en una RCP donde se maneje el DESA.

58

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

López Doueil, Marta, FEA
Anestesiología y Reanimación

AUTORES

Sandra Larrauri Cantero, DUE
QuirófanoGómez Amigo, Verónica, FEA
UrgenciasTerán Herrera, María Ángeles,
DUE UrgenciasOtero Martín, Diana, DUE
HospitalizaciónZorrilla Varela, Carolina, DUE
Quirófano

¿Podemos mejorar la atención a la parada cardiorrespiratoria en nuestro hospital?

Introducción

Existe la evidencia de que puede reducirse la mortalidad y las secuelas que causan la Parada Cardiorrespiratoria (PCR) intrahospitalaria si se mejora la respuesta asistencial.

Objetivos

A principios de 2017 se constituye en nuestro hospital comarcal un Grupo de mejora para la atención a la PCR intrahospitalaria, con los siguientes objetivos:

- Establecer un sistema de activación del Equipo de Soporte vital avanzado (SVA) rápido y efectivo.
- Estandarizar los carros de parada y los desfibriladores.
- Implantar un protocolo de Reanimación cardiopulmonar (RCP) común para todo el hospital de acuerdo con las recomendaciones del European Resuscitation Council (ERC).
- Elaborar e implantar una hoja de registro de PCR.
- Formar/Reciclar anualmente a todo el personal sanitario en técnicas de Soporte vital básico y/o Avanzado.
- Instalar 2 Desfibriladores Semiautomáticos (DESA) y dar soporte formativo en las áreas hospitalarias más desprotegidas.

Material y Métodos

El grupo se constituye en abril de 2017 con 14 miembros: 2 anestesiólogos, 2 médicos de urgencias, un médico internista, 6 enfermeras, las directoras médicas y de enfermería y la supervisora de calidad y docencia.

Durante estos meses hemos desarrollado los objetivos anteriormente expuestos.

Para la formación hemos optado por cursos breves de 2 horas teórico-prácticos y simulacros de RCP "in situ" en las plantas, llevados a cabo por enfermeras instructoras.

Resultados

Hasta la fecha se han conseguido gran parte de los objetivos. Hemos apostado por la formación cubriendo el 75% de las áreas del hospital. Han pasado por nuestros talleres 233 profesionales (42% del personal sanitario del hospital) y han realizado simulacros "in situ" 132 profesionales (70% de las enfermeras y auxiliares de las plantas).

Conclusiones

La implantación de un protocolo de RCP común con un sistema de activación del equipo de SVA eficaz y uniforme, la estandarización de carros de parada y desfibriladores y sobretodo la formación del personal con reciclajes periódicos, son las bases para mejorar la atención de los pacientes en PCR.

El nuevo registro de PCR implantado en el hospital nos permitirá conocer los resultados, compararnos con los estándares establecidos y corregir las deficiencias que detectemos.

59

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Amaya Echarte AlfaroCENTRO DE TRABAJO
Unidad de Cuidados Intensivos
-A del Complejo Hospitalario de
Navarra

Calidad de la reanimación cardiopulmonar

Introducción

Según el registro EureCa, en España, año 2016, se produjeron 84 paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias por 100.000 habitantes y sobrevivieron el 10,3%

Teniendo en cuenta que la reanimación cardiopulmonar (RCP), sólo proporciona del 10 al 30% del flujo sanguíneo normal al corazón y entre el 30 al 40% al cerebro, debe considerarse esencial la realización de la RCP de alta calidad.

A fin de aumentar la supervivencia, desde las guías de RCP, se impulsa optimizar el rendimiento de la RCP y la incorporación de sistemas de monitorización de la calidad que proporcionen información en tiempo real, pudiendo así objetivar la calidad de las maniobras.

Objetivos

Conocer los componentes de la calidad de la RCP y como influyen.

Material y Métodos

Revisión bibliográfica en Pubmed y Google académico.

Resultados

1. Minimizar las interrupciones de las compresiones torácicas: Minimizar las interrupciones de las compresiones torácicas ya que su realización durante un tiempo inferior al 80% del total de la reanimación, se asocia a una disminución de la tasa de recuperación de la circulación espontánea (RCE)
2. Frecuencia de las compresiones torácicas de 100 a 120/minuto:
 - Frecuencias inferiores producen una caída del 72% al 42% de la RCE.
 - Frecuencias superiores pueden reducir el flujo sanguíneo coronario y la profundidad de las compresiones.
3. Profundidad de las compresiones torácicas de igual o mayor 50mm en adultos y de al menos un tercio del tórax en lactantes y niños: una profundidad inferior a 38 mm se asocia a una disminución de la RCE y de las tasas de supervivencia.
4. Expansión torácica completa. La expansión incompleta disminuye el flujo sanguíneo, pudiendo reducir el gasto cardíaco (GC).
5. Evitar la ventilación excesiva: Ventilar con elevación torácica mínima y mantener una frecuencia inferior a 12 respiraciones /minuto para minimizar el efecto de la ventilación con presión positiva sobre el flujo sanguíneo y así evitar la disminución del GC. Con dispositivos de vía aérea supraglóticos puede provocar insuflación gástrica y aspiración del contenido

Conclusiones

Los componentes de la calidad de la RCP deben ser conocidos por todo reanimador para aumentar las tasas de supervivencia.

60

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Casamayor Lerena, María de la O; Centro de Salud de Haro.

AUTORES

Suberviola Fernández, Irene, Unidad de Medicina Intensiva, Hospital San Pedro. Logroño.

Ezquerria García, Ana María, Unidad de Medicina Intensiva, Hospital San Pedro. Logroño.

Espinosa Mendaza, María Pilar, Unidad de Medicina Intensiva, Hospital San Pedro. Logroño.

Supervivencia a la parada cardíaca intrahospitalaria en áreas no monitorizadas. ¿Influye el horario?

Introducción

La parada cardíaca intrahospitalaria (PCIH) es una emergencia vital. Los resultados son un indicador de calidad del sistema sanitario. Hay estudios que sugieren mayor supervivencia en el periodo de tiempo de mayor actividad programada, que suele corresponder a la jornada de 8-15 h. En nuestro Hospital existe un equipo de atención a la PC integrada por personal de la Unidad de Medicina Intensiva en alerta las 24 h.

Objetivos

Objetivo principal: Evaluar la influencia del factor horario en la supervivencia tras una PCIH

Objetivos secundarios: Valorar el factor horario en la respuesta del equipo, conocer los factores asociados a la supervivencia.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo-descriptivo.

Lugar: Hospital de segundo nivel.

Periodo: 1 de enero 2010-31 de diciembre 2015.

Supervivencia al año: 31 de diciembre 2016

Población: adultos atendidos por PC en áreas no monitorizadas

Variables: Sociodemográficas, ritmo inicial, origen

de la PC, presenciada. Tiempo de llegada del equipo de PC, turno del evento, resultado inicial, alta hospitalaria, supervivencia al año.

Recogida de datos: registro de PC siguiendo el estilo Utstein e historias clínicas.

Análisis estadístico: Descriptivo. Análisis comparativo: Test de X², U-Mann-Whitney y ANOVA. Paquete estadístico: SPSS v.21.

Resultados

PC atendidas 106.

Género: Varón 67 (63,2%). Edad: 72,63±12,35 años.

Lugar del suceso: Hospitalización: 93 (87,7%)

Turno: Mañanas 48 (45,3%), tardes 32 (30,2%), noches 26 (24,5%)

Presenciada: 88 (83%). Origen cardíaco: 37 (34,9%). Ritmo desfibrilable: 21 (18,9%)

Tiempo de llegada: 158,85±77,43 segundos

Recuperación circulación espontánea: 45 (42,5%).

Duración de RCP 19,14±10,62 minutos.

Alta hospitalaria 15 (14,2%). Supervivencia > 1 año 12 (11,3%).

No se encontraron diferencias significativas en relación al factor horario y supervivencia al suceso.

Características de los pacientes que sobrevivieron: género mujer (P= 0,044), origen cardíaco (P= 0,005), ritmo desfibrilable (P= 0,005) y menor tiempo de RCP (P= 0,006).

Conclusiones

Según los resultados obtenidos, en nuestro hospital, la supervivencia tras una PC parece depender más de variables asociadas al evento que al factor horario.

Que el horario del suceso no influya, puede deberse a la existencia de un equipo de atención a la PC que funciona las 24 h del día.

62

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
María Inguanzo OrtizCENTRO DE TRABAJO
Servicio Pediatría. Hospital
Dr. José Molina Orosa. Lanzarote.

Impacto de los cursos de reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica en Lanzarote

Introducción

La parada cardiorrespiratoria es un evento raro en la edad pediátrica. El aislamiento geográfico dificulta la formación continuada de los profesionales sanitarios. Desde el año 2016 se realizan cursos de reanimación cardiopulmonar avanzada (RCP) pediátrica.

Objetivos

Analizar la eficacia de los cursos de RCP avanzada pediátrica y neonatal en la isla.

Material y Métodos

Estudio analítico transversal de los cursos de RCP avanzada pediátrica y neonatal realizados en la isla desde 2016 hasta 2018. Se recogieron las puntuaciones en las evaluaciones teóricas al inicio y al final del curso (20 preguntas con 4 opciones de respuesta, mínimo exigido 80% aciertos) así como en las prácticas de RCP básica, RCP avanzada y RCP neonatal. Las variables independientes fueron el sexo, la edad, la profesión y el lugar de trabajo de los alumnos. Las variables dependientes fueron las evaluaciones teóricas antes y después del curso y las evaluaciones las distintas prácticas.

Se aplicó la prueba de Wilcoxon para contrastar las puntuaciones teóricas antes y después del curso, la de Mann-Whitney para comparar las puntuaciones en distintos grupos y el modelo de regresión lineal multivariante para estudiar la relación entre puntuaciones y distintas variables sociodemográficas.

Resultados

59 alumnos realizaron los cursos con una puntuación mediana que aumentó significativamente de la evaluación inicial (14 puntos) a la final (18 puntos) sobre 20 ($p < 0,001$). En la evaluación práctica tanto de RCP básica como de avanzada y neonatal, las puntuaciones medianas de cada una de las maniobras superaron el valor 4, siendo el mínimo exigido 3 sobre 5. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre profesiones para realizar RCP básica ($p > 0,05$). Los médicos obtuvieron mejor puntuación que los enfermeros en RCP avanzada ($p < 0,05$). La RCP neonatal fue mejor ejecutada por el personal hospitalario ($p < 0,05$).

Conclusiones

Los conocimientos teóricos de RCP pediátrica en los profesionales de la isla son insuficientes. Los cursos de RCP avanzada pediátrica y neonatal son métodos docentes efectivos a corto plazo para la formación teórico-práctica del personal sanitario. Se precisan futuros estudios que midan el efecto a medio y largo plazo de los mismos.

64

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Mateos Rodríguez M.AUTORES
Fernández Porcel A.
Spasova T.
Puerto Morán A.
Zamboschi N.CENTROS DE TRABAJO
Hospital Universitario Virgen de la
Victoria, Málaga

Limitación de soporte vital y encefalopatía anóxica postparada

Objetivos

Investigar la incidencia de limitación del soporte vital terapéutico (LSVT) en pacientes con encefalopatía anóxica postparada y describir sus características epidemiológicas y clínicas.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo descriptivo sobre un grupo de 46 pacientes que desarrollaron encefalopatía anóxica postparada durante su ingreso en nuestra unidad de Medicina Intensiva, desde enero de 2014 hasta diciembre de 2017.

El análisis se realizó mediante el programa SPSS 15.0.

Resultados

De los pacientes con encefalopatía anóxica postparada se decide en sesión médica colegiada realizar LSVT sobre 27 de ellos (58,7%). De estos, 7 (25,9%) son mujeres y 20 (74,1%) hombres.

La causa de la parada en los pacientes con decisión de LSVT fue cardíaca en 8 de ellos (30,8%), respiratoria en 12 (46,2%), metabólica en 2 (7,6%) y por otros motivos en 4 (15,4%). Se

detectó un ritmo desfibrilable en 6 (22,2%) y no desfibrilable en 21 (77,8%).

En cuanto a la exploración neurológica con signos de mal pronóstico a las 72 horas:

- Reflejo fotomotor conservado en 22 (84,6%) y en 4 (15,4%) había ausencia del mismo.
- La respuesta motora estaba ausente en 14 pacientes (53,8%) y respuesta extensora en 12 (46,2%).

En referencia a las pruebas complementarias a las 72 horas:

- En el EEG 22,2% (6 casos) de los casos no reflejaba ninguna actividad cortical, en un 70,4% (19 casos) se recogieron datos de mal pronóstico (patrón en brote en supresión), y no se realizó en 7,4% (2 casos).
- En el TAC se observaron imágenes compatibles con edema cerebral severo en 18 (66,7%), anodino en 1 (3,7%) y no se realizó en 8 (29,6%) casos.

En cuanto al total de nuestra muestra, 20 de los 46 pacientes (46,5%) fueron donantes. El 57,9% de ellos en muerte encefálica. Del grupo de pacientes a los que se les realizó LSVT 8 pacientes fueron donantes en asistolia controlada (30,8%).

Conclusiones

El proceso de limitación de soporte vital forma una parte importante del manejo de los pacientes en encefalopatía anóxica postparada. Dada la complejidad de dicha decisión, es imprescindible el abordaje multidisciplinar, así como mantener la observación si persiste incertidumbre pronóstica.

66

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Cárdenas Cruz Antonio, FEA
Medicina Intensiva Hospital de
Poniente de Almería

AUTORES

Pérez Bailón Ana María, MIR
Medicina Intensiva Hospital
Universitario San Cecilio

¡Resultados que nos obligan a pensar y a actuar!: RCP básica para estudiantes de educación secundaria

Objetivos

Realizar un análisis comparativo del grado de adquisición de competencias en Reanimación Cardiopulmonar Básica (RCPb) de un grupo de estudiantes de Educación Secundaria, en función de la tipología del docente (profesor de educación secundaria vs profesional sanitario).

Resultados

No se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que había recibido la formación por los profesores de educación secundaria y los que la habían recibido por personal sanitario.

Material y Métodos

Estudio observacional descriptivo sobre una muestra de 252 alumnos de un Instituto de Educación Secundaria incluyendo alumnos de 3º y 4º de ESO así como 1º y 2º de Bachillerato y un Ciclo Formativo. Se midieron 8 variables cualitativas dicotómicas mientras recibían Formación Reglada en RCPb impartida, de forma aleatoria, bien por un profesor del Centro de Educación Secundaria (previamente formado y reconocida su formación en soporte vital por el Plan Nacional de RCP), o por un Profesional Sanitario (todos ellos titulados como Instructores en SVB o SVA por el Plan Nacional de RCP), siendo los parámetros evaluados los que establece el European Resuscitation Council como imprescindibles para la formación en RCPb.

Conclusiones

Según los resultados de nuestro estudio, no existen diferencias en cuanto a la adquisición de competencias por parte de los alumnos en materia de RCP básica, en función del tipo de docente empleado para estructurar la formación específica.

68

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Gutiérrez Casermeiro, Manuel J,
Servicio Médico Colegio N^o Sra.
Victoria Maristas Málaga

AUTORES

Gutiérrez García, Ángel Manuel,
C.S. Alameda-Perchel. Málaga

Reina Martín, María del Mar, C.S.
Portada Alta, Málaga

Carballeda Fernández, José Luis.
Servicio Médico Málaga CF

Plan de formación continua en soporte vital básico y desfibrilación automática para alumnos de ESO y Bachillerato

Introducción

La formación de la población en las técnicas de soporte vital básico (SVB) es el pilar para el conocimiento de la cadena de supervivencia. Los centros docentes son el lugar ideal para iniciar la sensibilización. La formación continuada y reglada para alumnos de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) y Bachillerato posee máxima eficacia educativa. Se presenta una propuesta de un plan educativo de SVB.

Objetivos

Proponer un plan educativo de formación continua en SVB.

Introducir en los proyectos curriculares los contenidos para enseñanza reglada de estas técnicas.

Conseguir que cada alumno en su vida escolar reciba 5 sesiones teórico-prácticas de SVB.

Posibilitar que los alumnos realicen el curso oficial de SVB y DEA de la SEMICYUC.

Elaborar materiales docentes que demuestre su aprendizaje.

Exponer al resto de los compañeros de otros niveles educativos dichas técnicas.

Material y Métodos

Es necesario que este plan se ejecute cíclicamente durante 5 cursos escolares consecutivos. Durante cada curso y expuestas cronológicamente, se han de realizar las siguientes actividades:

OCTUBRE: Alumnos 1^o Bachillerato. Participación en las actividades del Día Europeo de la Concienciación ante la Parada cardiorrespiratoria en la Universidad de Málaga.

ENERO: Alumnos 1^o Bachillerato. Realización del curso oficial de SVB y DEA de la SEMICYUC.

FEBRERO: Alumnos 1^o Bachillerato. Presentación y supervisión de los trabajos fin de curso.

ABRIL: Una sesión, simultánea para todos los alumnos del centro, para presentar el trabajo fin de curso. Cada alumno ponente será evaluado por un profesor acompañante.

Resultados

Tercer curso que se realiza la cronología completa en un centro de Málaga. 56 alumnos han titulado oficialmente. Posteriormente han impartido 29 sesiones a una población alcanzada de 900 alumnos.

Los resultados de la evaluación han sido todos muy favorables.

Conclusiones

Oferta la posibilidad de realizar una formación continuada, efectiva, sostenible y de calidad en los centros docentes de SVB.

Ayuda a difundir las técnicas entre los primeros intervinientes, posibilitando que los alumnos se conviertan en el primer agente de la cadena.

Los alumnos a los que va dirigido poseen la madurez física e intelectual como para sensibilizarse y aprender estas técnicas.

Contribuye eficazmente a la educación de la población futura.

70

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Borrego Rico M,
TES Asistencia Sanitaria
Malagueña, Antequera

AUTORES

Moure Vallet A, TES Empresa
Pública de Emergencias
Sanitarias, SP

Osuna Díaz M, TES Empresa
Pública de Emergencias
Sanitarias, SP

Para cardíaco y muerte súbita en maratón

Introducción

La parada cardiorrespiratoria o muerte súbita de algunos deportistas últimamente está cogiendo interés por varias razones, el aumento de PCR en personas jóvenes y en apariencia sana, la práctica de este deporte sin un control previo médico o durante el desarrollo del mismo, y la repercusión mediática que tiene tanto en prensa como en TV al ser personas sanas.

La maratón y media maratón, así como el atletismo u otros deportes de alta resistencia física han aportado muchas ideas sobre los beneficios y daños del ejercicio a nivel cardiovascular.

Objetivos

Que el personal de la prueba deportiva esté completamente entrenado para realizar la tareas de reanimación cardiopulmonar y el diagnóstico de alguna cardiopatía anteriormente a la prueba deportiva son los principales predictores de sobrevivir a la parada cardíaca.

Material y Métodos

Realizada una búsqueda bibliográfica de varios artículos en las bases de datos de Cuiden, Medline y otras. Los buscadores han sido Google Académico y Dialnet.

Resultados

La necesidad de una formación adecuada, específica y actualizada para los primeros intervinientes de estos eventos deportivos, así como de la población en general, para poder tener un alto porcentaje de supervivencia ante una PCR.

Conclusiones

La maratón y la media maratón tienen un bajo riesgo de parada cardíaca y muerte súbita. La PCR se debe a problemas cardíacos no diagnosticados con lo cual unas pruebas previas podrían evidenciar las posibilidades de sufrirlo, y en el caso de que esto suceda, que el personal del evento esté lo suficientemente preparado para actuar inmediatamente.

71

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Fernando José Pérez Lara

AUTORES

Cortés Moguel José Antonio

Ramírez Sánchez Fco. José

Pérez Moreno José Manuel

La Orden Lara Miguel Ángel

García Coronado Rocío

CENTROS DE TRABAJO

Empresa Pública de Emergencias

Sanitarias – 061. Servicio

Provincial de Cádiz.

Maniobra de Valsalva modificada como tratamiento de la taquicardia supraventricular

Introducción

La maniobra de Valsalva es un tratamiento recomendado internacionalmente para la taquicardia supraventricular (TSV), pero su efectividad es limitada en la práctica (5-20%). Un reciente estudio comprobó que una modificación de la maniobra estándar de Valsalva, era altamente eficaz, revirtiendo a ritmo sinusal a más del 40% de los pacientes.

Objetivos

Conocer en que consiste la maniobra de Valsalva modificada (MM)

Conocer la evidencia científica actual que respalda el uso de esta técnica como primera elección en el tratamiento de las TSV.

Material y Métodos

Se realiza una revisión bibliográfica sistemática focalizada en:

- Antecedentes de la maniobra de Valsalva para el tratamiento de TSV
- Evidencia científica reciente sobre la MM
- Realización correcta de la MM

Resultados

En los protocolos actuales, las maniobras vagales son el primer escalón en el tratamiento de la TSV, destacando la maniobra de Valsalva como la más segura y efectiva. Sin embargo, su efectividad es muy limitada, lo que exige el uso de otros tratamientos que generalmente causan muchas molestias a los pacientes y aumentan el riesgo de complicaciones. Se ha comprobado que una modificación postural de la maniobra de Valsalva estándar, aumenta ostensiblemente el porcentaje de reversiones a ritmo sinusal normal.

La técnica es la siguiente:

- Se inicia con el paciente en sedestación. Se le invita a soplar durante 15 segundos a través de una jeringa de 10ml para intentar hacer retroceder el émbolo.
- Dejar de soplar y colocar al paciente en decúbito supino con elevación pasiva de las piernas durante 15 segundos. Tras este tiempo, volver a la posición inicial (sedestación).
- Valorar ritmo tras 45 segundos en reposo.

Conclusiones

La maniobra de Valsalva es la técnica vagal más segura y efectiva, pero a menudo es ineficaz en la práctica. Otros tratamientos no están exentos de riesgo y provocan un alto grado de discomfort en los pacientes. En pacientes con TSV estable, la MM se debe considerar como un primer tratamiento de rutina, pudiéndose adiestrar a paciente y familiares en su aplicación, mostrándose como una técnica efectiva y segura.

72

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Fernando José Pérez Lara

AUTORES

La Orden Lara Miguel Ángel

García Coronado Rocío

Pérez Moreno José Manuel

Cortés Moguel José Antonio

Ramírez Sánchez Fco. José

CENTROS DE TRABAJO

Empresa Pública de Emergencias

Sanitarias – 061 Servicio

Provincial de Cádiz

Dispositivos y alternativas de actuación ante un acceso venoso periférico difícil

Introducción

Se estima que entre el 8-16% de los pacientes adultos tienen un acceso venoso difícil (AVD), triplicándose este porcentaje cuando hablamos de edad pediátrica. Para solventar esta situación, disponemos de numerosas estrategias y dispositivos que aumentan la probabilidad de canalizar una vía periférica con éxito.

Objetivos

Conocer las estrategias no convencionales que disponemos para enfrentarnos a un AVD.

Conocer los nuevos dispositivos de ayuda a la canalización de AVD.

Material y Métodos

Se realiza una revisión bibliográfica sistemática focalizada en:

- Estrategias no convencionales que facilitan la canalización de un AVD.
- Dispositivos existentes en la actualidad para hacer frente a un AVD.

Resultados

Entre las estrategias y dispositivos para hacer frente a un AVD podemos destacar:

- Calentamiento de zona de punción.
- Llenado distal del vaso mediante infusión de SSF con palomilla.
- Aplicación local de vasodilatadores: Habitualmente usaremos nitroglicerina (NTG) vía tópica, en crema o en spray. La NTG tiene un importante efecto vasodilatador periférico, dilatando así las venas y facilitando su canalización.
- Punción eco-guiada: El ultrasonido se emplea para evaluar e identificar la vena más adecuada, según su calibre, trayectoria y ausencia de patología (flebitis, trombosis, calcificaciones). Además, nos permite identificar estructuras anatómicas cercanas de riesgo tales como nervios, tendones o arterias.
- Transiluminación: Una luz fría incide sobre la piel con un ángulo de incidencia específico y esta se refleja en los planos aponeuróticos para producir una iluminación desde abajo; la longitud de onda de la luz utilizada es absorbida por la hemoglobina de la sangre que circula por las venas y estas aparecen como una superficie negra fácilmente identificable.
- Dispositivos de infrarrojos: Una luz infrarroja es proyectada sobre el paciente, siendo absorbida por la hemoglobina y haciendo visibles las venas del paciente.

Conclusiones

La puesta en práctica de estas estrategias aumenta la probabilidad de canalizar con éxito un AVD. La canulación difícil y los intentos repetidos de inserción generan molestias y ansiedad en los pacientes, son frustrantes y desafiantes para los profesionales de la salud, y costosos para las instituciones, por lo que la inversión en formación y recursos para solventar estas situaciones estaría justificada.

73

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

*José Miguel Garrido Molina

AUTORES

*López Rebollo, María Elia

*López López, Cristina

*Salinas Ronda, María Belén

**García Viola, Alba

**Garrido Carricondo, José

Miguel

CENTROS DE TRABAJO

*Empresa Pública de
Emergencias Sanitarias 061.
Servicio Provincial de Almería.

**Universidad de Almería.

¿Deberían estar presentes los familiares en la fase de reanimación de una parada cardíaca?

Introducción

El debate que rodea a la presencia familiar (PF) en el entorno de las áreas de resucitación ha estado presente durante décadas.

En los últimos años se han realizado estudios en distintos países donde sus autores se han inclinado por investigar la repercusión que ejerce la PF en la fase de reanimación de una PCR sobre los propios familiares.

Objetivos

Detallar las repercusiones de la presencia familiar durante la fase de Reanimación de la RCP para los familiares presentes.

Material y Métodos

Revisión bibliográfica entre Enero y Mayo de 2018. Bases de datos: SCOPUS, DIALNET PLUS, MEDLINE, LILACS, CUIDEN PLUS, IME y CINAHLT. Portal SCIELO y diferentes páginas web de organismos nacionales e internacionales. Palabras clave: Emergencia, Familia, RCP, Resucitación. Filtros: Documentos publicados en los últimos 15 años (2004-2018).

Resultados

Diferentes estudios describen efectos psicológicos positivos. La PF disminuye los niveles de ansiedad y reduce el nivel de agresividad de familiares hacia los sanitarios, ausencia de dudas de que se había hecho todo lo posible por salvar la vida de su allegado. Mejor comprensión de la situación que los no presentes. La PF no fue demasiado traumática para quienes decidieron estar presentes. En el caso de producirse la pérdida del familiar, ésta es mas llevadera. Los posibles problemas psicológicos, a los 90 días son menores en el grupo de los presentes. Se aconseja que la familia esté acompañada en todo momento por un sanitario experto, el cual va a detallar de primera mano el procedimiento del equipo sanitario y despejará las dudas que puedan surgir a los familiares.

Conclusiones

La PF en RCP es positiva para los familiares. Con la humanización de los cuidados, la enfermería actual, centrada en su paradigma del cuidado holístico e integral de pacientes y familiares, está en una situación privilegiada para abogar sobre la PF y que en un futuro no muy lejano existan protocolos que regulen la PF en base a esos cuidados y no en sentimientos e ideales de los profesionales sanitarios.

74

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

*José Miguel Garrido Molina

AUTORES

**García Viola, Alba

*López Rebollo, María Elia

*Salinas Ronda, María Belén

**Collado Galera, María del Mar

**Garrido Carricondo, José

Miguel

CENTROS DE TRABAJO

*Empresa Pública de
Emergencias Sanitarias 061.
Servicio Provincial de Almería.

**Universidad de Almería.

Estrategias docentes de RCP para
estudiantes de ciencias de la salud

Introducción

La Parada Cardiorrespiratoria (PCR) es la principal causa de muerte en nuestra sociedad. Para revertir esta situación se realizan las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) donde los profesionales sanitarios juegan un papel muy importante. Resulta primordial contar con personal formado y entrenado para responder con éxito ante estas situaciones.

Objetivos

Analizar las diferentes técnicas educativas sobre RCP utilizadas para formar a estudiantes de ciencias de la salud.

Material y Métodos

Revisión bibliográfica. Bases de datos consultadas: Medline, Cochrane Plus, Dialnet Plus y Scopus. Palabras clave: Estudiantes, Metodologías, Parada cardiorrespiratoria; Reanimación cardiopulmonar; Soporte vital básico. donde se consultaron las principales guías y recomendaciones publicadas sobre RCP por la ERC, así como las siguientes Resultados:

De un total de 23 estudios analizados, se establecieron dos bloques en función de la metodología empleada en la enseñanza de la RCP. Un primer bloque basado en 20 estudios que empleaban diferentes simulaciones (tradicional, asistida por voz, alta fidelidad, etc.), y cuya aplicación favorecía la adquisición de conocimientos teóricos y habilidades, junto a otros aspectos educacionales como la autoeficacia y el pensamiento crítico del alumnado. Un segundo bloque formado por 3 estudios, que combinaba la simulación con las denominadas "otras estrategias educativas", basadas en el empleo de otros recursos como la música y el juego virtual, cuya aplicación favorecían, además de la adquisición de conocimientos y habilidades, una mayor retención y un mayor control en el manejo de la situación.

Resultados y Conclusiones

A excepción de la simulación tradicional, en cuya aplicación existe controversia por no estar suficientemente comprobada su eficacia, se recomienda el empleo del resto de metodologías analizadas de forma individual o combinada, en función del área del aprendizaje en el que el docente pretenda incidir, al haberse obtenido resultados positivos en todos ellos.

76

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

José Antonio Cortés Moguel

AUTORES

García Coronado, Rocío
 Ramírez Sánchez, Fco. José
 Pérez Lara, Fernando José
 Pérez Moreno, José Manuel
 La Orden Lara, Miguel Ángel

CENTROS DE TRABAJO

Empresa Pública de Emergencias
 Sanitarias - 061 Servicio
 Provincial de Cádiz.

Desfibriladores Semiautomáticos Externos: Actualidad

Introducción

La MSC (muerte súbita cardíaca) se origina por la FV (fibrilación ventricular) y la TAS (taquicardia ventricular sin pulso), arritmias malignas que paran el corazón. A partir de los cuatro minutos si no se inicia una RCP (reanimación cardiopulmonar básica) comienza dejar secuelas neurológicas, siendo totales e irreversibles a partir de los diez minutos. La única manera de revertir esta situación, junto a una adecuada RCP, es una descarga eléctrica para intentar que el corazón recupere el ritmo normal u otro funcional.

Objetivos

Recordar la importancia de los DESA en el SVB (Soporte Vital Básico), su dificultad de encontrarlos debido a su escasez, y dar a conocer las novedades al respecto.

Material y Métodos

Revisión bibliográfica de artículos científicos, recomendaciones de SEMYCIUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias).

Resultados

En España se produce más de 30.000 casos al año y se estima que la recuperación sin secuelas en este tipo de paradas cardíacas oscilan entre un 5 y 11%. Por minuto que demoramos la reversión de estas arritmias se reduce entre un 5 y 10% la supervivencia. La población según una encuesta, sólo el 3% sabe practicar una RCP+DESA, además está el hándicap de las diferente normativa en materia de cardioprotección, que según el Dr. Ignacio Fernández Lozano responsable del proyecto SEC-PCR (promueve una asistencia precoz y de mayor calidad en las paradas cardiorespiratorias) de la SEC (Sociedad Española de Cardiología) nos pone a la cola de los principales países europeos, además de no saber exactamente donde están ubicados.

Para mejorar, la propia SEC, la Fundación Española del Corazón y la Cruz Roja presentaron una nueva APP para dispositivos iOS y Android gratuita. Que ayudará a localizar los DESA y que en una segunda fase alertará a voluntarios de cruz roja y personal entrenado en RCP que estén cerca para ayudar.

Conclusiones

Sigue habiendo escasez de DESAs, siendo mayor o menor, en función de la legislación de cada comunidad autónoma. Las nuevas tecnologías nos facilitan una mayor rapidez a la hora de localizar un DESA. Hay que seguir concienciando y adiestrando a la población en las maniobras de RCP+DESA.

77

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

José Antonio Cortés Moguel

AUTORES

Pérez Moreno, José Manuel

La Orden Lara, Miguel Ángel

Pérez Lara, Fernando José

García Coronado, Rocío

Ramírez Sánchez, Francisco José

CENTROS DE TRABAJO

Empresa Pública de Emergencias

Sanitarias - 061 Servicio

Provincial de Cádiz.

Efectos del transporte en unidades terrestres en pacientes inestables con soporte vital

Introducción

En el transporte terrestre diferentes fuerzas inciden en la presión hidroestática interna, alterando en ocasiones seriamente las constantes vitales, e incluso, provocando paradas cardiorespiratorias en pacientes inestables sometidos a cuidados de soporte vital avanzado.

Objetivos

Identificar las alteraciones fisiológicas que producen las diferentes fuerzas tanto cinética, centrífuga como vibraciones mecánicas y acústicas involucradas en el transporte terrestre de pacientes. Recomendar como realizar una conducción adecuada.

Material y Métodos

Revisión bibliográfica de artículos científicos y de temarios oficiales de Técnicos en Emergencias Sanitarias, búsqueda en bases de datos online, usando como descriptor "fisiopatología del transporte sanitario".

Resultados

Las fuerzas centrífugas producidas en las curvas producen movilización interna de líquidos a los hemicuerpos contrarios, con respuesta cardiovascular mediada por el SNC; efecto de sobrepresión sobre órganos lesionados; aparición de cinetosis y vómitos.

La energía cinética generadas por las deceleraciones bruscas la sube a la parte superior pudiendo producir hipertensión, bradicardia y aumento de la presión venosa central, siendo especialmente sensibles los traumatismos craneoencefálicos graves por el aumento la presión intracraneal. Las aceleraciones bruscas hacen que la volemia pase rápidamente a la parte inferior del cuerpo, pudiendo hipotensar, aumentar la frecuencia cardíaca, repercutiendo en la estabilidad los pacientes graves.

Los ruidos de una ambulancia suelen ser de 70 a 80 dB, generando vibraciones. Pueden crear miedo, ansiedad con descargas vegetativas que afectan a las constantes vitales.

Las vibraciones se transforman en energía mecánica, calor o presión. Entre 3 y 20 Hz repercuten negativamente, entre 4 y 12 Hz son más nocivas; siendo las de 4 a 16 Hz las producidas en el transporte sanitario. Pueden producir destrucción hística, aumentando el peligro de hemorragia en el shock y politraumatizados.

La temperatura influye negativamente en medicamentos; la baja facilita la hipotermia, y el alta al equilibrio hidroléctrico facilitando el golpe de calor.

Conclusiones

Se debe adecuar la velocidad y la conducción en función de la patología a trasladar. Evitar aceleraciones, deceleraciones bruscas y tomar las curvas con la velocidad adecuada en función de su amplitud, vía y paciente. Moderar la velocidad y conducción especialmente al trasladar pacientes inestables hemodinámicamente.

78

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Fernando Miguel Saldaña

AUTORES

Gómez-Mascaraque Morales,
Marta

Cano Navas, Alba

Arribas Hernández, Fátima.

CENTROS DE TRABAJO

SAMUR - Protección Civil. Madrid

¿Pueden usarse las redes sociales para enseñar RCP?

Introducción

El adiestramiento en RCP es aún algo discutido en la emergencia. A pesar de que las redes sociales son hoy una de las principales fuentes de información de la juventud, su uso para la instrucción de la RCP aún no está extendido.

Objetivos

El objetivo del presente trabajo fue valorar la fijación de conocimientos en RCP cuando la instrucción se da por redes sociales.

Material y Métodos

Se formó a 29 estudiantes de 14 y 15 años sin que supieran de antemano que iban a asistir a la formación. El grupo A recibió una charla sobre la técnica RCP compresión continua de 60 minutos y otros 60 minutos de práctica con muñecos de reanimación. El grupo B recibió una charla sobre la importancia de la reanimación para salvar vidas de 20 minutos sin explicar la técnica de RCP, se les mostró unos carteles explicativos y un video donde se explicaba la técnica. Sin aportar ninguna explicación extra, ni aclaración, se les entregó

un archivo PDF con los carteles y se les invitó a consultar las redes sociales del grupo Salvar Vidas Es Fácil para obtener más información.

20 días después se examinó la fijación de conocimientos de ambos grupos. Se valoró de forma individual pasándoles a una sala donde había un muñeco en el suelo y se simuló una PCR real donde se evaluó la reacción y realización de la RCP durante 2 minutos.

Resultados

No se apreciaron diferencias significativas en las mediciones de los ítems de colocación de manos, colocación de brazos y codos o petición de DESA donde aproximadamente la mitad de los examinados de ambos grupos lo realizaron correctamente. Sin embargo, el grupo A valoró mejor la consciencia (46% frente al 28%) y realizó mejor la apertura de la vía aérea (85% frente a 53%). El grupo B mencionó más la llamada al 112 (80% frente a 64%) y ejecutó el ritmo mejor (50% frente a 26%).

Conclusiones

El uso de las redes sociales son un complemento útil para la enseñanza masiva de la RCP pero aún son necesarias más investigaciones para mejorar su eficacia.

80

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Redondo Acebes, Jesús

CENTROS DE TRABAJO

Centro de Salud Arturo Eyries.
Gerencia de Atención Primaria
de Valladolid Oeste

Conocimientos sobre soporte vital básico de los alumnos de ESO ¿Qué aprendizaje conseguimos con la formación teórico-práctica?

Introducción

La importancia de una actuación precoz y eficaz ante situaciones de parada cardiorrespiratoria (PCR) es conocida y está contrastada. La actuación adecuada en los 4 primeros minutos del suceso aumenta hasta cuatro veces las posibilidades de supervivencia. Además, la población está cada vez más sensibilizada ante estas situaciones, lo que motiva a distintos dispositivos sanitarios para diseñar e impartir acciones formativas.

Objetivos

Este estudio pretende evaluar los conocimientos que posee una población escolar sobre conceptos de soporte vital básico (SVB) y los que se obtienen tras una sesión formativa de 2 h de duración.

Material y Métodos

Se impartieron varias sesiones teórico-prácticas en los cursos 2016/2017 y 2017/2018 para el alumnado de 4º de ESO de dos institutos de Valladolid. Cada curso, antes de la celebración de las sesiones, los alumnos contestaron un cuestionario de 10 preguntas con 4 posibles respuestas, solo una correcta, referidas a 10 conceptos: definición de PCR (1), orden cadena

de supervivencia (2), consideraciones sobre SVB (3), secuencia valoración emergencia (4), actuación ante inconsciencia (5), masaje cardíaco en niños (6), ventilación (7), combinación masaje/ventilación (8), masaje cardíaco en adultos (9) y primera actuación en atragantamiento (10). El mismo cuestionario lo volvieron a contestar una vez recibida la formación y se obtuvieron encuestas anteriores y posteriores de 216 alumnos.

Finalmente, se compararon las medias de las respuestas acertadas de ambos momentos y se evaluó la adquisición de cada concepto mediante la comparación de las medias de cada cuestión antes y después de la formación.

Resultados

Aumento promedio de 3,14 puntos en las calificaciones globales (3,93 – 7,07).

Se obtuvieron diferencias (ganancias) significativas en 9 de los 10 conceptos explicados y se superó el 50 % de aciertos en otros 9.

Los 5 conceptos que no sobrepasaron el 50 % de ganancia posible tras la formación (números 1, 2, 3, 7 y 9 de los expuestos anteriormente) fueron propuestos como áreas de mejora formativa para los docentes.

Conclusiones

La formación teórico-práctica sobre RCP en el instituto supone un aprendizaje significativo en casi todos los conceptos.

La evaluación mediante cuestionarios puede mostrarnos áreas de mejora para futuras acciones formativas.

82

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Mercado Pardo, Amparo

AUTORES

Romero Crespo, Pilar

Carbonell Vaya, Rafael

Galán Torres, Juan

Sánchez Vila, Manuela

Picó, Picó, Maribe

CENTROS DE TRABAJO

Servicio de Urgencias y

Coordinación de Trasplantes,

Hospital Universitario y Politécnico

La Fe. Valencia.

Donación en asistolia: no todo acaba cuando la reanimación cardiopulmonar (RCP) fracasa

Introducción

España es líder mundial en tasa de donación por millón de población (46,9 pmp). La donación en asistolia no controlada (DANC ó Maastricht IIb) está contribuyendo a ello.

Tras la resucitación infructuosa de una parada cardiorrespiratoria (PCR), atendida en <15 minutos por servicios emergencias extrahospitalarias (SEE), se traslada al hospital al potencial donante, conservando en todo momento cardiocompresión y ventilación. Allí se evalúa su validez, comenzando un complejo protocolo tiempodependiente.

Objetivos

Conocer los requerimientos del circuito de donación en asistolia tipo II.

Evaluar nuestros resultados.

Material y Métodos

Coordinación entre SEE (sanitarios, policías, bomberos...) e intrahospitalarios (urgencias, cirugía, anestesia, laboratorio..)

Marco ético-legal:

Real decreto (RD) 1723/2012

Documento de Consenso Nacional 2012 de la Organización Nacional de Trasplantes

Protocolo con disponibilidad 365 días/año que garantice el derecho a la donación previa conformidad familiar tras ser informados y atendidos por el Coordinador de trasplantes. Obtención del permiso judicial según casos.

Estrictos criterios de aceptación del donante y cumplimiento de los tiempos de isquemia de los órganos. Actuaciones encadenadas:

- 1) Hora PCR y decisión de finalizar maniobras RCP
- 2) Traslado al hospital previo aviso
- 3) Determinación de la muerte según RD
- 4) Mantenimiento instrumental mediante bomba extracorpórea (ECMO)
- 5) Ofrecimiento de la donación al familiar
- 6) Extracción de órganos

Resultados

Desde 2011 hasta 2017 hemos registrado 28 donantes eficaces con 92 órganos extraídos ,34 trasplantados, tasa órgano extraído/donante de 3,3 y órgano trasplantado/donante de 1,2.

100 alarmas SAMU: 53 fueron rechazados (no entrar en tiempos , patologías asociadas) y 19 fueron pérdidas hospitalarias del donante (negativa familiar, contraindicación clínica)

En 2017: 10 DANC, 5 órganos/donante y 2,1 trasplante/donante. De los 50 órganos se implantaron 21 (10 en otros hospitales) Edad media del donante: 51,4 años.

Conclusiones

DANC: programa exigente en cuanto a recursos y para el personal participante (disponibilidad formación, coordinación)

Aunque contribuye al incremento de trasplantes, su rendimiento es menor que otros programas de donación

Con la DANC se posibilita, tras una RCP no exitosa, el derecho a la donación que tiene toda persona fallecida.

86

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Andrea Imizcoz Lasheras

AUTORES

Echarte Alfaro, Amaia

Escobedo Romero, Rosario

CENTROS DE TRABAJO

Unidad de Cuidados Intensivos-A
del Complejo Hospitalario de
Navarra. Pamplona (Navarra)

Reanimador por un día

Introducción

Según el último estudio EuReCa, en Europa el 47% de las paradas cardiorespiratorias extrahospitalarias(PCEH) se inicia la reanimación cardiopulmonar(RCP) básica por los testigos. La presencia de testigos en el momento del evento y la realización de RCP son dos de los factores que están asociados a la supervivencia de las víctimas. En los últimos años, se está haciendo hincapié en la implantación de desfibriladores semiautomáticos(DESAs) y la formación en centros escolares y empresas. Tenemos la experiencia de que los asistentes a los cursos demuestran las destrezas necesarias, sin embargo queremos saber cómo se han sentido ellos en los casos que han tenido que ponerlo en práctica.

Objetivos

Conocer la experiencia de las personas que han atendido una PCEH después de haber recibido formación en RCP y DESA.

Material y Métodos

Estudio cualitativo fenomenológico. Muestreo: Entre los meses de junio y agosto de 2018, por conveniencia y bola de nieve, se contactó con

10 personas que habían recibido formación y posteriormente habían atendido una PCEH, independientemente del resultado en el paciente. Se les realizó, previo consentimiento informado firmado, una entrevista semiestructurada y fueron grabadas por voz. Se transcribieron las grabaciones y se analizaron las similitudes y diferencias entre ellas.

Resultados

El mayor miedo de la mayoría de los entrevistados era saber reconocer una PCEH y quedarse bloqueados en el momento de la atención.

Ante la PCEH actuaron: en la entrevista utilizaban palabras como "automático", "sistemático" o "mecánico". Muchos de los entrevistados mostraban algunos conocimientos poco claros pero, sin embargo, se sintieron seguros de realizar la reanimación.

Los entrevistados echan en falta, en la formación, habilidades para afrontar estas situaciones de estrés.

La gran mayoría expresan la necesidad de conocer el estado de la víctima tras la PCEH, con ello expresan "cerrar el ciclo".

Todos destacan la necesidad de formar a la población. Uno de ellos sentencia "somos eslabones de la cadena".

Conclusiones

Tras el análisis de las entrevistas, vemos necesario insistir en la simplificación del reconocimiento de la parada. Sería recomendable añadir a los cursos nuevas metodologías encaminadas a intervenir en situaciones de estrés.

87

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Mikel Fuertes De Luis

AUTORES

Petrina Echeverría, Carlos

Irisari Ecay, María

Astrain Jaunsaras, Leyre

Tainta Laspalas, Maitane

Ugalde Muro, Mikel

CENTROS DE TRABAJO

Servicio de Urgencia

extrahospitalaria (Unidad de

soporte vital avanzado)

Donación en asistolia. Cuántas posibilidades perdidas

Introducción

Los programas de DANC se centran prioritariamente en la donación a partir de personas fallecidas tras PCR extrahospitalaria y se sustentan gracias a la colaboración de los SEM y los coordinadores y equipos de trasplante. Esta dificultad técnico-organizativa, junto con el desconocimiento del potencial de donación de este tipo de programas, es un evidente freno para la aparición de nuevos programas debido a cuestiones de rentabilidad. Es por ello que hasta 2010, la DANC únicamente se desarrollaba en ciudades de gran tamaño (>500000 habitantes). Posteriormente, otras ciudades más pequeñas han incorporado dichos programas demostrando que es viable su implantación en ciudades de pequeño o mediano tamaño.

Situación en Navarra

Únicamente se realiza la DA tipo III. actualmente se afianza como la vía más clara de expansión con un total de 15 donantes, 36% más que en 2016 y representa 1 de cada 3 donantes de nuestra comunidad.

Objetivos

El objetivo de este estudio es conocer cuántos potenciales donantes en asistolia tipo IIa se habrían podido conseguir en los últimos cuatro años (2014-2017) en Navarra y valorar la factibilidad de implantar dicho código en nuestra Comunidad.

Material y Métodos

Análisis retrospectivo de los datos disponibles en la base de datos de paradas cardíacas extrahospitalarias de Navarra (incluida dentro del proyecto OHSCAR). Se trata de un registro prospectivo de los pacientes atendidos por los SEM de nuestra comunidad, tras presentar una PCR extrahospitalaria.

Resultados

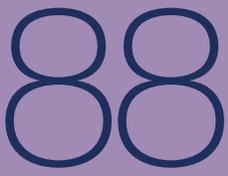
Del total de 307 pacientes atendidos por PCR extrahospitalaria, la mediana de edad fue de 67 años (54-76), con una mayor frecuencia de pacientes de sexo masculino (73,5%). El 35,8% (n=110) cumplían los criterios de edad y de éstos un total de 28 pacientes podrían ser incluidos como potenciales donantes.

La falta de registro de algunos items hace que se tengan que descartar pacientes porque no se conocen los intervalos de tiempos.

Conclusiones

Si en Navarra se hubiese implantado un programa de donación en asistolia no controlada, se hubiese conseguido un total de 28 potenciales donantes en los últimos cuatro años.

La mejora en los registros hará que este número mejore considerablemente.



EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Maitane Tainta Laspalas

AUTORES

Ugalde Muro, Mikel

Ilundain Lizarza, Juan Manuel

Irisari Ecay, María

Petrina Echeverría, Carlos

Fuertes De Luis, Mikel

CENTROS DE TRABAJO

Servicio de Urgencia
extrahospitalaria (Unidad de
soporte vital avanzado)

Estudio de las paradas cardiorrespiratorias en una comunidad autónoma

Objetivos

Estudio de las Paradas Cardiorrespiratorias (PCR) que tienen lugar en el medio extrahospitalario de la Comunidad Foral de Navarra y que son atendidas por las Ambulancias de Soporte Vital Avanzado (ASVAs) de Pamplona.

Describir y analizar las características epidemiológicas de las mismas.

Material y Métodos

Estudio descriptivo transversal.

Población a estudio: Pacientes que sufrieron PCR en el medio extrahospitalario y que fueron atendidos por las ASVAs de Pamplona entre los años 2013-2016

Criterios de exclusión: Aquellos pacientes en los que la PCR fue consecuencia de un evento traumático.

Recogida de datos: Elaboración de un Sistema de registro de las paradas cardiorrespiratorias atendidas por ASVAs desde 2013 que nos permita recoger de forma cronológica y exhaustiva todas las actuaciones, maniobras y determinaciones que se realizan en el curso de una Resucitación Cardiopulmonar (RCP), según el estilo normalizado Utstein.

Resultados

- Se atendieron un total de 247 pacientes.
- El 76,1% de los pacientes fueron varones y el 23,9% fueron mujeres
- Edad media: 62,37 años (DS 17,31)
- Lugar de la PCR: Domicilio 51%; Calle 23,9%; Centro sanitario extrahospitalario: 4%; Edificio o lugar publico 11,7%; Otros: 5,3%. Desconocido: 4%
- Return Of Spontaneous Circulation (ROSC) a la llegada al hospital: NO 51%; SI 44,1%; RCP en curso: 4.9%
- Estado neurológico al alta, valorado con la escala Cerebral Performance Categories (CPC): CPC1 17,4%; CPC2 2%; CPC3 2%; CPC4 1,2%; CPC5 77,3%

Conclusiones

Comparando con estudios nacional (Out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) attended by mobile emergency teams with a physician on board. Results of the Spanish OHCA Registry) nos situamos en la media en cuanto a la epidemiología de la PCR (Sexo, edad, lugar de la parada,..) Sin embargo los resultados en cuanto a estado neurológico al alta en Navarra, están por encima del estudio nacional.

Estamos trabajando ahora en determinar los factores asociados a la recuperación de la circulación espontánea (ROSC) y al buen estado neurológico al alta hospitalaria (escala CPC).

89

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Maitane Tainta Laspalas

AUTORES

Ilundain Lizarza, Juan Manuel

Ugalde Muro, Mikel

Petrina Echeverría, Carlos

Fuentes De Luis, Mikel

Maravi Artieda, Pilar

CENTROS DE TRABAJO

Servicio de Urgencia
extrahospitalaria (Unidad de
soporte vital avanzado)

¿Qué se hace en una PCR antes de la llegada de la ambulancia de soporte vital avanzado?

Objetivos

Describir y analizar las características de las paradas cardiorrespiratorias (PCR) que tienen lugar en el medio extrahospitalario y que son atendidas por las Ambulancias de Soporte Vital Avanzado (ASVAs) de Pamplona y la actuación en ellas antes de la llegada del equipo de ASVAs.

Material y Métodos

Estudio descriptivo transversal.

Población a estudio: Pacientes que sufrieron PCR en el medio extrahospitalario y que fueron atendidos por las ASVAs de Pamplona entre 2013-2016

Criterios de exclusión: Aquellos pacientes en los que la PCR fue consecuencia de un evento traumático.

Recogida de datos: Elaboración de un Sistema de registro de las paradas cardiorrespiratorias atendidas por ASVAs que nos permita recoger de forma cronológica y exhaustiva todas las actuaciones, maniobras y determinaciones que se realizan en el curso de una RCP, según el estilo normalizado Utstein.

Resultados

- De un total de 247 casos, el lugar de la PCR: Domicilio 51%; Calle 23,9%; Centro sanitario extrahospitalario: 4%; Edificio o lugar público 11,7%; Otros: 5,3%. Desconocido: 4%
- El 78,1% de las PCR fueron presenciadas y en el 56,1% fue por un testigo no sanitario.
- El 55,5% de las llamadas a SOS Navarra detectó la PCR y en el 44,5% de los casos no fue reconocida de inicio: dolor torácico, síncope no recuperado, disnea, otros.
- En el 66,6% de los casos se realizó RCP previa a la llegada del equipo de ASVAs.
- Se utilizó DEA público en el 4,9% de los casos.

Conclusiones

Los primeros minutos de una PCR son vitales en cuanto a la supervivencia y al estado neurológico posterior.

La mayoría de las PCR extrahospitalarias tienen lugar en domicilio y son presenciadas por testigos no sanitarios. Es muy importante que eduquemos a la población en cuanto al reconocimiento de la PCR y la actuación ante la misma, tanto de RCP como de activación de los sistemas de emergencia.

Aunque en los últimos años este dato ha mejorado, queda campo de mejora en cuanto al reconocimiento de la PCR, la activación de sistemas de emergencias, el uso de DEAs públicos,...

90

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Rafael Rodríguez Gálvez,
Enfermero del Hospital Materno
Infantil

AUTORES

Alonso Morales, Filomena, FEA
del Servicio de Urgencias del HG

De la Chica Ruiz Ruano, Rafael,
FEA del Servicio de UCI del HG

Moltó García, M^a Belén, FEA del
Servicio de UCI del HG

García Palma, M^a José, FEA del
Servicio de UCI del HG

CENTROS DE TRABAJO

HUVN de Granada

La formación de Reanimación Cardiopulmonar en un hospital de Granada

Introducción

El Plan Nacional de RCP (PNRCP) se funda en el año 1986 bajo el auspicio de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y de Unidades Coronarias (SEMICYUC). La Misión del PNRCP es conseguir que todas las profesiones sanitarias, todos los profesionales sanitarios y los ciudadanos tengan el nivel de conocimientos y habilidades que corresponda a su competencia, ya sea en medidas básicas, intermedias (o inmediatas) o avanzadas de soporte vital..."

Siguiendo esta premisa en el año 2007 se inicia la formación de RCP en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada (HUVN).

Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es determinar el número de profesionales formados mediante cursos de RCP en el HUVN de Granada.

Material y Métodos

Se ha realizado un análisis retrospectivo mediante el análisis de los datos de los profesionales formados en el HUVN. Se han recopilado datos del servicio de formación continuada y de la UCI del HUVN.

Resultados

Desarrollo.

- En el año 2007 empieza la formación de RCP en el hospital con cursos de Soporte Vital Avanzado (SVA) y Soporte Vital Básico y Desfibrilación Externa Automatizada (SVB y DEA) acreditados por el PNRCP.
- En el año 2011 se inician los cursos de Reciclaje de SVA con profesionales que se formaron dos años antes con un curso de SVA.
- El hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada formado a 2813 profesionales de diversas categorías desde el año 2007:
- 981 FEA y DUE con cursos de SVA iniciales de 42 horas (22 horas no presenciales).
- 644 TEC con cursos de SVB y DEA iniciales de 18 horas (8 horas no presenciales).
- 1188 FEA y DUE con cursos de Reciclaje de SVA de 10 horas (5 horas no presenciales).

Conclusiones

El hospital se encarga de la formación de sus profesionales con cursos de RCP anualmente.

Es una formación que los profesionales de nuestro hospital demandan de forma continua.

El hospital se encarga de reciclar a FEA y DUE cada dos años para mantenerlos actualizados.

Sería necesario también empezar a reciclar a los TEC con cursos de Reciclaje de SVB y DEA.

91

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Carmona Flores, Rosario

AUTORES

Vilches Mira, Juan

Amat Serna, Tania

Onieva Calero, Fernando

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Universitario Reina Sofía
de Córdoba

Experiencia en hospital de tercer nivel en la atención de la Parada Cardiorrespiratoria

Objetivos

Análisis descriptivo general de la atención de la PCR entre 2010 y 2017, y estudio comparativo del periodo 2010-2013 con 2014-2017.

Material y Métodos

Datos extraídos del registro andaluz ariam de la web www.registropcr.org.

Resultados

Se han incluido un total de 659 pacientes, el 69% hombres, con una mediana de edad de 65 años. La RCP se realizó en el 87% (N 578) de los casos y no se realizó en 45 pacientes (7%); y no necesaria en un 6% (N 39). Los lugares más frecuentes fueron: urgencias (35%, N 233), UCI (19%, N 128), planta de cardiología (12%, N 78) y hemodinámica (4%, N 24). En el 25% la parada fue presenciada por el propio equipo de RCP (N 167) y en un 57% de los casos (N 379) fue presenciada por personal sanitario o monitorizado. El ritmo de parada más frecuente fue la asistolia (51%, N=336) seguido de la fibrilación ventricular (FV) (22%; N=148), y la principal causa de PCR fue cardíaca (50%;

N=333). No se pudo filiar la etiología de la parada hasta en un 16% de los pacientes. La mediana de tiempo desde que se activa la alarma de parada hasta que llega el equipo de UCI fue de 3 minutos (0-6). Del total de las PCR en las que se realizó RCP, no recuperaron signos de circulación efectiva 328 pacientes (48%). 294 pacientes (51%) mantuvieron circulación efectiva tras 20 minutos desde su recuperación. Al alta hospitalaria la mortalidad total fue del 72% (N=472), no considerando los fútiles y que no se realizan RCP. De los supervivientes (N=140), 118 pacientes presentaban buen estado neurológico, 4 con incapacidad leve, 12 con incapacidad moderada, 4 con incapacidad severa y 2 en estado vegetativo.

Conclusiones

Atendiendo a la literatura disponible, en el Hospital Reina Sofía tenemos una mortalidad ligeramente mayor. Por otra parte, entre los supervivientes de la PCR existe una menor tasa de complicaciones neurológicas severas. En el estudio secundario comparativo de los periodos 2010-2013 con 2014-2017, no hay diferencias significativas, si bien encontramos un descenso en el tiempo de atención a la PCR.

92

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Lic. Ingrid da Rocha Costa

CENTROS DE TRABAJO

Médico asistencial de EPES
- 061, Servicio Provincial de
Córdoba

Aplicaciones de la Capnografía en la Reanimación cardiopulmonar en el medio extrahospitalario

Introducción

La capnografía es un método no invasivo que detecta en CO₂ exhalado por el paciente que utilizada conjuntamente con otras técnicas ya conocidas, como la pulsioximetría o la electrocardiografía, permite una mayor seguridad en la monitorización y tratamiento de los pacientes críticos, como los en situación de parada cardiorrespiratoria, añadiendo objetividad, fiabilidad y rapidez diagnóstica.

Objetivos

Resaltar las recomendaciones actuales de las guías internacionales (ERC y AHA) y revisar las crecientes publicaciones de los últimos años de la capnografía aplicada en la Reanimación cardiopulmonar (RCP).

Material y Métodos

Se realiza una revisión bibliográfica a través de Pubmed, Cochrane Database y Google académico.

Resultados

Es indiscutible hoy en día, el papel de la capnografía en la RCP siendo indicado su uso desde 2005 por la ERC, avalado por las demás guías clínicas de importancia mundial en la confirmación de la correcta colocación del tubo endotraqueal, valoración de la calidad del masaje cardíaco, como indicador temprano de la recuperación de la circulación espontánea (ROSC) y en pronóstico de la reanimación. Hay que resaltar matices obtenidos en las últimas publicaciones al respecto, tales como una sensibilidad del 100% y una especificidad del 65% en la confirmación de la intubación y la identificación de factores de confusión en el uso de la capnografía en la RCP.

Conclusiones

Pese a la necesidad de seguir estudiando e investigando las múltiples posibilidades que nos puede aportar la capnografía, hemos de tener claro que hay aplicaciones no cuestionables hoy en día que deben de formar parte de nuestra práctica clínica habitual, siempre utilizándola como un factor más para actuar, pero nunca debe de usarse como criterio único en la toma de decisiones.

93

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Aranda Ruiz, M^ªJ.

AUTORES

Paradas Torralvo, V.

Santos Pérez, J.

Medina Pérez, Ml.

CENTROS DE TRABAJO

Área Sanitaria Norte de Málaga.

UCI Hospital de Antequera

Percepción de la formación en RCP de un grupo de ciudadanos

Objetivos

Conocer tras un año de la formación impartida, la satisfacción de los alumnos y la percepción de la formación.

Proponer e implantar, si fuera necesario, otros tiempos en el reciclaje de la formación.

Material y Métodos

Encuesta elaborada y validada por los docentes, que consta de 9 preguntas sobre la satisfacción/opinión de los alumnos en diferentes aspectos de la formación.

Se ha enviado como formulario Google vía WhatsApp a todos los alumnos, obteniendo un reporte de un 88%.

Se analizaron las respuestas por el quipo docente y se dieron a conocer los resultados al alumnado para organizar las próximas intervenciones educativas en RCP.

Resultados y Conclusiones

Se obtuvo una respuesta del 88% del alumnado a la encuesta propuesta, con un 100% de valoración positiva en cuanto al interés de la formación, la utilidad para el desempeño de su puesto de trabajo y la seguridad obtenida tanto personal como profesional al conocer esta práctica. El 100% opina que además de la utilidad de la formación, ésta debería enseñarse a toda la población en general. No lo consideran un negocio o imagen, sino que realmente es eficiente. Un 25% duda en la conservación de las habilidades adquiridas en el taller, por lo que el 100% hubiera preferido recibir un taller recordatorio al año de la formación en vez de bianual, tal y como se tiene estipulado para la validez del título.

Con estos resultados se extrae entre otras, la necesidad en determinados grupos de la formación anual vs bianual.

PRIMER FIRMANTE

Cristina Curiel Braco,
Servicio de Urgencias
Extrahospitalarias del Servicio
Navarro de Salud, Pamplona
(Navarra)

AUTORES

Escobedo Romero, Rosario,
Unidad de Cuidados Intensivos
del Complejo Hospitalario de
Navarra, Pamplona (Navarra)

El gas xenon como tratamiento neuroprotector en las paradas cardiorrespiratorias

Introducción

Somos conscientes de las secuelas neurológicas que sufren las personas que sobreviven a una parada cardiorrespiratorio (PCR) y lo importantes que son para su calidad de vida. El gas Xenón desde los años setenta es conocido por sus propiedades anestésicas y neuroprotectoras (Patrick Zuercher et al, 2016). Hay bastante literatura al respecto y sin embargo es un tratamiento poco conocido en nuestro entorno.

Objetivos

Conocer los efectos y propiedades neuroprotectoras del uso del gas Xenón en este tipo de pacientes.

Material y Métodos

Revisión narrativa de la literatura de los últimos 3 años, en la base de datos Medline con las palabras clave "Xenón", "parada cardiorrespiratoria" y "neuroprotección".

Resultados

- El uso del gas Xenón a corto plazo confiere estabilidad cardiovascular por mantenimiento de la presión sistólica, contractilidad miocárdica y volumen de precarga acompañado de un efecto inotrópico. Ayuda a disminuir la frecuencia cardíaca produciendo una bradicardia con propiedades neurocognitivas favorables, sugiriendo menor daño miocárdico demostrado por una disminución en la liberación de troponina T (Oli Arola et al, 2017).
- El uso del gas Xenon mejora la supervivencia del paciente (Anne Brücken et al, 2017) y produce menos lesión cerebral a corto plazo. A los seis meses no hay diferencia significativa en la mortalidad (Ruth Laitio et al, 2016).
- Su uso estaría indicado en PCR con ritmo inicial desfibrilable (Ruth Laitio et al, 2016).
- Acceder al Xenón no es fácil porque es muy costoso y no se puede generalizar su uso (Anne Brücken et al, 2017)
- En el estudio más reciente de los revisados, relaciona el uso del gas Xenón combinado con terapia hipotérmica con mejores resultados neurológicos, pero se necesitan más ensayos para vincular los beneficios (Lawrence Siu-Chun, 2018)

Conclusiones

En los artículos revisados se evidencia los beneficios del uso del gas xenon en el tratamiento neuroprotector tras las PCR, sin embargo está poco extendido por su alto coste.

95

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

García Castro, Isabel

AUTORES

Martínez Gómez, Josefa

Úbeda González, Inmaculada

CENTROS DE TRABAJO

Servicio de Urgencias de
Atención Primaria de Distrito
Sanitario Almería

Dispositivo supraglótico en urgencias extrahospitalarias

Introducción

El control adecuado de la vía aérea para garantizar una correcta ventilación y oxigenación no sólo es indispensable en muchos procedimientos anestésico-quirúrgicos sino también en todas aquellas situaciones en las que la función respiratoria está comprometida. En los últimos años se ha producido una proliferación de nuevos dispositivos y se han mejorado las técnicas antiguas de intubación y ventilación proporcionándonos una gran ayuda en el manejo de la vía aérea difícil.

Objetivos

Analizar el correcto uso de los dispositivos supraglóticos en urgencias extrahospitalarias.

Material y Métodos

Revisión bibliográfica basada en una búsqueda sistemática en las bases de datos de "Fundación Index: Cuiden", "Medline: Pubmed", "Lilacs", "Cinahl" y "Cochrane" y "SciELO" centrándose en estudios sobre los dispositivos supraglóticos en urgencias extrahospitalarias, de 2013 a la actualidad. Se revisan 12 estudios de los cuales se seleccionan 7; haciendo uso de los Descriptores de Salud.

Resultados

Tras analizar los distintos estudios encontrados, las situaciones de urgencia en las que se recomienda el uso de dispositivos supraglóticos son la intubación dificultosa, paciente con collarín cervical, paciente en sedestación, situaciones especiales y extubación accidental.

Técnica de inserción: Se guía con el dedo índice de la mano dominante hacia la hipofaringe siguiendo la curvatura del paladar y se impulsa hasta que se sienta resistencia, procediendo a inflar el cuff con el volumen de aire que está determinado para cada número de mascarilla.

Ventajas: rápido aseguramiento de la vía aérea; menor desaturación que con mascarilla facial; manos libres para seguir la reanimación o el tratamiento del paciente; menor repercusión hemodinámica; menos problemas laríngeos que con tubo endotraqueal; posibilidad de inserción a un paciente inconsciente con collarín o en sedestación.

Inconvenientes: no previene la regurgitación gástrica ni la broncoaspiración; anomalías morfológicas o patológicas del cuello o partes blandas; obesidad mórbida.

Conclusiones

La enfermera de urgencias debe identificar factores de riesgo y mejorar estrategias preventivas en los dispositivos supraglóticos, para ello la formación personal es fundamental. Mantener la vía aérea permeable, es nuestra mayor responsabilidad. Así existirá una mayor calidad en los cuidados y en la seguridad del paciente.

96

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

García Castro, Isabel

AUTORES

Martínez Gómez, Josefa

Úbeda González, Inmaculada

CENTROS DE TRABAJO

Servicio de Urgencias de
Atención Primaria de Distrito
Sanitario Almería

Hipotermia terapéutica post parada cardíaca

Introducción

La Parada Cardiorrespiratoria representa un problema sanitario a nivel mundial y más concretamente en nuestro país, donde acontecen 24.500 casos anuales. A su elevada tasa de mortalidad, potencialmente ocasionada por la lesión neurológica mediada por el Síndrome Post paro cardíaco, se han de sumar las innumerables consecuencias que esta provocará en la calidad de vida de aquellas víctimas que sobrevivan, así como el elevado gasto socio-sanitario que originan. Como forma de combatir el daño neurológico, surgen los cuidados post paro cardíaco entre los que la hipotermia terapéutica, procedimiento más efectivo en la disminución de sus secuelas.

Objetivos

Analizar la importancia de la hipotermia terapéutica en el paciente post parada cardíaca.

Material y Métodos

Revisión bibliográfica basada en una búsqueda sistemática en las bases de datos de "Fundación Index: Cuiden", "Medline: Pubmed", "Lilacs", "Cinahl" y "Cochrane" y "SciELO" centrándose en

estudios sobre la hipotermia terapéutica en los cuidados tras la parada cardíaca, de 2012 a la actualidad. Se revisan 14 estudios de los cuales se seleccionan 8; haciendo uso de los Descriptores de Salud.

Resultados

Gracias a las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) han aumentado los pacientes que recuperan la circulación espontánea; en cambio, la mortalidad en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), derivada de los daños neurológicos producidos, sigue siendo muy alta. La hipotermia terapéutica inducida es un elemento protector frente al daño neurológico consecuente de la parada cardíaca, y las maniobras de RCP; y a pesar de las recomendaciones sobre su utilización dentro del manejo del síndrome post parada, existe poca rigurosidad sobre su uso, escasa estandarización enfermera, y falta de protocolos en nuestras UCI. Esta técnica obtiene buenos resultados neurológicos especialmente en pacientes que se han recuperado del shock arrítmico.

Conclusiones

La hipotermia terapéutica es el procedimiento de elección en el tratamiento del síndrome post parada cardíaca. Al ser una medida de reciente instauración, requiere de más investigación por parte de la Comunidad Científica a fin de concretar su modo de aplicación, mejorando así, la intervención de los profesionales. Enfermería, dentro del equipo multidisciplinar de profesionales, adquiere un rol fundamental, siendo vital que lo conozca para su correcta aplicación.

97

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Clint Jean Louis Fernández ^{1,5}

AUTORES

Reyero Díez, Diego ^{3,5}Beaumont Caminos Carlos ^{2,5}Miranda Alcoz Susana ^{1,5}Velilla Mendoza, Nikole ^{2,5}Fernández Urdaci, Ana ^{4,5}

CENTROS DE TRABAJO

1. Médico Servicio Navarro de Salud Emergencias Rurales, Servicio Navarro de Salud

2. Médico Adjunto Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario de Navarra

3. Médico UVI Móvil y Coordinador Programa de Capacitación Ciudadana frente a la Parada Cardíaca del Departamento de Salud. Servicio Navarro de Salud, Osasunbidea.

4. Enfermera, Servicio Navarro de Salud Emergencias Rurales, Servicio Navarro de Salud

5. Instructores, EL ABC que Salva Vidas

Capacitación ciudadana frente a la muerte súbita cardíaca en Navarra 2011-2018. El programa de el ABC que salva vidas

Introducción

Programas formativos y de divulgación comunitarios, mejoran la respuesta frente a la parada cardíaca extra hospitalaria (PCEH) por parte de la ciudadanía.

Objetivos

Evaluar los 10 pasos del programa de capacitación ciudadana frente a la PCEH de la asociación El ABC que Salva vidas enmarcado en el Plan de Salud de Navarra.

Material y Métodos

Evaluación de los 10 pasos: 1. Registro de paradas 2. Asistencia desde SOS Navarra 3. RCP de alta calidad 4. Gestión precoz de recursos 5. Programa de formación policial 6. Programa escolar de formación al profesorado y extensión en la comunidad escolar 7. Programa de formación ciudadano y extensión de desfibriladores 8. Uso de nuevas tecnologías 9. Implicación de toda la comunidad en la financiación 10. Trabajo en favor de la Cultura de la excelencia

Resultados

Período 2011 a 2016. Incremento en la supervivencia CPC 1-2 del 11% (2011) a 22.5% (2016); Incremento en % RCP realizada por testigo lego; Desarrollo y activación del Código Parada; Desarrollo de nuevas tecnologías, app RAPIDA; Formación curricular en Navarra desde 2014 en educación primaria y secundaria (854 profesores y más de 50,000 alumnos formados); Disponibilidad de muñecos y material didáctico para todos los centros escolares; Financiación de muñecos a través de formación de policías y ciudadanos y actividades de sensibilización y divulgación; Convenios con entidades públicas y privadas para actividades de sensibilización; Reconocimiento por la European Resuscitation Council (ERC-Congress-Islandia 2016) como modelo sostenible de extensión del conocimiento en Soporte Vital Básico; La marca de la asociación reconocida entre la población.

Conclusiones

El modelo global de EL ABC que Salva vidas ha contribuido de forma significativa a una mejora en la supervivencia de la PCEH en la Comunidad Foral de Navarra. La capacitación ciudadana frente a la PCEH, a través del programa policial, el programa escolar y el programa ciudadano, y gracias a programas de divulgación, aumenta el % de PCEH en las que se activa de manera correcta y precoz la Cadena de Supervivencia y se aplican maniobras de RCP por testigos legos.

99

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Vallejo Baez, Jorge ¹

AUTORES

Pérez Dormido, Rocío ²Hernández Ballesteros, Rubén³Molero Pardo, María José³Sanz Pacheco, Blanca³Hernández Añón, José Miguel³

CENTROS DE TRABAJO

¹ UGC, Urgencias. HUW.² UCI, Hospital deAntequera.³ UCI, HUW.

Descripción de la asistencia de la RCP extrahospitalaria; periodo 2013-2018

Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es la situación clínica de mayor riesgo vital para un paciente. Precisa de un equipo y entrenamiento adecuado para lograr asistencia rápida, iniciada antes de ocho minutos y eficaz para restablecer las funciones respiratorias y circulatorias de la víctima.

Para ello es necesario activar la cadena de supervivencia, conjunto de acciones que va desde la activación del sistema de emergencias y maniobras de soporte vital básico por los testigos con el objetivo de ganar tiempo, hasta las medidas de soporte vital avanzado (SVA) y cuidados post-resucitación por los equipos de emergencias extra-hospitalarios.

Objetivos

Describir la secuencia de la actuación realizada a pacientes con PCR extrahospitalaria.

Material y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de la PCR extrahospitalarias ingresadas en la UCI durante el periodo 2013-2017.

Resultados

Se analizaron 147 casos durante el periodo 2013-2017; la edad media se sitúa en 59,48 años, donde el 69,39% son hombres. Respecto a la nacionalidad el 76,87% son de nacionalidad española.

Respecto a los tiempos de actuación, la media de RCP básica fue de 11,28 minutos y de RCP avanzada de 17,32 minutos.

En cuanto al ritmo en el que se encontraban los pacientes en el momento de la PCR, el 36,73% era asistolia y el 44,21% fibrilación ventricular.

En el 26,53% de los casos no precisó ninguna descarga, el 36,70% de los pacientes reciben entre 1 y 3 descargas y el 14,96% 4 o más descargas.

Conclusiones

En torno al 25% de los casos no existe una información detallada con respecto a los tiempos de RCP básica, y avanzada ni del tiempo de espera del inicio de las maniobras, por lo que resulta difícil analizar la efectividad de los tratamientos. En el 40 % no se informa del número de descargas, sin embargo si precisan descargas más del 50 % lo que enfatiza la necesidad de DAE en lugares públicos.

100

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

López Rebollo, María Elia

AUTORES

García del Águila, José Javier

Garrido Molina, José Miguel

Rosell Ortiz, Fernando

Salinas Ronda, M.ª Belén

Escamilla Pérez, Rocío

CENTROS DE TRABAJO

Empresa Pública de Emergencias
Sanitarias 061. Servicio Provincial
de Almería.

¿Es posible la formación masiva en reanimación cardiopulmonar básica (RCP-B)? : 9 Años de experiencia

Introducción

Los 4 eslabones de la cadena de supervivencia representan las acciones necesarias para actuar ante un paciente con parada cardiorrespiratoria (PCR). En España, los 4 eslabones se han desarrollado de distinta forma desde el punto de vista temporal, cuantitativo y cualitativo. El segundo eslabón, inicio de maniobras de RCP-B por los testigos, sigue siendo bastante débil, a pesar de las iniciativas llevadas a cabo por el Consejo Español de RCP, sociedades científicas relacionadas y otras instituciones.

Objetivos

Describir el modelo de formación implantado en la provincia de Almería, mediante Jornadas de Formación Masiva en Reanimación Cardiopulmonar Básica (RCP-B), dirigida a población general, y de manera preferente a grupos específicos: profesionales de servicios públicos y alumnos de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO).

Material y Métodos

Periodo: Enero 2008 – Octubre 2017. Equipo docente, más de 200 profesionales voluntarios del medio sanitario y primeros intervinientes.

Actualmente son 240 profesionales, de los cuales 70 son Instructores en RCP avanzada, 110 son Monitores/ISVB y DEA y 60 son candidatos a monitor/ISVB. La formación como docentes de estos profesionales forma parte del proyecto. Su participación en las jornadas es altruista.

En colaboración con la Delegación Provincial de Educación, se citaban a 1.000 alumnos de 12-16 años, provenientes de la ESO de diferentes institutos públicos de Almería, a una jornada de mañana, en la que se explicaba y se realizaban las técnicas de RCP-B. Los alumnos asistían en grupos de 250 cada 90 minutos, y se distribuían en 20 grupos con 2 docentes, que seguían una metodología similar.

Resultados

Se han realizado un total de 22 jornadas de formación masiva en RCP-B, con una asistencia de 40.000 participantes. Del total, 32.000 han sido alumnos de la ESO, 1.000 alumnos de la universidad y 7.000 militares de la Brigada de la Legión.

Conclusiones

Con la formación masiva en RCP-B se consigue llegar a un número muy importante de alumnos en un periodo muy corto de tiempo, optimizando al máximo los recursos. Los equipos docentes mixtos, formados por sanitarios y primeros intervinientes fomentan la enseñanza de la RCP en diferentes ámbitos. La coordinación entre las administraciones sanitarias y de educación es fundamental para desarrollar este tipo de formación.

101

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

López Rebollo, María Elia

AUTORES

García del Águila, José Javier

Garrido Molina, José Miguel

Rosell Ortiz, Fernando

Rodríguez Cervilla, José Andrés

García Espinosa, José Juan.

CENTROS DE TRABAJO

Empresa Pública de Emergencias

Sanitarias 061. Servicio Provincial

de Almería.

Entrenamiento masivo en soporte vital básico (SVB) para estudiantes

Introducción

El entrenamiento en Soporte Vital Básico de los primeros intervinientes, es clave para la supervivencia de las víctimas de parada cardíaca.

Objetivos

Nuestro objetivo fue analizar la efectividad de un método de entrenamiento diseñado para enseñar soporte vital básico a un gran número de estudiantes en un solo día.

Material y Métodos

Análisis del conocimiento previo y posterior al entrenamiento en soporte vital básico. Se realizaron dos sesiones con 1000 estudiantes cada una, de edades entre 13 y 18 años. Alumnos de Centros educativos del área urbana y rural. Cada sesión incluyó cuatro horas de entrenamiento para 250 estudiantes cada hora. La proporción de estudiantes y monitores fue 10:1. El examen teórico se realizó antes de la sesión de entrenamiento y nuevamente a los 7 días y 6 meses, con 10 preguntas extraídas de los cursos estandarizados de SVB.

Resultados

Dos mil estudiantes participaron. Las tres pruebas fueron completadas por 1,814 (90.7%) alumnos, con una edad promedio de 13.3 ± 2.1 años, 53.2% mujeres; 374 estudiantes (20.6%) tenían conocimiento previo en SVB. La puntuación promedio de las pruebas (preentrenamiento, a los 7 días y 6 meses) fueron 5.2 ± 1.8 , 7 ± 1.6 y 6.6 ± 1.6 ($p < 0.001$) respectivamente. Al analizar la asociación entre el resultado del mejor examen y el test de conocimiento previo, se observó una correlación inversa: los estudiantes con la puntuación inicial más baja mostraron la mayor mejoría. Al comparar los grupos de estudiantes con y sin conocimiento previo, se encontraron los siguientes resultados para las 3 pruebas: 5.95 ± 1.7 , 7.3 ± 1.5 , 6.7 ± 1.7 vs 5 ± 1.7 , 7 ± 1.6 , 6.6 ± 1.6 , ($p < 0.000$, $p = 0.001$ y $p = 0.67$ respectivamente).

Conclusiones

El nivel de conocimiento posterior al curso de entrenamiento mostró una mejora significativa que se mantuvo a los 6 meses. Esta mejora fue mayor en los estudiantes con puntuaciones iniciales más bajas. El entrenamiento masivo es un método útil para aumentar el conocimiento teórico de los primeros intervinientes sobre SVB.

PRIMER FIRMANTE

Fernández Añón, José Miguel

AUTORES

Molero Pardo, María José

Sanz Pacheco, Blanca

Rivas Rodríguez, María Isabel

Núñez Toscano, María del

Carmen

García Aragón, Sebastián

CENTROS DE TRABAJO

UCI, HUW

Descripción de casos de hipotermia tras RCP extrahospitalaria; periodo 2013-2018

Introducción

Los pacientes que sobreviven a una parada cardiorrespiratoria (PCR) sufren una lesión debido a la isquemia.

Las secuelas y la supervivencia dependen de la calidad general del tratamiento, tanto en la reanimación pre-hospitalaria como en el hospital.

La hipotermia terapéutica es neuroprotectora, mejora el pronóstico tras un periodo de hipoxia – isquemia cerebral global, estableciéndose como una media de mejora en la supervivencia y pronóstico neurológico.

Objetivos

Conocer la secuencia de actuación y pronóstico de paciente que se someten a hipotermia tras una PCR extrahospitalaria ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos en el periodo 2013-2018.

Material y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de la PCR extrahospitalarias ingresadas en la UCI durante el periodo 2013 a primer semestre de 2018.

Resultados

De los 147 casos, 23 se someten a hipotermia. Un 78.26% son hombres, con una edad media de 53.4 años.

En el 39.7% se procede a Reanimación Cardiorrespiratoria Pulmonar Básica (RCP), con una mediana de 7 minutos.

En el 73.9 % RCP Avanzada con una mediana de 15 minutos.

El 65.2 % entra en PCR en Fibrilación Ventricular y un 26% en asistolia. El 82.19% reciben descargas con una media de 4.21 descargas.

El 43.47% sale en ritmo sinusal. Un 17.39% en Fibrilación Ventricular.

En el 47.8 % no hay datos sobre el tratamiento farmacológico. Siendo en otro 47.8% la adrenalina como fármaco de elección.

De los pacientes registrados el 39.1% padecía Hipertensión Arterial, el 30.4% Dislipemia y un 30.4% eran fumadores.

De los pacientes descritos el 47.8% sobreviven a la PCR.

Conclusiones

Se notifica falta de información de los tiempos de RCP Básica, Avanzada, Tratamiento farmacológico, y sobretodo en los tiempos de espera hasta el inicio de las maniobras, lo que supone un factor clave que dificulta el análisis de los datos.

Los pacientes a los que se le realiza hipotermia es menor a la media de edad que a los pacientes a los que no se someten a hipotermia.

Con los casos registrados de PCR en nuestro hospital, no se refleja diferencia significativa en cuanto a supervivencia en aquellos en los que se practica hipotermia.

107

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

La Orden Lara, Miguel Ángel

AUTORES

Ramírez Sánchez Francisco José

Pérez Lara Fernando José

Cortés Moguel José Antonio

Pérez Moreno José Manuel

García Coronado Rocío

CENTROS DE TRABAJO

Empresa Pública de Emergencias

Sanitarias-061 Servicio Provincial

de Cádiz

Soporte Vital Básico Enfermero y D.E.S.A. en Dispositivo de Playas 2018

Introducción

Todos los veranos años miles de personas se agolpan en las playas de la Villa de Rota (Cádiz). El ayuntamiento crea un dispositivo sanitario que ofrece cobertura tanto la patología banal como las emergencias.

Éste año se ha creado un algoritmo de atención emergente denominado "clave 0" (paciente que no respira), donde se prima la salida inmediata del enfermero más cercano, portando D.E.S.A. (desfibrilador externo semiautomático) y Oxígeno portátil activando a la vez Soporte Vital Avanzado.

Se ha trabajado de forma intensiva en la formación del personal sanitario para una gestión eficaz de la "Cadena de Supervivencia". Basándose en las Recomendaciones del E.R.C. del año 2015 en su apartado "Soporte vital básico en el adulto y desfibrilación externa automatizada".

Objetivos

Ofrecer una visión objetiva del protocolo elaborado, siguiendo las recomendaciones del E.R.C. (Consejo Europeo de Resucitación Cardiopulmonar) 2015, con una formación intensa antes de comenzar el dispositivo sanitario de playas.

Trabajar en la distribución del personal sanitario para ofrecer RCP (Reanimación Cardiopulmonar) y Desfibrilación precoz en un tiempo máximo de 3-5 minutos.

Material y Métodos

Para la elaboración del estudio se van a utilizar los datos obtenidos de las asistencias del Centro Médico Costa Luz, responsable del dispositivo sanitario del año 2018.

Revisión Bibliográfica en las bases de datos CUIDEN, PUBMED, Medline Plus y DIALNET.

Palabras Clave: "Soporte Vital Básico, Desfibrilador Externo Semiautomático, Recomendaciones Consejo Europeo de Reanimación Cardiopulmonar).

Resultados

Se han posicionado 5 botiquines con enfermero y DESA estratégicamente para cumplir con los tiempos de asistencia recomendados.

Se han tratado 2 PCR en playas. Una de ellas ritmo desfibrilable con el resultado de recuperación de pulso antes de la llegada de la UVI móvil. El otro caso ritmo no desfibrilable con el resultado de éxito.

Conclusiones

El personal sanitario implicado en la atención de las playas ha conseguido tiempos de atención al paciente en situación de P.C.R. (parada cardiorrespiratoria) realmente certeros y atenciones fluidas centrándose en la R.C.P. (reanimación cardiopulmonar) de mucha calidad, uso del D.E.S.A. y aporte de Oxígeno portátil. Se ha conseguido valores de supervivencia del 50% en al año 2018.

PRIMER FIRMANTE

La Orden Lara, Miguel Ángel

AUTORES

Pérez Lara Fernando José

Ramírez Sánchez Francisco José

Cortés Moguel José Antonio

García Coronado Rocío

Pérez Moreno José Manuel

CENTROS DE TRABAJO

Empresa Pública de Emergencias

Sanitarias-061 Servicio Provincial

de Cádiz

Acceso Intraóseo en Pediatría

Introducción

La Parada Cardíaca en niños, menos frecuente que en adultos, tiene una mortalidad muy elevada y un alto porcentaje de supervivientes pueden presentar graves secuelas neurológicas.

Desde el año 2000 la Asociación Americana del Corazón (AHA) y el Consejo Europeo de Resucitación (ERC) publican en sus recomendaciones el uso de esta vía para casos de parada cardiorrespiratoria, shock, convulsiones complicadas, y en general para todo tipo de emergencias donde es difícil la canalización de la vía periférica.

Objetivos

Establecer sesiones de formación entre el personal sanitario es el mejor método para favorecer el uso de la técnica.

Poner en Valor la Vía Intraósea en Pediatría, cuando la periférica es complicada, para administrar medicación de forma emergente.

Demostrar que es una vía rápida, segura y efectiva para administrar fármacos, líquidos y derivados sanguíneos

Material y Métodos

Revisión Bibliográfica en las bases de datos CUIDEN, PUBMED, Medline Plus y DIALNET.

Palabras Clave: "Vía Intraósea pediátrica, técnicas de enfermería, acceso vascular pediátrico".

Resultados

Se realizan cursos de formación teórico-prácticas con la intención de acercar al profesional sanitario la realización de la técnica.

Al ganar confianza y seguridad en la técnica pasa a ser una vía de elección después de 90 segundos y dos intentos de canalizar una vía periférica.

Se demuestra la velocidad de canalización y la fiabilidad en administración de fármacos en casos de necesidad del paciente pediátrico muy grave de 0-6 años, donde la canalización periférica de emergencia es complicada en un alto porcentaje de casos.

Conclusiones

La Vía Intraósea se ha demostrado como un canal de administración de diferentes medicamentos y derivados en casos de emergencia muy útil hoy en día. Desde su recomendación por el año 2000 hasta nuestros días se han formado muchos profesionales pasando de ser una técnica desconocida a estar indicada en los principales protocolos de emergencias a nivel Europeo. Su principal objetivo son los pacientes con acceso venoso complicado, entre ellos los pacientes pediátricos se han beneficiado de ésta técnica.

112

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Navalpotro Pascual, JM

AUTORES

Peinado Vallejo, F

Les González, JI

Muñoz Isabel, B

González León, MJ

Muñecas Cuesta, Y

CENTROS DE TRABAJO

SUMMA112 (Madrid)

Variación epidemiológica de la parada cardiorrespiratoria en el SUMMA 112 desde 2013 a 2018

Introducción

Los resultados en el tratamiento de las PCR-EH han sido señalados como un indicador de calidad del sistema sanitario.

Objetivos

Describir la variación del perfil epidemiológico de las paradas cardiorrespiratorias (PCR) extrahospitalarias en el SUMMA 112 y la supervivencia a la llegada al hospital.

Material y Métodos

Se ha realizado un estudio observacional de cohorte clínico prospectivo sobre las paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias tratadas por el SUMMA 112 de Madrid durante los periodos del 1 de octubre de 2013 al 30 de septiembre de 2014 (2014) y del 1 de abril de 2017 al 31 de Marzo de 2018 (2018). Se estudian como variables independientes: edad y sexo del paciente, ritmo inicial de la parada, si la parada ha sido presenciada o no, si se produjo en un domicilio o no, si se ha hecho resucitación cardiopulmonar (RCP) por el primer interviniente, si estaba presente el equipo de emergencia cuando

se produjo, y como variables de resultado: la llegada con vida del paciente al hospital y el estado neurológico al alta.

Resultados

Se hizo RCP avanzada en 2038 pacientes con una mediana (RIQ) de edad de 65 (52-77) años, siendo el 32,4% mujeres. Los pacientes con PCR en los dos periodos fueron 937 en 2014 y 1101 en 2017 de los que llegaron con vida al hospital 331 (35,4%) y 425 (38,7%) respectivamente con diferencias significativas ($p=0.003$). Las variables que influyeron en una mejor supervivencia fueron: si la PCR fue presenciada ($p<0,001$) llegando al 40,9% por un 18,4% cuando no lo fue, si estaba el equipo de emergencias cuando se produjo la PCR ($<0,001$) llegando al 62,9% por un 36,5% cuando no estaba, si no estaba en un domicilio ($p<0,001$) con un 44,9% cuando si el lugar es un domicilio sólo es un 34,2% y si el ritmo inicial era desfibrilable ($p<0,001$) llegando al 65,0% por un 29,2% con otros ritmos.

Conclusiones

Se observa una mejoría de la supervivencia en el último periodo aun-que no sea estadísticamente significativa, observándose que en 2014 se hizo RCP por el primer interviniente pero fue en menos ocasiones presenciada la PCR.

PRIMER FIRMANTE

Álvarez Bartolomé A¹

AUTORES

Sanz Lorenzana A²Longarela López A¹Robledo Juárez C³Serrano Palacios C²Martínez Pérez O⁴

CENTROS DE TRABAJO

¹ Anestesiología y Reanimación,
Hospital Universitario Puerta de
Hierro Majadahonda.² Matrona, Hospital Universitario
Puerta de Hierro Majadahonda.³ Enfermería, Hospital Puerta de
Hierro Majadahonda.⁴ Ginecología y Obstetricia,
Hospital Universitario Puerta de
Hierro Majadahonda

Lagunas de conocimiento en la formación de personal extrahospitalario a la asistencia a la PCR en la gestante

Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) en gestante es un evento raro pero potencialmente devastador en la asistencia extrahospitalaria por la concurrencia de dos vidas. Los equipos extrahospitalarios deben afrontar esta situación, entendiendo las modificaciones fisiológicas de la gestante de más de 20 semanas, que afectan a la Reanimación Cardiopulmonar (RCP) y el papel que la cesárea perimortem tiene en el pronóstico de la madre y su hijo.

Objetivos

Determinar los conocimientos en materia de RCP en gestante, por parte del personal de urgencias extrahospitalarias, previo a la realización del curso de Soporte Vital Avanzado en Gestante.

Conocer cuál es la actitud de los profesionales ante una RCP en gestante.

Material y Métodos

Se diseñó un cuestionario tipo test, sobre el manejo de la RCP en gestante, que los 58 alumnos de las 3 ediciones realizadas del curso de SVA-G (diciembre 2017, enero y marzo de 2018) antes

de enviarles el material docente. El cuestionario contenía 20 preguntas teóricas y 7 cuestiones de actitudes.

Resultados

Se perdieron 10 alumnos en el proceso por lo que se analizaron 48 cuestionarios. El porcentaje de acierto de las preguntas teóricas fue del 62,4%, cuando todo el personal que realizó el curso como requisito debía tener un curso reciente de SVA, el cuál para aprobar hay que alcanzar mínimo un 70% de aciertos. El 39.6% habían recibido también formación previa en RCP en gestante.

Sólo el 22% se consideran suficientemente entrenados en la RCP en gestante y aunque el 81,3% considera que no está suficientemente entrenado en cesárea perimortem, el 47,9% si la realizarían en caso de que fuera necesario (la mayoría médicos). EL 52% consideran que si saben palpar la edad gestacional.

Conclusiones

Existen lagunas de conocimiento en la asistencia a la RCP en gestante sobre todo en relación la posibilidad de que un médico de extrahospitalaria, pueda realizar una cesárea perimortem. Son precisos programas de entrenamiento práctico en la realización de la cesárea perimortem como una maniobra resucitativa inaplazable cuando una gestante no recupera la circulación espontánea pese a una RCP efectiva durante 4 minutos.

115

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Díaz Herrero A¹

AUTORES

Sanz Lorenzana A²Álvarez Bartolomé A³Arias Nuevo N⁴Encinas Padilla B⁵Martínez Pérez O⁵

CENTROS DE TRABAJO

¹ Médico, SUMMA 112² Matrona, Hospital Universitario
Puerta de Hierro Majadahonda
Puerta de Hierro Majadahonda.³ Anestesiología y Reanimación,
Hospital Universitario Puerta de
Hierro Majadahonda⁴ Enfermería, Hospital Puerta de
Hierro Majadahonda⁵ Ginecología y Obstetricia,
Hospital Universitario Puerta de
Hierro Majadahonda

Evaluación de un programa de RCP en gestante para personal de urgencias extrahospitalarias

Introducción

Un equipo multiprofesional hospitalario de simulación obstétrica, junto con profesionales de emergencias extrahospitalarias, ha desarrollado un programa de Soporte Vital Avanzado en gestante (SVA-G) pionero en el mundo. Ha sido adoptado por el Plan Nacional de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) para la formación del personal que trabaja en las urgencias extrahospitalarias. El desarrollo de este programa es objeto de otra comunicación.

Objetivos

Evaluar la calidad percibida del programa de entrenamiento basado en simulación de SVA-G.

Medir la variación en los conocimientos sobre las particularidades de la RCP en gestante.

Determinar si existe un cambio de actitud entre profesionales ante la cesárea perimortem.

Material y Métodos

Se creó un cuestionario para la evaluación teórica tras la realización de los cursos. Fue completado por los alumnos de las 3 ediciones del curso de SVA-G (Diciembre 2017, Enero y Marzo 2018).

Se compararon los resultados mediante el programa SPS para analizar si había diferencias significativas en cuanto a los conocimientos de los participantes, empleando la Chi-cuadrado de Pearson. Además se analizó la satisfacción con el curso, su utilidad y su aplicabilidad siguiendo los objetivos de Kilpatrick, analizando la mediana porque son variables no normales.

Resultados

El total de alumnos en los 3 cursos fue de 58, pero 8 cuestionarios no están completos por lo que se analizan los resultados de 50 alumnos.

La media de satisfacción fue de 9.720 (± 0.4965), de adquisición de conocimientos 9.5 (± 0.615) y de aplicabilidad 9.2 puntos (± 1.5649).

El porcentaje de acierto de las preguntas teóricas antes de hacer el curso fue de 62,4%, mientras que después del curso fue de 86,8%, siendo la diferencia estadísticamente significativa en 14 de las 20 preguntas.

Conclusiones

El programa de SVA en gestante adoptado por el Plan Nacional de RCP, es percibido como un programa útil y con aplicabilidad al entorno laboral del personal extrahospitalario. Tras su realización los profesionales adquieren un mayor número de conocimientos para el manejo de la RCP en gestante, esperando que esta mejora se traslade a la clínica diaria.

PRIMER FIRMANTE

Mateos Lorenzo. J ¹

AUTORES

Freire Tellado, M ²Palla Sierra. C ³Pavón Prieto. MP ²Navarro Patón. R ⁴Giráldez Martínez, P. ²

CENTROS DE TRABAJO

¹ Gerencia de atención
primaria-061 de Cantabria² Fundación de Urgencias
Sanitarias de Galicia³ Servicio de urgencias. Hospital
Comarcal de Laredo⁴ Universidad de Santiago de
Compostela

¿Detenemos las compresiones torácicas para analizar el ritmo? Un estudio de simulación

Introducción

En las actuales guías de reanimación cardiopulmonar las intervenciones que obligan a detener las compresiones torácicas (CT) se han reducido al análisis del ritmo, comprobación de pulso en caso compatible y a la desfibrilación.. El análisis del ritmo sin detener las CT no permite diferenciar el trazado eléctrico del ritmo de parada del trazado eléctrico generado por las propias compresiones, pudiendo conducir a análisis erróneos y a desfibrilaciones no indicadas.

Objetivos

Comprobar si los médicos analizan el ritmo sin detener las compresiones en una simulación de Soporte Vital Avanzado (SVA) En caso positivo cuantificar la frecuencia y comprobar si las decisiones del análisis conducen a una desfibrilación innecesaria.

Material y Métodos

Simulación de una Parada Cardiorrespiratoria (PCR) extrahospitalaria con un maniquí Laerdal de SVA de alta fidelidad en la que médicos residentes de Medicina de Familia y Comunitaria lideraron

un equipo de profesionales de emergencias (1 enfermero y 2 técnicos en emergencias sanitarias) con material real y un monitor desfibrilador en modo manual con parches de desfibrilación (lifepack 12, physio-Control, Medtronic).

Resultados

Participaron en el estudio 32 médicos, llevando a cabo un total de 105 ciclos (de 2 minutos) de RCP. 9 (28,12 %) de los participantes analizaron el ritmo en la pantalla del monitor mientras se realizaban CT al menos durante 1 ciclo de RCP. En total el ritmo se interpretó incorrectamente en 17 ciclos (16,19%). La decisión de llevar a cabo una desfibrilación basada en un análisis erróneo sólo se reconsideró en el momento de llevarla a cabo en el 17,6% de los casos.

Conclusiones

Casi un tercio de los participantes analizó el ritmo sin detener las CT y condujo al error en la interpretación del ritmo como desfibrilable cuando en realidad no lo era , concluyendo en la mayoría de los casos en una desfibrilación no indicada. Este error pudo ser debido tanto a la inexperiencia de los participantes como al estrés sufrido por los participantes o por simulaciones previas con maniqués de SVA de baja fidelidad que no reproducen las interferencias de las CT , permitiendo el análisis del ritmo de forma continua.

118

EXPOSICIÓN
PERMANENTEPRIMER FIRMANTE
Tellez Mompó, Tania

AUTORES

Serven Gil, Patricia
Ortilles Tejera, Marta
Campan Massana, Mónica

CENTROS DE TRABAJO

Servicio de medicina interna,
Hospital San Rafael. Barcelona

Análisis descriptivo de los dos primeros años de implantación del equipo especializado en soporte vital avanzado (SVA) en el Hospital San Rafael de Barcelona

Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) intrahospitalaria representa un gran problema social, sanitario y económico para la sanidad pública, siendo la principal causa de muerte prematura en España y en los países occidentales.

En los últimos años se han incorporado en muchos hospitales equipos de atención especializada ante las PCR con el fin de acortar el tiempo de respuesta ante esta y aumentar la supervivencia.

Objetivos

El objetivo de este estudio es describir y analizar los resultados de los dos primeros años de implantación de un equipo de soporte vital avanzado (SVA) para la atención de las PCR en un hospital de nivel II, determinar la supervivencia inmediata y analizar las deficiencias en la recogida de datos.

Material y Métodos

Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo, de registro de casos, en un periodo de dos años consecutivos, desde marzo del 2016 a marzo 2018.

Resultados

Los resultados obtenidos durante el periodo analizado son, un total de 32 llamadas al busca del equipo de SVA, 14 en el año 2016, 12 en el 2017 y 6 en el 2018, siendo correcta la activación en un 90,9% de los casos. El tiempo medio de llegada entre el aviso al SVA y la llegada de éste es de dos minutos. De los casos registrados un 48% fueron mujeres, un 45% hombres y un 7% no consta sexo. La media de edad de los pacientes que fueron atendidos por el SVA es de 84,20 años. La unidad con más incidencia de llamadas fue Medicina interna con un 93,9%, seguida de psiquiatría con un 6% y ninguna para unidades de cirugía y CCEE. Del total de PCR el 61% fallecieron, el 30% fueron remontadas y el 9% de casos no consta el resultado.

Conclusiones

Los resultados de los 2 primeros años del funcionamiento del equipo de SVA demuestran la capacidad para aplicar las recomendaciones actuales de la RCP intrahospitalaria. También se objetiva que la formación en RCP de dicho equipo así como de todo el personal hospitalario sigue siendo necesaria y continuada, y demuestra que hay un déficit importante en la recogida de datos.

PRIMER FIRMANTE

Martínez Gómez, Josefa

AUTORES

Úbeda González, Inmaculada
García Castro, Isabel

CENTROS DE TRABAJO

Servicio de Urgencias de
Atención Primaria de Distrito
Sanitario Almería

Comunicación de malas noticias por enfermería

Objetivos

Identificar correctamente cómo comunicar malas noticias a los pacientes y familiares por parte de los profesionales de enfermería.

Material y Métodos

Revisión bibliográfica basada en una búsqueda sistemática en las bases de datos de "Fundación Index: Cuiden", "Medline: Pubmed", "Lilacs", "Cinahl" y "Cochrane" y "Scielo" centrándose en estudios sobre la comunicación de malas noticias por enfermería, de 2008 a la actualidad. Se revisan 14 estudios, seleccionando 8; haciendo uso de los Descriptores de Salud.

Resultados

La comunicación ha de hacerse en persona, si está presente un facultativo debe ser él quien lo realice con el apoyo de enfermería. Excepto en casos excepcionales, nunca se realizará por teléfono, por escrito o por mediación de terceras personas. Utilizar mensajes claros, concisos y comprensibles. Deben hacerse silencios, facilitando que los familiares puedan realizar preguntas complementarias. Ofrecer una aproximación narrativa; informar que se ha

producido una grave situación en la que se ha visto implicado su familiar, dar una breve explicación sobre los hechos y finalizar con la notificación del resultado. No dar detalles irrelevantes ni prolongar innecesariamente la explicación. Evitar utilizar expresiones victimizantes, evitando los detalles que puedan indicar dolor extremo o pérdida de dignidad, ya que sólo aporta un sufrimiento innecesario. La inmediatez de la muerte, en contraposición a la agonía, alivia parcialmente a los allegados. Esto no significa que se mienta para transmitir la idea de una muerte rápida; esto puede verse confrontado a información complementaria que podría provocar una pérdida de confianza y un aumento innecesario de la ansiedad: informes de autopsia, intervención de otros servicios, indicios que indiquen lo contrario, etc. No mentir bajo ningún pretexto.

Conclusiones

En todos los artículos se señala la importancia que los pacientes dan a la comunicación de las malas noticias en tiempo real y al personal de enfermería. Debe ser un proceso protocolizado y aprendido, no algo accidental, estableciendo parámetros que establezcan un protocolo que facilite la comunicación y que la transmisión de malas noticias se establezca dentro de un entorno profesional libre de frialdad o despersonalización, favoreciendo así el establecimiento de una buena relación paciente/enfermera siguiendo criterios de seguridad y calidad.

120

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Sibajas Vera, Isabel ¹

AUTORES

Oviedo Bermejo, Itziar ²Belén Torreblanca Agüera ¹Arjona Bueno, María Dolores ¹

CENTROS DE TRABAJO

¹ Servicio de Urgencias de
Atención Primaria del Distrito
Costa del Sol (Centro de Salud
Las Lagunas de Mijas)² Servicio de Urgencias
Extrahospitalarias del SNS-
Osasunbidea (Pamplona)

Una Red de RCP. Viabilidad del uso de aplicaciones móviles para la integración de los ciudadanos en la gestión de la parada cardiorrespiratoria y la creación de redes de espacios cardioprotectidos geolocalizables. Construyendo evidencia científica

Objetivos

Viabilidad de la integración de ciudadanos en una red de voluntarios dadores de RCP básica/ DESA disponibles y localizables a través de una plataforma socio-tecnológica. Registro geolocalizado de desfibriladores disponibles.

Diseñar estudios de calidad que analicen la utilidad de estas aplicaciones para crear evidencia científica sobre el tema.

Material y Métodos

- Revisión bibliográfica del estado actual del tema. Estudio técnico y económico de desarrollo de la aplicación móvil.
- Registro de espacios cardioprotectidos.
- Diseño y realización de un estudio piloto y borrador de encuesta a validar para la creación de la red de voluntarios. Análisis de resultados mediante contraste estadístico. Difusión de resultados.
- Contacto con instituciones públicas y privadas para ampliación del proyecto al resto de población cualificada en RCP/DESA.
- Implantación de la red en coordinación con las instituciones relacionadas con emergencias (112).

- Diseñar estudios de calidad para crear evidencia científica sobre el uso de estos dispositivos tal y como aconsejan la AHA y el ERC.

Resultados

- Revisión bibliográfica: Se seleccionan 37 artículos útiles tras aplicar revisión crítica de un total de 110. Siete artículos estaban directamente relacionados con la utilidad y necesidad de crear evidencia científica sobre el uso de Apps para alertar ciudadanos capacitados en RCP/DESA y 3 son estudios realizados sobre población real.
- Desarrollo de aplicación y presupuesto: Se obtiene presupuesto de desarrollo de software.
- Estudio piloto sobre muestra seleccionada, elaboración y validación de cuestionario mediante técnica Delphi y análisis estadístico de los resultados. Aún en proceso.
- En proceso: Registro unificado de espacios cardioprotectidos, contacto con instituciones, diseño de estudios de calidad sobre la disminución del tiempo de respuesta en la PCR/DESA, disminución de la morbimortalidad con estos dispositivos.

Conclusiones

A día de hoy no existe evidencia científica y hay pocos estudios sobre la utilidad de estas aplicaciones en la PCR/DESA por testigo a pesar de las recomendaciones de la AHA y el ERC sobre su necesidad.

Es necesario crear una infraestructura socio tecnológica adecuada para integrar a los ciudadanos en la gestión de la RCP/DESA (apps, formación RCP/DESA, geolocalización y registro unificado de DESA, Coordinación con el 112).

124

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Iglesias Sainz, Ana Lourdes

AUTORES

Pérez García, Mónica

Sánchez Fernández de Pinedo,

Ainara

Paredero Tueros, Susana

Montejo Fernández Marta

CENTROS DE TRABAJO

Grupo de trabajo en RCPB-A -

OSI Barakaldo – Sestao

Acercando la Reanimación cardiopulmonar a la escuela

Introducción

Conocer las técnicas de reanimación cardiopulmonar (RCP) significa poder salvar vidas. La mayoría de las paradas extrahospitalarias (8/10) ocurren en domicilios, y solo el 15% de ellas reciben RCP por parte de un ciudadano por lo que es importante dar a conocer y difundir dichos conocimientos.

El reconocimiento del suceso, la llamada precoz al servicio de emergencias y el comenzar una RCP temprana son fundamentales para salvar vidas.

Objetivos

Acercar la formación en RCP básica y conocimiento del Desfibrilador (DEA o DESA) a los alumnos de bachiller/ESO con la intención de difundirlo progresivamente en el ámbito escolar (primaria, profesorado, Asociaciones de Madres y Padres de alumnos "AMPAS") y hacia el resto de la población.

Material y Métodos

Se realizan talleres teórico-prácticos de 2 h de duración. En ellos se dan unas pautas teóricas sencillas sobre RCP básica y manejo del DEA

para posteriormente aplicarlo a situaciones de emergencia que se pueden plantear en la realidad, permitiendo poner en práctica los conocimientos aprendidos.

Antes de comenzar el taller se realiza un test que se vuelve a realizar al finalizarlo. De esta forma observamos si los participantes han asentado los conceptos clave que se querían transmitir. También se realiza una evaluación práctica de los conceptos teóricos, junto con una encuesta de satisfacción sobre la materia impartida.

Resultados

- Alta satisfacción por la utilidad de lo aprendido (escala de 1 a 10) 2017: 9,78 y 2018: 9,65.
- Eficiencia en el aprendizaje del manejo de la RCP. Se ha realizado un cuestionario antes y después del taller. Se ha observado un incremento del 79,3% en el porcentaje de acierto en las respuestas tras el taller.

Conclusiones

- La escuela constituye un entorno ideal para iniciar el aprendizaje de RCP.
- La importancia de enseñar RCP de calidad y de forma precoz.
- Los adolescentes muestran interés por el conocimiento de las técnicas de RCP y ponen en valor la importancia y utilidad de los mismos.
- Formar en el correcto uso del DEA, cada vez más presente en nuestro medio, es fundamental para aumentar la supervivencia en las paradas extrahospitalarias.

125

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Gacimartín Maroto, Angel
Manuel

AUTORES

Jurado Sánchez, María Ángeles
Gacimartín Maroto, Esteban

CENTROS DE TRABAJO

SAMUR – Protección Civil

Protocolo de apoyo logístico en la parada cardiorrespiratoria

Introducción

El apoyo logístico en la atención a la parada cardiorrespiratoria (PCR) realiza una doble función; por una parte, dotar de los medios auxiliares para la ayuda en la reanimación cardiopulmonar (RC) del paciente, y por otra, una función de apoyo humano en la intervención.

Objetivos

Dar a conocer la importancia de establecer un protocolo de actuación en la atención a la PCR en el ámbito extrahospitalario en relación al apoyo logístico por parte de equipos especiales.

Material y Métodos

Revisión bibliográfica, observación directa y análisis de material audiovisual de PCRs atendidas por un servicio de emergencias extrahospitalario de una gran ciudad.

Resultados

Un equipo formado por técnicos en emergencias sanitarias (TES) que, de forma procedimentada, aporte y distribuya de forma óptima elementos auxiliares (fuente de luz, calor y frío) en un escenario extrahospitalario en vía pública, elementos para la delimitación y el perimetraje del lugar (tienda rápida para preservar la intimidad del paciente y espacio para el trabajo a realizar por los equipos intervinientes), además del propio apoyo al soporte vital avanzado (SVA) en las maniobras de RC.

Conclusiones

Sería recomendable incluir en los protocolos de intervención un procedimiento de actuación de apoyo logístico ante la PCR, para así intentar mejorar los índices de supervivencia de estos pacientes.

126

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Martín Ruiz, Juan Francisco

AUTORES

Triviño Hidalgo, Julián

Guerrero Lozano, Isabel María

Martínez Bernhard, Alicia

Serrano Navarro, Juana María

Palazón Sánchez, Cesar

CENTROS DE TRABAJO

Unidad de Cuidados Intensivos.

Hospital General Universitario

Reina Sofía de Murcia.

Características Epidemiológicas de la Parada Cardíaca Hospitalaria en una UCI polivalente

Introducción

La parada cardiorrespiratoria de pacientes hospitalizados (PCRh) no es siempre un evento súbito. Puede ser el resultado de un deterioro fisiológico progresivo que no es adecuadamente detectado. La literatura internacional considera que entre un 0,4% y un 2% de los pacientes ingresados, y hasta un 30% de los fallecidos, necesitan de las técnicas de resucitación cardiopulmonar.

Objetivos

Analizar las características epidemiológicas de los pacientes con PCRh que ingresan en UCI.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo que incluye a los pacientes que ingresan en UCI por PCRh entre Enero 2013 y Diciembre 2017. Se recogieron datos epidemiológicos, características del episodio y evolución durante el ingreso. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete IBM SPSS Statistics 23.

Resultados

incluimos a 58 pacientes con PCRh (63,8% varones, edad media 67,8 años). El 65,5% eran hipertensos, la mitad diabéticos y 34,5% fumadores. El 26% eran obesos y el 22% presentaban patología pulmonar.

La etiología del episodio fue cardíaca, respiratoria, shock o deterioro neurológico con porcentajes de presentación de 34,4%, 39,6%, 15,5% y 8,6%, respectivamente.

Tuvieron lugar en Urgencias (36,2%) y en plantas de hospitalización 26% (8 casos en Cardiología y 7 en Medicina Interna). La mayoría de ellas presenciadas 94,8% iniciándose reanimación cardiopulmonar básica en el 82,8% de los casos. El ritmo inicial fue fibrilación Ventricular 19%, actividad eléctrica sin pulso 43,1%, asistolia 32,8% y taquicardia ventricular sin pulso 1,7%. El tiempo de PCR medio fue de 13,82 minutos (0;60) y se administraron una media de 4,32 miligramos de adrenalina. Se realizó hipotermia terapéutica en 3 casos.

El 51.7% presentaron una evolución neurológica adecuada y 10,3% daño neurológico severo.

La mortalidad fue de 62,1% (28 casos en UCI y 8 en el ambiente hospitalario).

La estancia media en UCI fue de 10.12 días, con 9.23 días de ventilación mecánica con un SAPS II medio de 61.93 y APACHE II de 28.21.

Conclusiones

En nuestra serie, la PCRh acontece principalmente en servicios de urgencias con tiempos de reanimación moderadamente prolongados y con aceptable recuperación neurológica. La PCRh se asocia a una elevada mortalidad.

PRIMER FIRMANTE

Sarvisé Pérez, Fernando.
Departamento de formación
Cruz Roja Española en Huesca

AUTORES

Lostal Lafuente, Marta. Voluntaria
Cruz Roja Española en Zaragoza

Cruz Roja Española en Aragón: Estudio estadístico de la formación en desfibrilador

Objetivos

1. Conocer la cantidad de población (entre los 15 y 79 años) que está formada por una ONG en el uso del desfibrilador en las provincias de Huesca, Zaragoza y Teruel.
2. Conocer la cantidad de formaciones que una ONG imparte (cursos completos y reciclajes) así como el ratio medio de alumnos.

Material y Métodos

Se realiza un estudio estadístico comparativo para la provincia de Huesca, Zaragoza y Teruel.

Datos extraídos de las aplicaciones informáticas que esta ONG tiene y que son nutridas por las actas de asistencia que se realizan en cada curso.

Población muestral comprendida entre los 15 y 79 años.

Resultados

Huesca:

% Personas formadas: 0,062%

% Personas recicladas: 0.043%

La tendencia de formaciones ha sido ascendente desde las 5 a las 31.

La media de alumnos por curso en Huesca ha sido descendente desde los 15 a casi los 10 alumnos por curso siendo la media de 11.2 alumnos por curso. (Datos 2010 – Actualidad.)

Zaragoza:

% Personas formadas: 0.029%

% Personas recicladas: 0.021%

La tendencia de formaciones ha sido ascendente desde las 9 a las 54. La media de alumnos por curso ha sido descendente desde los 18 a los 10 alumnos por curso. (Datos 2009 – Actualidad.)

Teruel:

% Personas formadas: 0.124%

% Personas recicladas: 0.013%

Sólo se disponen de datos de 2018 por lo que no se puede conocer las tendencias de incremento o descenso.

La media de alumnos en ese año es de 8 alumnos por curso.

Conclusiones

El actual Decreto 229/2006, del Gobierno de Aragón, por el que se regula el uso de Desfibriladores sólo “recomienda” la instalación de desfibriladores en lugares concretos. Este documento, no obliga a la población (o a algunos colectivos: profesores, funcionarios, deportistas, hosteleros...) a adquirir estos conocimientos y por tanto, sólo aquellos que ya están concienciados (fundamentalmente gracias al trabajo de las ONGS) realizan estas formaciones.

Por contra, el número de formaciones está aumentando año tras año así como se está reduciendo el número de alumnos por curso. Esto favorece el aprendizaje puesto que los conocimientos se adquieren gracias a la práctica y no con lecciones magistrales.

Este estudio podría haber sido más completo añadiendo los datos que el Gobierno de Aragón tiene del resto de entidades que realizan formación en desfibrilador pero, no ha sido posible poder disponer de estos datos.

PRIMER FIRMANTE

Martínez Lara, Manuela

AUTORES

Ric Millán Concepción

Castro Navarro, Marlén

Ric Millán, Isabel

Colomina Arcos, José

Bocanegra Pérez Ana M^a

CENTROS DE TRABAJO

Empresa Pública de Emergencias

Sanitarias, Servicio Provincial de

Málaga

Análisis de recuperación de circulación espontánea tras parada cardíaca extrahospitalaria

Introducción

Según datos del Registro Andaluz de Parada Cardiorrespiratoria Extrahospitalaria (PCREH), la incidencia estimada de PCREH es de 14,6 eventos por 100.000 habitantes/año. De éstas llegan con pulso al hospital el 28,8 %. Esta recuperación se relaciona con realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar básica (RCPB), ritmo inicial desfibrilable e intervencionismo coronario.

Objetivos

1. Conocer número de pacientes que recuperan circulación espontánea (RCE) tras PCREH y ser atendidos por equipos de emergencias extrahospitalarios (EE).
2. Determinar ritmo inicial PCREH.
3. Conocer datos sobre realización RCPB previa llegada EE.
4. Analizar posibles causas PCREH.

Material y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes en PCREH que reciben maniobras de RCPA en medio extrahospitalario con RCE.

Tiempo de estudio: desde 1/1/2017 a 31/12/2017.

Resultados obtenidos de base de datos de historias clínicas del servicio de emergencias evaluado.

Resultados

1. PCREH atendidas: 341 (CIE.9 427.5 y 427.41)
Pacientes con RCE trasladados al hospital: 108 (32,3 % del total de PCREH). 65% de pacientes son hombres.

Por edades: 10 % entre 1-30 años (11 casos); 18% entre 31-50 años (20 casos); 44% entre 51-70 años (48 casos); 26% entre 71 – 90 años (29 casos).

2. Ritmo inicial: FV/TVSP 53 (49%); Asistolia 43 (39%); AESP 12 (11%)

3. RCPB previa a llegada del EE en 43 casos (39,8%). En 3 casos se usó desfibrilador externo automático (DEA). En 10 casos queda registrada la RCP telefónica.

4. Analizando los antecedentes del grupo con RCE: 22 tenían antecedentes cardíacos y 31 factores de riesgo cardiovascular. En conjunto sugiere, un 49 % posible causa cardíaca.

Conclusiones

Se pueden relacionar los buenos resultados de RCE con la aplicación de la cadena de supervivencia, desde el reconocimiento temprano de PCREH, aplicación de RCPB precoz por testigos, RCPA de calidad e indicación de reperfusión coronaria desde el ámbito extrahospitalario.

El ritmo inicial más frecuente, como cabía esperar, fue FV/TVSP. Sin embargo el DEA, solo se usó en 3 pacientes.

La causa cardíaca sigue siendo la más frecuente. Por lo tanto hay que reforzar la búsqueda del diagnóstico de SCA mediante realización de EKG y la posible indicación de reperfusión coronaria.

PRIMER FIRMANTE

Alonso Cuevas, Bárbara,
Hospital Gijón

AUTORES

González Santano, Daniel (UCI,
Hospital Universitario de la
Princesa)

Fernández Herbón, Jessica
(Hospital Gijón)

Atención de enfermería al paciente politraumatizado con parada cardiorrespiratoria

Introducción

Los traumatismos constituyen una importante causa de mortalidad, especialmente en jóvenes. La supervivencia en pacientes que han sufrido una parada cardiorrespiratoria (PCR) por politraumatismo es baja, pero existen actuaciones que podemos llevar a cabo para aumentar las posibilidades de vida.

Objetivos

Describir las actuaciones de los profesionales de enfermería ante una PCR en politrauma y sus diferencias con el algoritmo de soporte vital avanzado (SVA) en paciente no traumatizado.

Material y Métodos

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura existente sobre la atención enfermera al paciente politraumatizado y las actuaciones ante una PCR en esta situación.

Se consultaron bases de datos de Pubmed y Google Académico, así como publicaciones de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERCP)

Resultados

Un abordaje inicial correcto resulta esencial, empezando por secuencia P.A.S: Proteger, Alertar, Socorrer. La aplicación de SVA exige actuación unificada y jerárquica. Debe seguirse un procedimiento secuencial evaluando las funciones vitales:

A: Control vía aérea con fijación cervical.

B: Control ventilación y oxigenoterapia.

C: Control hemorragia y valoración del sistema circulatorio.

D: Evaluación neurológica.

E: Exposición corporal y protección ambiental.

En el politrauma, las causas principales de PCR incluyen taponamiento cardíaco, neumotórax a tensión e hipovolemia por heridas sangrantes e incontrolables. No se deben olvidar los casos en que la PCR es la causa del traumatismo (pacientes con enfermedad coronaria previa). Salvo excepciones, la mejor forma de actuación ante una PCR en politrauma es el traslado inmediato a centro hospitalario dónde puedan resolverse las causas que originaron la PCR.

Conclusiones

La secuencia de SVA en politrauma difiere de las actuaciones ante una PCR en otro tipo de paciente. Destaca:

- Asegurar vía aérea y realizar buena fijación cervical.
- Despriorización de compresiones torácicas.
- La canalización de una vía venosa puede estar contraindicada, ya que supone pérdida de tiempo que debe emplearse en el traslado.
- Priorización de traslado a quirófano dónde pueda solucionarse la causa de la PCR, suele ser la mayor garantía de supervivencia.

138

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Torcida Fernández Baldor G¹

AUTORES

García González V²Nieto Sánchez S³Gómez Cantera R⁴Peña Pérez S⁵Santamaría Marcos, E⁶

CENTROS DE TRABAJO

¹ CS Burgos Rural Sur, Gerencia
de Atención Primaria de Burgos,
GAPBU² CS Medina de Pomar, GAPBU³ CS Briviesca, GAPBU⁴ GAPBU⁵ Hospital Universitario de
Burgos, Gerencia de Atención
Especializada, GAEBU⁶ CS San
Agustín, GAPBU

Formación de RCP a profesionales sanitarios: búsqueda bibliográfica

Introducción

La reanimación cardiopulmonar es uno de los procedimientos más importantes realizados en los servicios de urgencias, tanto hospitalarios como de atención primaria. Cada 5 años la AHA y la ERC hacen una revisión del protocolo de actuación ante una RCP. En la última guía de la ERC (2015) se hace referencia explícita a que un reciclaje anual puede no ser de una frecuencia suficiente y recomiendan reciclajes poco concentrados y breves mientras no se conozcan los intervalos óptimos de reciclaje. La formación en este campo por parte de los profesionales sanitarios es imprescindible y las gerencias de salud deben planificar e implementar programas formativos dirigidos a sus trabajadores.

Objetivos

Búsqueda de publicaciones sobre formación en RCP básica a profesionales sanitarios.

Material y Métodos

Estudio bibliométrico en 6 bases de datos: Pubmed, Cochrane, CINAHL, ENFISPO, Google académico, SCIELO. La estrategia de búsqueda contenía los términos: cardiopulmonary resuscitation, education, training health personnel,

y se utilizó el booleano "AND". Se filtró por artículos científicos publicados en los últimos 10 años, en inglés y español. Tras revisar título y resumen se seleccionaron aquellos que abordaban formación en RCP a personal sanitario.

Resultados

La búsqueda bibliográfica dio lugar a 506 referencias. Una vez revisadas por título y resumen, se ajustaban a los criterios de selección 67 publicaciones: Pubmed 43, Cochrane 1, CINAHL 19, ENFISPO 0, Google académico 1, SCIELO 3.

Conclusiones

La formación en RCP Básica a profesionales sanitarios es un tema de interés en la actualidad. Cabe señalar la importancia de la publicación sobre programas formativos en RCP. De esta manera, se facilita la planificación de un método óptimo de formación que garantice una cobertura adecuada y ajustada a las necesidades de los profesionales sanitarios.

PRIMER FIRMANTE

Mayor Vázquez, Eric Adrián¹

AUTORES

Ballesta Ors, Juan²Blasco Mulet, María²Toyo García, Sara³Espinosa Casanova, Davi⁴

CENTROS DE TRABAJO

¹ Unidad de Medicina Intensiva.
Hospital de Tortosa Verge de la
Cinta. Tortosa (Tarragona).² Centro de Atención Primaria El
Temple. Tortosa (Tarragona).³ Servicio de Medicina Interna.
Hospital de Tortosa Verge de la
Cinta. Tortosa (Tarragona).⁴ Servicio de Urgencias. Hospital
de Tortosa Verge de la Cinta.
Tortosa (Tarragona).

Valoración de conocimientos en reanimación cardiopulmonar básica en el personal sanitario de Tortosa (Tarragona)

Introducción

La realización de reanimación cardiopulmonar (RCP) inmediata por parte de personal instruido aumenta la supervivencia, siendo recomendado por parte de la American Heart Association una renovación de los conocimientos en dicha materia cada 2 años por parte del personal sanitario para evitar el deterioro de las habilidades adquiridas.

Objetivos

Determinar el nivel de conocimientos sobre RCP básica en el personal sanitario de Tortosa. Identificar aquellos grupos de riesgo candidatos a realizar una nueva formación urgente en dicha materia.

Material y Métodos

Valoración del nivel de conocimientos en RCP básica mediante un cuestionario validado compuesto por 10 preguntas de respuesta única durante el periodo de mayo a agosto de 2018. Participación voluntaria del personal sanitario del Hospital Verge de la Cinta y del centro de atención primaria El Temple (n = 193). Estratificación de los participantes según sexo, edad, categoría profesional, servicio, participación previa en un

curso de soporte vital básico (SVB) y tiempo desde el mismo. Análisis estadístico mediante el programa informático SPSS versión 17.0.

Resultados

Estudio compuesto principalmente por mujeres (69,4%) entre los 30-50 años (54.5%). Un 90.9% del personal había recibido formación previa sobre SVB, pero solo un 67,9% lo había realizado en los 2 últimos años previos a la encuesta. La puntuación media del test fue de 7,32 sobre 10. En el análisis estadístico se objetivó que existía una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre la puntuación del test y la categoría profesional (peor puntuación por parte de los auxiliares-celadores, media de 5.92; IC 95%: 5.41-6.40), la participación previa en un curso de SVB (nota más elevada entre los que si habían participado, media de 7.48; IC 95%: 7.22-7.74) y el servicio en el que se trabajaba (cualificación más baja por parte del personal del Servicio de Urgencias, media de 6.37; IC95%: 5.95-6.76).

Conclusiones

A pesar de que la mayoría del personal tenía formación previa en SVB sería conveniente repetirla en los grupos de riesgo identificados (servicio de Urgencias, personal auxiliar y celadores) además de la población que nunca ha asistido a un curso de SVB y/o que hace más de 2 años que lo realizó.

140

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Rivas Rodríguez, Isabel

AUTORES

García Aragón, Sebastián

Iborra París, Montserrat

Núñez Toscano, M^a del Carmen

Avilés Sánchez, Rafael

Molero Pardo, M^a José

CENTROS DE TRABAJO

Unidad de Cuidados Intensivos
del Hospital Universitario Virgen
de la Victoria de Málaga.

Factores de riesgo más frecuentes en los pacientes que sufren una parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria

Introducción

La Parada Cardiorrespiratoria (PCR) es la primera causa de muerte prematura en España y en los países occidentales. Ocasiona la muerte de entre 15.000 y 25000 pacientes al año en nuestro país, cerca de 400.000 muertes en la Unión Europea y una cifra similar en EEUU, respondiendo a múltiples etiologías. Estas cifras ponen en manifiesto un importante problema de Salud Pública de difícil abordaje, ya que su prevención resulta poco accesible porque afecta mayoritariamente a pacientes teóricamente sanos.

Objetivos

Describir la comorbilidad existente en pacientes que sufren una PCR extrahospitalaria, ingresados en la UCI durante un período de 5 años.

Material y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo transversal, cuya población son los pacientes ingresados en la UCI con diagnóstico de PCR extrahospitalaria durante el período comprendido entre enero de 2013 y junio de 2018.

Resultados

Ingresan 147 pacientes de los cuales 69,39% son hombres y 30,61% mujeres. La media de edad es de 59,48 años.

Un 11% de pacientes no padecía ninguna enfermedad diagnosticada.

Un 34,74% eran pacientes polimedicados (tomaban más de 5 fármacos)

Un 48% padecía Hipertensión arterial (HTA), un 15% Diabetes Mellitus (DM), un 30,4% Dislipemia (DSL), un 20% eran fumadores.

Agrupando factores de riesgo se objetiva que un 20% padecían HTA y Dislipemia, y un 15% HTA y tabaquismo.

Conclusiones

En la población estudiada se observa un porcentaje significativo mayor de hombres que de mujeres que entrarían a formar parte de los factores de riesgo no controlables junto con la edad y los antecedentes familiares. Solo un 11% no padecía ninguna enfermedad diagnosticada, el 89% restante padecía factores de riesgo controlables. Estas cifras ponen de manifiesto un importante problema de Salud Pública que aunque difícil puede ser abordable por los distintos programas de prevención y promoción de la salud.

141

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Moreno Goma, Juan Luis.
DCCU-UCCU San Fernando,
Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-
La Janda

AUTORES

Salado Natera, María Isabel,
UGC Vejer de la Frontera, Cádiz
Oneto Romero, Raquel María,
Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-
La Janda

Compresiones efectivas a ritmo de rock and roll

Introducción

Dentro de las iniciativas impulsadas por el Consejo Europeo de Resucitación Cardiopulmonar (ERC) "Your hands Can Save Lives" y la "American Heart Assotiation" (AHA) "Hands Only CPR" se otorga gran importancia a las compresiones efectivas y de calidad en el masaje cardíaco.

Según especifican las recomendaciones ERC de 2015 "La RCP de alta calidad (...) una frecuencia de 100-120 compresiones por minuto".

Apoyando el programa del ERC "It takes a system to save a live": "Las organizaciones sanitarias con responsabilidad en el manejo de los pacientes con parada cardíaca (...) deberían evaluar sus procesos para asegurar que son capaces de proporcionar los cuidados que aseguren las mejores tasas de supervivencia posibles que se pueden conseguir".

Tras consultar la cuenta de Spotify de la AHA comprobamos que existe un listado de canciones a 100 beats o pulsaciones por minuto (bpm) recomendadas. Este trabajo propone un listado alternativo de canciones del estilo "Rock and Roll" entre 100 y 120 bpm.

Objetivos

- Incluir como herramienta docente el uso de música rock en los talleres de Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) para el aprendizaje de las compresiones de calidad.
- Cuantificar el grado de motivación suscitada por esta alternativa pedagógica.

Material y Métodos

Estudio descriptivo-retrospectivo sobre una muestra de 117 enfermeros/as asistentes a cursos de soporte vital entre marzo 2016 y julio de 2018.

Encuesta anónima heteroadministrada a los alumnos/as.

Herramienta usada para la medida: Escala de valoración tipo likert de 5 puntos

(1 Total desacuerdo – 5 Totalmente de acuerdo) y
(1 Nada Motivador – 5 Muy Motivador)

Resultados

Uso de música rock para el aprendizaje de una secuencia de compresiones de calidad:

69,23% Totalmente adecuado (5)

Elemento motivador: 74,35% Muy Motivador (5)

¿Mejor con música que con metrónomo?: 87,32%
Totalmente de acuerdo (5)

Conclusiones

El uso de la música Rock como recurso docente para mejorar el aprendizaje de la técnica de compresiones efectivas en los talleres de RCP, resulta altamente motivador y considerablemente adecuado para el alumnado.

PRIMER FIRMANTE

Núñez Toscano, M^ª del Carmen,
UCI. Hospital Clínico Virgen de
la Victoria

AUTORES

Avilés Sánchez, Rafael, UCI.
Hospital Clínico Virgen de la
Victoria

Aranda Delgado, Yolanda, UCI.
Hospital Clínico Virgen de la
Victoria.

Donación en asistolia procedente de parada cardiorrespiratoria extra hospitalaria

Introducción

En los últimos años debido a los notables cambios epidemiológicos se ha producido un descenso en los índices de mortalidad relevante para la donación en muerte encefálica, debido a la menor mortalidad por tráfico y por enfermedad cerebrovascular, además de un mejor manejo del paciente neurocrítico.

Para la mejora de las necesidades de órganos para trasplante en nuestro país, se han desarrollado programas alternativos a la donación de órganos de pacientes en muerte encefálica, como la donación tras la muerte en asistolia. En este tipo de donación existen cuatro categorías. El tipo III de Maastrich es la categoría más apropiada, pues la donación se realiza en asistolia controlada.

Objetivos

El objetivo de este estudio es saber el porcentaje de donantes en asistolia procedente de parada extra hospitalaria en nuestro hospital, en un periodo comprendido entre enero de 2013 y junio de 2018.

Material y Métodos

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, cuya población son los pacientes ingresados con diagnóstico de parada extra hospitalaria en el periodo de enero de 2013 a junio de 2016.

Resultados

Se recogen 147 casos de pacientes diagnosticados de parada cardiorrespiratoria extra hospitalaria (PCR) de los cuales el 14,3% son donantes en asistolia tipo II. Un 61,9% son varones, con una edad media de 52 años; y un 38,1% son mujeres con una edad media de 56 años. De los pacientes que finalmente son donantes un 76,2% presentan comorbilidad y un 23,8% carecen de antecedentes personales.

Conclusiones

Las secuelas neurológicas importantes tras las PCR extra hospitalarias, como son las encefalopatías anoxicas, dan lugar a un nuevo tipo de donante, (Maastrich III), que contrarresta la disminución de donantes procedentes de tráficos y enfermedades cerebrovasculares.

También se pone de manifiesto, q la edad media de estos nuevos donantes es menor a la de los donantes procedentes de enfermedades cerebrovasculares. Consiguiendo un número considerable de órganos, corneas y tejidos en condiciones óptimas.

145

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Quezada Vázquez, Fernando
Efraín

AUTORES

Rojo Aguza, Francisco Manuel

CENTROS DE TRABAJO

SAMUR Protección Civil – Ronda
de las Provincias, 7 – 28011,
Madrid

Patologías que derivan a parada cardiorrespiratoria

Introducción

Al recibir una llamada en la central de comunicaciones (CC), ésta es clasificada según la información que da el alertante mediante una batería de preguntas. En muchas ocasiones estas llamadas que no son identificadas inicialmente como una parada cardiorrespiratoria (PCR) acaban derivando en ésta.

Objetivos

Observar en un servicio de emergencias extrahospitalario de una gran ciudad, cuántas intervenciones que finalizan como una PCR, fueron identificadas en un inicio por la CC con una patología diferente y cuáles de estas suelen ser las más frecuentes.

Material y Métodos

Estudio observacional, descriptivo retrospectivo. Se recogieron todas las PCR recogidas desde los años 2013 al 2017. Se clasificaron por las diferentes patologías en que se identificaron de forma inicial, y que al final de la intervención finalizaron como PCR. Datos tratados mediante el programa Excel 2010.

Resultados

En el periodo del 2013 al 2017 (1785 casos PCR), el 47% de las intervenciones finalizadas como PCR (804 casos) fueron identificadas inicialmente por la CC como una patología diferente. Entre las diferentes patologías, destaca: inconsciencia, 333 casos (41,42%); patología cardiovascular, 158 casos (19,65%); caída casual, 56 casos (6,97%); convulsiones, 46 casos (5,72%); patología respiratoria, 39 casos (4,85%); accidente de tráfico con menos de 3 víctimas, 26 casos (3,23%); apertura de puerta, 18 casos (2,24%); intoxicación etílica, 14 casos (1,74%); "otros" (patologías iniciales no claras), 14 casos (1,74%). Existen otras 29 patologías por debajo de 10 casos en los años estudiados.

Conclusiones

Se muestra que en algo menos de la mitad de las intervenciones que finalizan como PCR del periodo estudiado, su inicio era una identificación patológica diferente, bien porque la CC no recibió la información precisa para identificarla, o porque cuando llegó la primera unidad se encontró a un paciente con la patología referenciada desde la CC que sufrió un empeoramiento abocando en PCR. Se muestra que la inconsciencia es la situación en la que el paciente puede acabar en PCR de forma más frecuente.

Nos debe hacer pensar que, aunque en principio hay patologías clasificadas que no parezcan potencialmente graves, estas pueden acabar en PCR, que probablemente dependiendo del tiempo de respuesta, puede ser potencialmente reversible.

146

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Rojo Aguza, Francisco Manuel

AUTORES

Quezada Vázquez, Fernando
Efraín

CENTROS DE TRABAJO

SAMUR Protección Civil, Madrid

Comparativa de los tiempos de respuesta tras activación en la parada cardiorrespiratoria

Introducción

Cuando la Central de Comunicaciones (CC) recibe una llamada y el operador identifica una sospecha de un paciente en Parada Cardio Respiratoria (PCR), inmediatamente se pone en marcha la activación de recursos móviles para su atención, utilizando un doble escalón, activando un Soporte Vital Básico (USVB) con dos Técnicos de Emergencias Sanitarias (TES), bien como primer recurso por cercanía, o como recurso de apoyo a la Unidad de Soporte Vital Avanzado (USVA), con médico, enfermero y TES.

Objetivos

Observar en un servicio de emergencias extrahospitalario de una gran ciudad la media de los Tiempos de Respuesta (TR) de las USVB y USVA ante una sospecha de PCR.

Material y Métodos

En este estudio observacional, descriptivo retrospectivo, se recogen datos que identificaban inicialmente al paciente en PCR desde el año 2015 al 2017. Se excluyen todas aquellas PCR no

identificadas como tal desde un principio, ya que no permite medir objetivamente el TR ante la sospecha de un paciente en PCR. Se obtuvo la media del TR de las USVB y USVA, desde la asignación al recurso hasta el lugar de intervención. Datos tratados con el programa Excel 2010.

Resultados

De las 1202 PCR producidas, se analizaron 499 PCR cuya identificación inicial era una posible PCR, en las que siempre intervino una USVA con USVB. El TR de las USVB 7:13 minutos y el de las USVA de 8:49 minutos. En los casos que se activó únicamente USVA fue de 8:50.

Conclusiones

Prácticamente todos los TR están por debajo de los 10 minutos recomendados en caso de PCR. Se observa que los TR de USVB suelen ser inferiores a las USVA tanto en los casos que son activados como primer recurso o como unidad de apoyo. Los TR de las USVA activadas en solitario, son similares a cuando se activa junto con USVB.

147

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Moreno Goma, Juan Luis,
SUAP Distrito Bahía de Cádiz-
La Janda

AUTORES

Bordes Bustamante, Francisco.
SUAP Distrito Bahía de Cádiz- La
Janda

Mayo Iglesias, Manuela. SUAP
Distrito Bahía de Cádiz- La Janda

Paradas cardio-respiratorias atendidas por el SUAP San Fernando-Cádiz: la desfibrilación temprana y la supervivencia final

Introducción

Mediante la recopilación de datos de nuestra unidad hemos tratado de plasmar las circunstancias que describen el escenario de una atención a una parada cardio-respiratoria (PCR) en nuestro ámbito laboral.

Atendiendo a las recomendaciones que el "Consejo Europeo de Resucitación (ERC)" editó el año 2015 hemos puesto en práctica los algoritmos de actuación propuestos para la atención de una situación de PCR en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP antes DCCU y UCCU) tanto en su modalidad móvil como fijo.

Objetivos

Aplicar sistemáticamente las recomendaciones editadas por el "Consejo Europeo de Resucitación (ERC)" el año 2015.

Priorizar el uso del soporte vital básico inmediato y la desfibrilación temprana como recurso fundamental para la supervivencia del paciente.

Material y Métodos

Estudio descriptivo-retrospectivo sobre una muestra de 183 Paradas Cardio-Respiratorias (PCR) atendidas desde el 1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017.

Resultados

De una muestra de 183 casos:

34,42% ocurrieron en 2017; 33,33% en 2016 y 32,25% en 2015

25,13% Fueron presenciadas y revertidas con éxito mediante una desfibrilación precoz aplicada por los profesionales sanitarios

89,13% de las presenciadas y revertidas presentaron una recuperación completa sin secuelas.

Conclusiones

La desfibrilación temprana aplicada por profesionales sanitarios cualificados como los que trabajan en en SUAP Bahía de Cadiz – La Janda asegura un altísimo grado de recuperación sin secuelas en los pacientes atendidos.

PRIMER FIRMANTE

Hernández Sánchez MC

AUTORES

de la Torre-Prados MV

García de la Torre A

Peña Huertas J

Cámara Sola E

García Alcántara A.

CENTROS DE TRABAJO

Asociación de Expacientes de la Unidad de Medicina Intensiva (EXPAUMI), Servicio de Medicina Intensiva, HU Virgen de la Victoria y Universidad de Málaga.

Soporte vital básico a familiares de pacientes con síndrome coronario agudo y muerte súbita

Introducción

Los equipos de emergencia tardan varios minutos en atender una Parada Cardiorrespiratoria (PCR), la actuación del testigo con Resucitación Cardiopulmonar (RCP) puede marcar diferencias entre vida, muerte y calidad de vida tras la PCR.

Objetivos

Conocer la percepción de conocimientos y habilidades en Soporte Vital Básico (SVB) y Desfibrilador Externo Automático (DEA) antes y después de recibir un taller un grupo de familiares/cuidadores de pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA).

Material y Métodos

Desde 01/1998 a 12/2017 se ofertan 5 talleres/año de 4 horas (Factores de Riesgo Cardiovascular, SVB, DEA y Prevención Secundaria en el SCA), a familiares/cuidadores de pacientes ingresados por SCA y/o Muerte Súbita en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Evaluamos variables demográficas, experiencias previas en SVB, grado de conocimiento antes y después, habilidades

prácticas y calidad en organización y metodología tras el taller. Los test estadísticos se ajustaron a la naturaleza de las variables estudiadas y objetivos del proyecto (spss v 20). El proyecto fue aprobado por el Comité Provincial de Ética e Investigación.

Resultados

Se impartieron 107 cursos-talleres a 2315 familiares/cuidadores de pacientes con SCA. Un 80% procedían de Málaga capital y un 63% fueron mujeres (n=1453); la actividad como amas de casa fue del 33% (n=770). Un 32% (n=748) tenían estudios primarios. El 24% (n=555) habían recibido ya un curso, el 17% desde instituciones educativas con más de 2 años desde la recepción en un 47% (n=261); la percepción a nivel de conocimientos teóricos y prácticos previos en SVB era baja en un 54 y 61%. Tras la recepción el grado de interés y satisfacción fue alto o muy alto en un 98%, con nivel científico adecuado en un 88%. Diferencias significativas mostradas antes del taller en el conocimiento a nivel de género ($7,33 \pm 3,1$ vs. $6,72 \pm 3,2$, $p=0,000$) quedaron reducidas tras el taller ($11,66 \pm 2,4$ vs. $11,7 \pm 2,2$, $p=ns$) destacando un valor superior en la mujer. En un 2% se recomendó repetir el taller (n=42) para afianzar las habilidades prácticas.

Conclusiones

Los datos son favorables tras el taller, justificando el mantenimiento en el tiempo del taller de SVB y DEA a familiares/cuidadores de pacientes con SCA o MS.

PRIMER FIRMANTE

Hernández Sánchez MC

AUTORES

de la Torre-Prados MV

García de la Torre A

Peña Huertas J

García Alcántara A.

CENTROS DE TRABAJO

Asociación de Expacientes de la Unidad de Medicina Intensiva (EXPAUMI), Servicio de Medicina Intensiva, HU Virgen de la Victoria y Universidad de Málaga.

¿Es pertinente formar en soporte vital básico a familiares de pacientes con síndrome coronario agudo?

Introducción

Los familiares/cuidadores de pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA) o Muerte Súbita (MS) son candidatos potenciales a ser primeros intervinientes, deberían ser un grupo preferente en la estrategia de formación en Soporte Vital Básico (SVB) y Desfibrilador Externo Automático (DEA).

Objetivos

Nos planteamos relacionar la prevalencia de ser testigos de situaciones de emergencia con variables demográficas, motivación y resultados a nivel de conocimientos y habilidades tras recepción del taller en SVB y DEA en familiares/cuidadores de pacientes tras un Infarto agudo de Miocardio (IAM) o Muerte Súbita Extrahospitalaria (MSE).

Material y Métodos

Desde 01/1998 a 12/2017 se desarrolla de forma prospectiva una intervención educativa en familiares/cuidadores de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con SCA o MSE. Evaluamos variables demográficas, experiencias previas como testigos de emergencias, recepción

previa en SVB y resultados a nivel de conocimientos teóricos y en habilidades prácticas adquiridas tras el taller. Los test estadísticos se ajustaron a la naturaleza de las variables estudiadas y a los objetivos del estudio. El proyecto fue aprobado por el Comité Provincial de Ética e Investigación.

Resultados

Se impartieron 107 cursos-talleres a 2315 familiares/cuidadores de pacientes con SCA ó MSE, 22 alumnos por taller. El 28% (n=648) habían presenciado algún tipo de emergencia con diferencias significativas a nivel de estar activo laboralmente (30% vs. 23%, $p=0,00$) y sin diferencias a nivel de género (27% vs.28%), edad ($39,23\pm 14$ vs. $39,07\pm 15,9$, $p=ns$) o educativo (no universitarios 27% vs. universitarios 30%, $p=ns$). Los testigos de forma significativa si habían recibido previamente un curso de SVB y DEA (43% vs.23%, $p=0,000$) y se definían al 100% por la necesidad de repetirlo. A nivel de resultados en el área de conocimiento se aprecia diferencias significativas a nivel teórico ($12,15\pm 2,1$ vs. $11,90\pm 2,2$, $p=0,01$) y de habilidades prácticas (52% vs. 42%, $p=0,006$).

Conclusiones

El ser testigo de emergencia en familiares /cuidadores con SCA o MSE conlleva mayor motivación en obtener formación en SVB y DEA, mejores resultados en conocimientos y habilidades y a mantener en el tiempo la oferta.

153

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Buform Galiana, A,
Urgencias Hospital Clínico W
Málaga

AUTORES

Carrasco Pecci, C. Medico
Escolar
Buform Jiménez, M. Urgencias
Hospital Clínico W
Vergara Olivares, JM. EBAP
Salado Muñoz, C. García Centro
S.Down
Alcántara, A. Plan Nacional RCP

Experiencia docente en soporte vital básico primeros intervinientes con Síndrome de Down

Objetivos

Realizar Taller de Soporte Vital Básico en población de jóvenes con Síndrome de Down con Curso de SVB DESA para personal que trabaja diariamente en la Asociación de Síndrome de Down para conseguir estos Objetivos.

Material y Métodos

Realización de un CURSO DE SVB DESA para Psicólogos, Directivos y Monitores de la Asociación con la finalidad de divulgar la RCP , crear un Espacio cardioprotegido y posterior ayuda para impartir el Taller a jóvenes con S. Down , con las siguientes características: viven en viviendas compartidas y trabajan en Empresas ordinarias.

Posterior a la realización de un curso de SVB DESA con un nivel de 5 en la Encuesta de satisfacción, se procedió con tutores y psicólogos a desarrollar un taller siguiendo las Diapositivas del CERCP pero que fueran accesibles a estos alumnos.

Se impartieron dos Talleres simultáneos de 8 alumnos cada uno con teoría y practicas con tres Tutores cada grupo y con INSTRUCTORES HOMOLOGADOS DEL CERCP.

Resultados

Identificar persona inconsciente y pedir ayuda al 112 en el 100%

La secuencia MANIOBRA FRENTE MENTON Y VER OIR Y SENTIR, LAS COMPROBARON BIEN Y SECUENCIAL EN UN 60%

COMPRESIONES TORACICAS SIN RCP DE CALIDAD con un 20%, Ventilaciones con sellado e insuflación correcta.0%, Maniobra frente mentón se realizó 100% correcta, 30% MANIOBRA FRENTE MENTÓN CORRECTA, 40%, MEMORIZACIÓN DEL 30

Conclusiones

Cursos para población tan especifica apoyados por Tutores.

Adaptar CURSO PARA MANTENER SU ATENCIÓN.

Memorizan muy bien la secuencia pero no improvisan

Insistir en PEDIR AYUDA Y AVISAR AL 112 y secuencia de SVB

CONOCIMIENTO DE LA MANIOBRA DE HEIMLICH Y CUANDO TENIAN QUE UTILIZARLA.

PRIMER FIRMANTE

Campos López, M^a José

AUTORES

Cantero Puerta, Anna

Carabante Morata, Ana

Gris Ambrós, Clara

López Felguera, Yolanda

Ortega García, Sonia

CENTROS DE TRABAJO

Servicio de Urgencias del
Hospital Residencia Sant Camil
(HRSC). Consorci Sanitari del
Garraf (CSG)

Valoración de la formación de las enfermeras/os, médicas/os, auxiliares de enfermería y celadores en Soporte Vital del Hospital Residencia Sant Camil (HRSC) del Consorci Sanitari del Garraf (CSG)

Introducción

La reanimación cardiopulmonar (RCP) son maniobras que tratan de revertir una parada cardiorrespiratoria (PCR). Entre estas se haya el Soporte Vital Básico (SVB) y Desfibrilador Externo Automático (DEA), Soporte Vital Intermedio (SVI) y Soporte Vital Avanzado. (SVA).

Existe un consenso internacional recomendándose la actualización en RCP cada 2 años.

Objetivos

Conocer la formación del personal sanitario en Soporte Vital (SV) del HRSC y su actualización.

Material y Métodos

Es un estudio descriptivo transversal. Consiste en una encuesta, anónima y voluntaria, dirigida a enfermeras/os, médicas/os, auxiliares y celadores del HRSC, con 5 preguntas de respuesta cerrada y una múltiple sobre experiencia profesional, formación y actualización. Se ha rellenado manualmente y depositado en un buzón.

Resultados

De 131 encuestados, el 97% ha realizado alguna formación sobre SV. De éstos, el 65% se ha actualizado en los últimos 2 años. Cabe mencionar que el 54.33% ha realizado la formación dentro del hospital y el 45.66% en otro centro.

Todos los médicos encuestados han realizado algún curso de SV, el 59% el de SVA. El 41% no ha realizado una actualización en 2 años.

El 54% de enfermería ha realizado formación en SVA, y el 59% está actualizado. Un 5% no ha realizado ninguna formación en este ámbito.

El curso de SVB+DEA es el más realizado por auxiliares y celadores (57%). El 78% se han actualizado. Un 5% de auxiliares y un 12% de celadores no han realizado ninguna formación en SV.

El 60% de médicos/as y enfermeros/as de Urgencias/UCI, están formados en SVA y el 46.15% en el resto de servicios del hospital.

Conclusiones

Según el estudio, hay un alto porcentaje de formación en SV en nuestro hospital y más de la mitad se ha actualizado en los últimos 2 años, período actualmente recomendado.

Destaca que casi la mitad se ha formado fuera de nuestro centro y que, aunque pocos, hay una parte del personal sanitario nunca formado en SV.

Debido a la importancia de la RCP en ámbito hospitalario, consideramos oportuno valorar la puesta en marcha de programas que mejoren los porcentajes de formación y actualización en SV.

PRIMER FIRMANTE

Artacho González L

AUTORES

Piñero Domínguez P

Morales Martínez A

Calvo Macías C

Camacho Alonso, JM

Milano Manso G.

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Regional Universitario,

UGC Críticos y Urgencias

Pediátricas. Materno- Infantil de

Málaga

Plan integral de prevención y atención a la parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria en un hospital infantil de tercer nivel. Nuestra experiencia en 5 años

Introducción

La parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria (PCRIH) constituye un problema de primera magnitud, existiendo evidencia de que la mortalidad podría disminuirse con una asistencia precoz y de calidad. Un porcentaje variable de PCR sucede fuera de áreas no autosuficientes en RCP Avanzada. Por ello, es fundamental la implantación de una organización con medidas de prevención y actuaciones adecuadas.

Objetivos

Análisis de resultados tras la implantación de un plan de atención y prevención de la PCRIH pediátrica en un hospital terciario.

Material y Métodos

Descripción del plan en sus diferentes fases. Recogida prospectiva y análisis de datos de PCRIH en áreas no autosuficientes de nuestro hospital durante 5 años. Se valora la actuación en función del desarrollo de actuaciones coordinadas de todos los intervinientes.

Resultados

Entre 2010-2013 se registraron 56 PCRIH susceptibles de RCP avanzada, 6 de ellas en áreas no autosuficientes. Se objetivó la necesidad de formación realizándose 27 cursos acreditados de RCP, actualizaciones y reciclajes. Se adquirió y homogeneizó material (2 tipos de carro de parada). Se creó 1 equipo de soporte vital avanzado (ESVA) compuesto por personal médico, enfermería y celadores, movilizables por centralita activada por un teléfono único de parada. Se elaboró un manual específico de PCRIH accesible desde cualquier lugar del hospital.

Desde enero 2013 se han producido 14 PCRIH con una mediana de 5,5 meses (RIQ 1,7-98,2) en áreas no autosuficientes. Todos los casos tenían alguna enfermedad de base. La activación del ESVA fue correcta en 9 casos (64%) y se consideró adecuada la actuación de los primeros intervinientes en 12 (85,7%). La supervivencia al alta y a los 6 meses fue de 93% (n=13) y 71,5% (n=10) respectivamente, con una mediana de GOS 4 (RIQ 1-5). Se realizan reuniones semestrales analizando resultados y proponiendo mejoras: simulacros de PCRIH con análisis posterior y específicos de primeros intervinientes.

Conclusiones

La optimización de los recursos, el diseño de un Plan de parada para obtener una dinámica integrada a la RCP y la realización de simulacros periódicos han incrementado el interés del personal en la atención y prevención de la PCRIH. La recogida de datos prospectivos es una herramienta fundamental para controlar la calidad de nuestra atención a la PCRIH, observando principalmente errores en la actuación inicial.

PRIMER FIRMANTE

González Santano, Daniel
Hospital Universitario de la
Princesa

AUTORES

Cuevas Alonso, Bárbara
Hospital Gijón

La Influencia de la retroalimentación en el entrenamiento de la RCP

Objetivos

La parada cardíaca es un problema de salud pública por su incidencia y mortalidad y que se produce a menudo de forma presencial, por lo que las recomendaciones destacan la actuación temprana y de calidad para incrementar la supervivencia. Los socorristas son los primeros intervinientes en tratar ésta y otras emergencias en las playas asturianas.

La necesidad formativa en RCP ha reforzado el aprendizaje sobre muñeco tradicional con métodos que proporcionan feedback para corregir la reanimación, como los maniqués con retroalimentación o las aplicaciones para móvil (APP).

Material y Métodos

Se ha realizado un ensayo clínico aleatorio prospectivo con dos intervenciones sobre 30 socorristas. A través de metodología teórico-práctica se formaron en RCP con muñeco tradicional, APP y maniqué con retroalimentación. También se reciclaron sobre la actuación ante una emergencia.

Mediante maniqué con registro, se evaluó la RCP con una emergencia simulada a la vez que se realizó un estudio observacional y transversal valorando el algoritmo de soporte vital básico (SVB).

Resultados

Se obtuvieron diferencias significativas entre los tres métodos en: número de ventilaciones, ventilaciones excesivas y compresiones correctas. Se encontraron diferencias con la comparación múltiple entre maniqué con retroalimentación y APP (en ventilaciones excesivas) y entre muñeco tradicional y maniqué con retroalimentación (en volumen medio, número ventilaciones, ventilaciones excesivas y compresiones correctas).

La secuencia de SVB mostró que el 13.33% resolvió el ejercicio correctamente.

Conclusiones

Se establece una brecha significativa entre el muñeco tradicional y el retroalimentador en la búsqueda de una RCP de calidad. En término medio situamos la APP por ser costo-efectivo eficaz, útil para incentivar a la población.

El *feedback*, proporcionado por un método de calidad y veraz, aumentará las posibilidades de realizar una RCP de calidad.

Los socorristas actualizaron sus conocimientos y practicaron RCP con elevados grados de satisfacción, pero es necesario incluir a toda la población en esta materia desde edades tempranas.

PRIMER FIRMANTE
Campo Alegría, L¹

AUTORES

Poza Maure, E.²
Sanz Luque, A.³
García Yu, IA¹⁴
García Gutiérrez, C⁴
Cordero Guevara, JA⁴

CENTROS DE TRABAJO

¹ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander
² C.S. San Agustín. Burgos
³ UME Aranda de Duero. Burgos
⁴ Gerencia de Atención Primaria Burgos

Valoración de la formación en soporte vital básico (SVB) y manejo de desfibrilador externo semi-automático (DESA)

Introducción

Los profesionales sanitarios deben actualizar los conocimientos en SVB y manejo de DESA periódicamente. Las Gerencias de Salud han de promover y proveer esta formación.

Objetivos

Valorar la opinión de los sanitarios asistentes a un taller teórico-práctico de SVB y DESA basado en las guías ERC/CERCP de 2015.

Material y Métodos

La población objetivo fue el personal sanitario de 37 centros de salud que asistió a los talleres teórico-prácticos de SVB y DESA. La formación consistió en 52 sesiones realizadas en un periodo de 3 meses, impartidas por 16 sanitarios (10 enfermeras, 5 médicos de familia, 1 pediatra), acreditados para la docencia en SVB y DESA, que participaron de forma voluntaria y gratuita.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos recogidos mediante encuestas administradas al finalizar cada sesión, utilizando el programa estadístico SPSS23.0.

Resultados

En total asistieron a los talleres 686 participantes (313 enfermeras y 373 médicos). Se realizó encuesta de satisfacción en 50 de las ediciones (96,2%) programadas. El nivel medio de satisfacción fue de 9,3 (DE:0,34; mínimo:8,6, máximo:10).

La valoración media de los formadores respecto a contenidos y comunicación fue de 9,06 (DE:0,66; mínimo:7,11; máximo: 10).

Los puntos mejor valorados: carácter práctico y útil de la formación, preparación de los docentes. Los peor valorados: corta duración, y deterioro del material de las prácticas.

Conclusiones

Las evaluaciones revelan un alto grado de satisfacción, ya que responde a una necesidad formativa percibida como importante por los profesionales.

La brevedad de la formación (4horas) se percibió como un punto débil y su ampliación fue una de las propuestas de mejora. Sin embargo, la duración de la misma facilitó la viabilidad y eficiencia del programa. Repetir periódicamente la actividad permitirá superar esta limitación.

Este nuevo diseño del programa de formación, centro por centro, de corta duración y en horario laboral, con el material del propio centro y de la Gerencia, permite reducir el esfuerzo de los discentes, sin alargar la jornada habitual, y con bajo presupuesto. Ello requiere la colaboración e implicación de los involucrados (discentes, docentes y gerencia) en el proyecto. El esfuerzo de todos constituye el éxito de este programa.

PRIMER FIRMANTE

González Sabio, Estrella

AUTORES

Arroyo Rozalen, Victoria

Caballero García Auxiliadora

Sánchez Marín M. José; Ruiz

Montero M. del Mar; De Andrés

Rodríguez Inmaculada

CENTROS DE TRABAJO

Empresa Pública de Emergencias

Sanitarias EPES 061 Servicio

Provincial de Sevilla.

Detección de las paradas cardíacas en los centros coordinadores. Tipificación de la llamada

Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es un proceso tiempo dependiente.

El primer contacto médico es el call center (CCUE).

El European Resuscitation council en 2015, urge a los CCUE a implantar la RCP telefónica. Los operadores tienen que identificar la situación de PCR.

Objetivos

Índice de detección de la PCR en el CCUE

Evaluar los motivos de llamadas

Medir la aplicación de RCP telefónica

Material y Métodos

Análisis descriptivo retrospectivo de los casos con Juicio clínico de PCR 427.5 por la CIE 9 desde el 1/5/2017 al 30/04/2018. El ámbito de estudio es toda Andalucía Las variables de estudio son edad; sexo; tipo de demanda (TD); Aplicación de RCP telefónica. Tiempo medio de respuesta (TMR)

Las llamadas se tipifican con un motivo de llamada (TD) .

El TMR tiempo medio de respuesta es desde la llamada hasta la llegada al lugar.

El código 35 es el traslado del paciente al hospital (pacientes supervivientes) y el código 31 , encontrado muerto o código 32 muerte tras asistencia.

El CIE 427,5 se utiliza cuando hay maniobras de reanimación.

Resultados

La muestra son 902 pacientes

629 hombres y 244 mujeres , mediana de edad de 65 años.

El TD de alteración del nivel de conciencia en el 68% . de los cuales 342 inconsciente (37%) .; 184 casos RCP (20.3%) El 13% Disnea.

En 58 de ellos (31,6%) se aplicó de RCP telefónica.

El TD de PCR una supervivencia del 36'9 % y en la serie general del 30,7%

En 170 casos se excluyen para los tiempos .

El TMR con código 35 fue de 13:40 y de los códigos 31 y 32 fue de 13:55

Los TD de inconsciente el TMR es de 11.27 min para los 35 y 13,45 min para los no supervivientes.

El TD de parada cardíaca el TMR es de 12.40 min para los supervivientes y de 13.08 para los no supervivientes.

Conclusiones

La detección de la PCR en el call center mejora la supervivencia

Incentivar formación en teleoperación y los consejos sobre RCP telefónica

Publicitar a la población check list básico la llamada de alerta.

PRIMER FIRMANTE

Sancho Alcina, Julio

AUTORES

Jiménez Salas, Sonia

CENTROS DE TRABAJO

Hospital de Alta Resolución de
Lebrija (Sevilla)

Acceso intraóseo: necesidad de formación

Introducción

La vía IO (intraósea) es la segunda vía de elección en emergencias y está recomendada en caso de PCR sin vía periférica y el shock pediátrico cuando la vía periférica no es posible en 60 seg o cuando no se consigue en tres intentos.

El conocimiento de la técnica de colocación y los cuidados de enfermería que el paciente necesita, deben ser conocidos por el personal de enfermería.

Objetivos

Analizar la documentación científica sobre la vía intraósea en situaciones de emergencia.

Poner de manifiesto la creciente importancia del uso de IO en el manejo del paciente crítico por enfermería.

Valorar resultados de alumnos instruidos en canalización de IO mediante simulación clínica.

Material y Métodos

Revisión de trabajos realizados con el estudio del acceso vascular periférico a través de la vía intraósea en su uso en la atención del paciente pediátrico y adulto urgente. Revisión sobre

zonas de acceso IO, sistemas de infusión, flujos, indicaciones y contraindicaciones. Se han consultado las bases de datos MEDLINE, Índice medico español.

Análisis de datos recogidos (mediante exámenes teóricos y prácticos) obtenidos durante los cursos de Soporte Vital Avanzado. Se ha valorado la capacitación y destreza de 60 alumnos tras la realización del Taller de Acceso Intraóseo, incluido en el Curso anteriormente descrito.

Resultados

Es un sistema de acceso venoso rápido, de fácil aprendizaje y colocación en 60 segundos o menos con más del 97% de éxito de inserción y con escasas complicaciones, por lo cual se debe aumentar el conocimiento y la formación de los profesionales que trabajen en urgencias en la utilización de esta técnica.

Los alumnos instruidos lograron el 95% de acierto en la colocación de IO sobre hueso animal. Además, el 80% de ellos aseguró que antes del curso no hubieran sido capaces de realizar dicha técnica.

Conclusiones

Se concluye que hay evidencias científicas suficientes para que sea 2ª elección en Soporte Vital Avanzado. Por tanto, la enseñanza mediante simulación clínica avanzada puede mejorar la capacitación de los profesionales sanitarios, disminuir los errores e incrementar la seguridad del paciente.

PRIMER FIRMANTE

David González Calle

AUTORES

Marta Alonso Fernández de
Gatta

Elisabete Alzola de Ontañana

Francisco Martín Herrero

Ana Elvira Laffond

Pedro Luis Sánchez Fernández

CENTROS DE TRABAJO

Hospital Clínico Universitario
de Salamanca. Servicio de
Cardiología

ECMO V-A en parada cardiorrespiratoria: resultados en un centro de tercer nivel español

Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) representa la situación clínica de mayor gravedad y complejidad que podemos encontrar en nuestra práctica clínica diaria. A pesar de los grandes avances médicos, diagnósticos y terapéuticos, la mortalidad asociada a la PCR continúa rondando el 50% en las mejores series.

En los últimos años se han consolidado nuevas terapias de asistencia cardiopulmonar que podrían ayudarnos en el manejo de estas situaciones como sería el caso de la membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) que podría garantizar un soporte cardiopulmonar temporal en aquellos pacientes que sufren una PCR.

Objetivos y Metodología

Nuestro centro cuenta con una importante experiencia en el implante de ECMOs V-A a través de acceso percutáneo, contabilizándose un total de 72 implantes percutáneos en los últimos 4 años (2015-2018). La indicación más frecuente (54%) es el shock cardiogénico pero en nuestra serie encontramos un 33% de pacientes con implante en situación de PCR (25 pacientes), muestra en la que centraremos nuestro estudio.

Se analizaron las características basales, FRCV, indicaciones, complicaciones y evolución a corto y medio plazo (6 meses)

Resultados

De los 72 pacientes con implante de ECMO V-A entre 2015 y 2018 se analizaron 25 pacientes (34%) en los cuales la indicación resultó PCR. Las características basales se muestran en la tabla 1. La etiología causante se muestra en el gráfico 1.

En el análisis de posibles predictores destaca: el tiempo de PCR (tiempo medio $21,9 \pm 16$ min). La duración de PCR se asoció de forma significativa con una mayor tasa de infección (p 0,002), isquemia en extremidades inferiores (EEL) (p 0,046) y menor supervivencia (p 0,007). La supervivencia fue DEL 32% (8 pacientes) al alta y 28% ($n=7$) a 6 meses,. Las causas de muerte más frecuentes fueron encefalopatía anóxica (32%), fallo multiorgánico (FMO) (16%) e infección (16%). Además, la presencia de un lactato alto preimplante y el desarrollo de infección o isquemia en EEL se asoció significativamente con una menor supervivencia (p 0,01; p 0,046; p 0,019 respectivamente).

Conclusiones

El implante de ECMO V-A es un recurso a tener en cuenta en situaciones de PCR no recuperada con las maniobras de RCP avanzadas habituales. Nos permite garantizar un soporte respiratorio y hemodinámico para posteriormente revertir la causa inicial del cuadro clínico (isquemia, embolia, tormenta arrítmica). Los resultados favorables solo son posibles si se acortan los tiempos de parada de ahí la importancia de contar con un equipo preparado para realizar la indicación e implantación precoz del mismo.

165

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

*Gómez Prieto, A

AUTORES

**Cuadrado Blanco, I J

**Costa Alba, P

** Fuentes de Frutos, M

*** de Frutos Arribas, Ana M^a

**Naranjo Armenteros, J.

CENTROS DE TRABAJO

* Médico Gerencia Emergencias
Sanitarias Castilla y León, Base
Zamora** Médico Servicio urgencias
Hospital CAUSA, Salamanca*** DUE Gerencia Emergencias
Sanitarias Castilla y León, Base
Béjar

Evaluación de la enseñanza de maniobras de RCP en alumnos de 2º de la ESO: Proyecto ASIGNATURA RCP

Introducción

Ante una parada cardíaca fuera del hospital, la reanimación cardiopulmonar básica precoz (RCP-B) y la desfibrilación temprana realizada por los ciudadanos, incrementa la supervivencia hasta 3-4 veces, reduce el daño cerebral y mejora la calidad de vida. Estas maniobras son sencillas de aprender, por lo que se está intentando extender su enseñanza a toda la población. La American Heart Association (AHA) y el European Resuscitation Council (ERC), tratan de impulsar su docencia en institutos a partir de 12 años. En nuestro país se han realizado diferentes programas en distintas comunidades. Por ello pusimos en marcha nuestro proyecto titulado "Asignatura RCP", consistente en la enseñanza, mediante un curso teórico-práctico, las maniobras de RCP-B, desfibrilación precoz y atención en la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE) a alumnos de 2º de la ESO.

Objetivos

Estimar mediante encuestas, los conocimientos previos sobre RCP, desfibrilación precoz y OVACE de los alumnos de 2º de la E.S.O, y los adquiridos tras recibir un curso teórico-práctico sobre dichas técnicas.

Material y Métodos

Estudio observacional prospectivo analítico de la enseñanza del curso teórico-práctico a alumnos de 2º ESO de IESO. Previo al curso, los alumnos rellenaron una encuesta de 10 preguntas. Posteriormente se les impartió la parte teórica, donde se explicaron conceptos como qué es una PCR, la cadena de supervivencia etc, y realizaron prácticas sobre maniquís. Al finalizar, se pasó la misma encuesta para valorar lo aprendido. Para afianzar estos conocimientos se impartirá este curso pasado un año.

Resultados

El curso se impartió en 8 IESO, a un total de 387 alumnos de 2º ESO.

Previo al curso, 5 preguntas del test no fueron acertadas por más del 50% de los alumnos; 4 las acertaron entre el 50%- 70% y una la respondieron correctamente más del 90%.

Posteriormente a la clase, todas las respuestas fueron respondidas correctamente, 8 por más del 90%, una por más del 80% y otra por más del 60%.

Conclusiones

Tras realizar el curso, la mayoría de los alumnos habían adquirido los conocimientos sobre dichas técnicas y como alguno nos manifestó, "viéndose capaces de ayudar ante una PCR".

PRIMER FIRMANTE

Rivas Castro MA, Médico 061
Granada

AUTORES

Rosell Ortiz F, Médico 061
Almería

Gil Piñero E, Médico 061
Granada

Resultados en PCR 061 Granada

Objetivos

El objetivo es analizar las paradas cardiorrespiratorias (PCR) atendidas por los equipos de emergencias terrestres (EET) de 061 en Granada en un período de 20 meses (año 2016 a agosto 2017).

Material y Métodos

Se trata de un estudio descriptivo en el que las variables a estudiar se obtienen de nuestra base de datos conseguida de las historias clínicas digitales en movilidad (HCDM) y del sistema informático del centro coordinador de urgencias y emergencias (CCUE) de EPES 061 (SIEPES).

Resultados

Se incluyen un total de 183 pacientes en PCR, 10 de las cuales han sido fútiles, quedando un total de 173 a estudiar. Entre estos se describen las siguientes variables: lugar donde se produce la PCR (domicilio 53%), género del paciente (75% hombres), distribución por edad (mediana y media 60 años), si se ha presenciado la PCR (84%), administración de soporte vital (SV)

previo a la llegada del EE (64%) y por quién, uso de desfibrilador previo a la llegada (16%) y administración de choque o no, ritmo inicial de PCR (asistolia 60%), etiologías que se sospecha (53% cardíaca), resultados tras el SVA - recuperación circulación espontáneo ROSC (33%), estado al alta hospitalaria y al mes de los pacientes que sobreviven.

Conclusiones

Como conclusiones, entre otras, tenemos que nuestros EET en Granada consiguen una supervivencia de los pacientes en PCR y con una CPC (Categoría de Glasgow-Pittsburg de función cerebral) de 1-2 puntos en un 10,9% de los casos y que sigue habiendo un porcentaje muy alto de PCR en que no se administra SV ni se usa un desfibrilador previo a la llegada del EE, siendo éstas cuestiones que favorecerían el aumento de la supervivencia. Por todo esto, seguimos trabajando en el aumento de la provisión telefónica de SV desde el CCUE, en la formación masiva en reanimación cardiopulmonar básica (RCPB) a la población y en la implementación de los espacios cardioasegurados. Confiamos en que algún día el aprendizaje de la RCPB sea parte de los planes educativos en los colegios.

PRIMER FIRMANTE
de la Torre-Prados MV

AUTORES
García de la Torre A
Rueda Molina C
Hernández Sánchez MC
Peña Huertas J
García Alcántara A.

CENTROS DE TRABAJO
Servicio de Medicina Intensiva,
HU Virgen de la Victoria y
Universidad de Málaga

La Universidad de Málaga como espacio educativo cardio-asegurado un proyecto en marcha

Introducción

El Consejo Español de RCP (CERCP) recomienda fomentar espacios cardio-asegurados si los usuarios son superiores a cifras específicas de alta frecuentación. Las Universidades deberían tener como objetivo preferente garantizar la seguridad ante eventos emergentes en el alumnado o profesionales.

Objetivos

Tras adquirir 17 Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) la Universidad de Málaga (UMA) se diseñó formación en Soporte Vital Básico (SVB) y DEA orientado hacia Personal de Administración y Servicios (PAS) y Docente e Investigador (PDI) según normativa del CERCP.

Material y Métodos

Desde 03/2017 a 12/2017 se desarrolló la intervención educativa en SVB y DEA desde el área de formación interna de la UMA. Evaluamos variables demográficas, experiencias como testigos de emergencias, formación previa en SVB, resultados teórico-práctico tras taller y calidad del mismo. Los test estadísticos se ajustaron a las variables estudiadas y objetivos del estudio.

Resultados

Se ofertaron 9 talleres a 201 profesionales de la UMA, 22 alumnos por taller. Un 10% (n=23) no asistió a la fase presencial, siendo 178 los alumnos receptores. El 53% eran mujeres y 75% PAS. El 35% ejercían en Medicina y el resto en centros representando desde un 3 al 6 %. El mayor % eran conserjes 38,2% (n=68), seguido de profesores 24,7% (n=44) y técnicos de biblioteca con 10% (n=17). El rango de edad medio osciló entre 46 a 55 años. Un 9% (n=16) habían recibido formación previa y un 24% (n=42) fueron testigos de emergencias en calle con un 52% (n=21), en domicilio o UMA en un 17% (n=7). Se avisó al 061 en el 46% (n=19), ser observador o aviso al 061 con SVB ocurrió en el 27% (n=11).

La puntuación media del test teórico fue del $6,7 \pm 1,9$ y de $8,45 \pm 1,38$ tras recibir el taller con diferencias significativas, $p=0,000$. No se apreció diferencias respecto género o actividad a nivel de los resultados teóricos. La evaluación cualitativa en metodología, organización y profesorado fue excelente en el 90%.

Conclusiones

Es necesario seguir avanzando en este proyecto extendiendo la formación a PAS y PDI y ubicaciones de DEAs en áreas ajustadas al perfil de frecuentación de usuarios.

PRIMER FIRMANTE

Sánchez Menéndez, Silvia

AUTORES

Vázquez Álvarez, Zulima

Garrido García, Estíbaliz

García García, Ángel Felipe

Álvarez Salazar, Fátima

Alonso García, Rubén

CENTROS DE TRABAJO

Hospital del Oriente de Asturias,

Ariondas, Asturias

RCP en las escuelas

Objetivos

Valorar los resultados del grupo de trabajo "Maratón de RCP-TÚ PUEDES SALVAR UNA VIDA", encaminado a universalizar la difusión de las maniobras de reanimación cardiopulmonar básica en la población general mediante su enseñanza en las escuelas de Enseñanza Secundaria Obligatoria.

Material y Métodos

El estudio se realizó en dos Institutos públicos de Educación Secundaria de Asturias: IES Llanes, IES El Sueve, durante el Tercer trimestre lectivo del curso 2014-2015. La población estuvo formada por 454 alumnos de 1º a 4º de E.S.O.

El Maratón de Reanimación Cardio Pulmonar (RCP), se desarrolla durante 40 minutos en el propio centro educativo, por cursos. En primer lugar, se proyecta un video explicativo (9 min) subdividido en tres partes: curva de Drinker, cadena de supervivencia y secuencia básica de RCP. Tras el video, se procede al entrenamiento práctico sobre maniquís (30 min), en grupos de 8-10 alumnos por instructor (profesionales sanitarios).

Resultados

La puntuación media total obtenida (sobre 10 puntos) antes del Maratón fue de 5,44. Tras la realización del mismo, esta puntuación aumentó hasta 7,54. Los alumnos que habían recibido formación previa en RCP (35,2%), obtuvieron puntuaciones previas al Maratón significativamente más altas que el resto, diferencias que se mantienen tras la realización del mismo.

Conclusiones

El "Maratón de RCP" supone una herramienta de utilidad para la formación en Reanimación Cardio Pulmonar Básica (RCP-B) en la población general. La formación continuada en RCP podría ser el mejor modo de enseñanza en contraste con la formación transversal de los adolescentes, y más si tenemos en cuenta la buena acogida en la comunidad educativa.

171

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Karakosta Valentín, Katerina

AUTORES

Gutiérrez Pérez, Eva

CENTROS DE TRABAJO

Médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, desempeñando sus funciones como Dispositivo de Apoyo en la Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias de Sierra Nevada, de Distrito Sanitario Granada-Metropolitano.

Serie de casos de parada cardiorrespiratoria en una estación de esquí a moderada-gran altitud

Introducción

El auge de las actividades deportivas y turísticas en alta montaña, promocionándose a nivel poblacional como algo saludable y divertido, contribuye a que cada vez se atiendan a nivel sanitario más accidentados y politraumatizados... pero además, determinados condicionantes biológicos, sumados a los atmosféricos, podrían ser determinantes para que la moderada-gran altitud se convierta en un ambiente hostil para el turista inadaptado.

Objetivos

Estudiar los casos de Parada Cardiorrespiratoria (PCR) y Respiratoria (PR) atendidos por personal sanitario de la clínica de una estación de esquí situada a moderada-gran altitud, en aras de plantear una posible relación de tales casos con la exposición a moderada-gran altitud y deshabitación a la altura.

Material y Métodos

Revisión de las historias clínicas (HC) registradas en el sistema informático "Diraya" del Servicio Andaluz de Salud o, en su defecto, a través de la recuperación de HC manuales, sobre una serie

de casos de PCR acontecidos en los últimos seis años en una estación de esquí a moderada-gran altitud, que han recibido asistencia por parte del personal sanitario de la clínica. Con los datos de filiación obtenidos, hemos consultado en el Instituto de Medicina Legal y Forense de zona, donde se nos ha informado de la causa fundamental de las PCR con resultado de muerte súbita (MS).

Resultados

Seis casos de PCR y tres de PR, sin antecedentes traumáticos previos, con resultado de muerte súbita en cuatro de ellos, otras tres muertes diferidas a nivel hospitalario, sólo uno es sacado de la PCR y otro sobrevive aunque con graves secuelas neurológicas.

La causa fundamental de las MS es cardiopatía isquémica aguda, y las causas médicas de las PR son de índole neurológica (de naturaleza hemorrágica).

Todos ellos gozaban de buena calidad de vida, cuatro de ellos no tenían ningún FR conocido, la mayoría procedían de zona costera o de baja altitud y habían ascendido directamente a la estación sin aclimatarse, con una media de edad en torno a los 52 años.

Conclusiones

Considerando la juventud de los pacientes con PCR atendidos en nuestra estación, la procedencia de los mismos y la ausencia de FR en la mitad de ellos, parece que la altitud pudiera comportarse como una "prueba de esfuerzo" para individuos predispuestos, pudiendo desencadenar eventos cardiovasculares fatales. Haría falta más estudios que permitieran aclarar la posible relación de la altitud con tales eventos y la concienciación del personal sanitario y en el ámbito poblacional para reducir el número de muertes evitables durante las actividades de ocio en alta montaña.

175

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Velázquez del Pino, Dolores

AUTORES

López Blázquez, José

Montalvo Escudero, Esther

Grandes Bilbao, Jaione

De la Fuente Villanueva, Ana

Fernández Pita; Alba

CENTROS DE TRABAJO

Servicio de Urgencias. Hospital

Universitario de La Princesa.

Madrid

Percepción y conocimientos teóricos de Enfermería en la práctica de maniobras de reanimación cardiopulmonar

Introducción

El inicio precoz de las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) y la activación temprana de la cadena de supervivencia son clave para mejorar el pronóstico del paciente que sufre una parada cardiorrespiratoria (PCR).

Objetivos

Evaluar los conocimientos teóricos de las enfermeras sobre reanimación cardiopulmonar y valorar su actitud ante una parada cardiorrespiratoria.

Material y Métodos

Estudio descriptivo transversal y prospectivo. Se recogieron datos mediante encuesta anónima, y voluntaria, dirigida a los profesionales de enfermería del hospital sobre aspectos relacionados con las características sociodemográficas, experiencia profesional, formación, servicio, conocimientos y actitudes en RCP.

Resultados

La muestra total fue de 121 enfermeras. El 18.9 % fueron hombres y el 76.4 % mujeres. El 40.2% no se ha formado en los últimos 2 años pese a que el 78.4% de los mismo consideran necesario un reciclaje entre los 6 meses y los 2 años que coincide con el resto de la muestra (47.2%). La nota media del cuestionario de conocimientos teóricos fue de 5.98 ± 1.62 , obteniendo una mejor nota estadísticamente significativa los servicios especiales. Aquellos con menos de 10 años de antigüedad, sacaron mejor nota ($p < 0.0001$). Las preguntas con un porcentaje de error superior al 50% han sido las relacionadas con la administración de fármacos (adrenalina) y actuación después de realizar una desfibrilación. Cabe destacar que en las preguntas de actitudes relacionadas con quién debe realizar la RCP, por encima del 70% están muy de acuerdo en que es indistinto (médico vs enfermera), así como el 80% considera que su centro debe proporcionar la formación necesaria.

Conclusiones

Los resultados obtenidos son de gran interés para poder adaptar la formación y así mejorar la atención, garantizando la calidad de los cuidados y el respeto a los derechos del paciente. En este aspecto, es necesario el compromiso de los propios profesionales.

Así mismo creemos que debe existir un consenso en cuanto a las recomendaciones dadas por las diferentes organizaciones que guían la atención en una PCR.

La autopercepción de la enfermería en el desarrollo de una RCP es de relevancia, lo cual mejora el concepto de papel secundario que tradicionalmente ha tenido.

PRIMER FIRMANTE

Martín Ruiz, Juan Francisco

AUTORES

Triviño Hidalgo, Julián

Guerrero Lozano, Isabel María

Martínez Bernhard, Alicia

Serrano Navarro, Juana María

Palazón Sánchez, Cesar

CENTROS DE TRABAJO

Unidad de Cuidados Intensivos.

Hospital General Universitario

Reina Sofía de Murcia.

Características Epidemiológicas de la Parada Cardíaca Hospitalaria en una UCI polivalente

Introducción

La parada cardiorrespiratoria de pacientes hospitalizados (PCRh) no es siempre un evento súbito. Puede ser el resultado de un deterioro fisiológico progresivo que no es adecuadamente detectado. La literatura internacional considera que entre un 0,4% y un 2% de los pacientes ingresados, y hasta un 30% de los fallecidos, necesitan de las técnicas de resucitación cardiopulmonar.

Objetivos

Analizar las características epidemiológicas de los pacientes con PCRh que ingresan en UCI.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo que incluye a los pacientes que ingresan en UCI por PCRh entre Enero 2013 y Diciembre 2017. Se recogieron datos epidemiológicos, características del episodio y evolución durante el ingreso. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete IBM SPSS Statistics 23.

Resultados

Incluimos a 58 pacientes con PCRh (63,8% varones, edad media 67,8 años). El 65,5% eran hipertensos, la mitad diabéticos y 34,5% fumadores. El 26% eran obesos y el 22% presentaban patología pulmonar.

La etiología del episodio fue cardíaca, respiratoria, shock o deterioro neurológico con porcentajes de presentación de 34,4%, 39,6%, 15,5% y 8,6%, respectivamente.

Tuvieron lugar en Urgencias (36,2%) y en plantas de hospitalización 26% (8 casos en Cardiología y 7 en Medicina Interna). La mayoría de ellas presenciadas 94,8% iniciándose reanimación cardiopulmonar básica en el 82,8% de los casos.

El ritmo inicial fue fibrilación Ventricular 19%, actividad eléctrica sin pulso 43,1%, asistolia 32,8% y taquicardia ventricular sin pulso 1,7%. El tiempo de PCR medio fue de 13,82 minutos (0;60) y se administraron una media de 4,32 miligramos de adrenalina. Se realizó hipotermia terapéutica en 3 casos.

El 51,7% presentaron una evolución neurológica adecuada y 10,3% daño neurológico severo.

La mortalidad fue de 62,1% (28 casos en UCI y 8 en el ambiente hospitalario).

La estancia media en UCI fue de 10.12 días, con 9.23 días de ventilación mecánica con un SAPS II medio de 61.93 y APACHE II de 28.21.

Conclusiones

En nuestra serie, la PCRh acontece principalmente en servicios de urgencias con tiempos de reanimación moderadamente prolongados y con aceptable recuperación neurológica. La PCRh se asocia a una elevada mortalidad.

177

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Martín Ruiz, Juan Francisco

AUTORES

Rico Lledó, María José
Guerrero Lozano, Isabel María
Martínez Bernhard, Alicia
Serrano Navarro, Juana María
Palazón Sánchez, Cesar

CENTROS DE TRABAJO

Unidad de Cuidados Intensivos.
Hospital General Universitario
Reina Sofía de Murcia.

Características Epidemiológicas de la Parada Cardíaca extrahospitalaria en una UCI polivalente

Introducción

La parada cardíaca extrahospitalaria (PCRe) supone un importante problema de salud dada su alta incidencia y mortalidad. Se han descrito tasas de supervivencia muy bajas siendo un factor importante la atención inicial de estos pacientes.

Objetivos

Analizar las características epidemiológicas de los pacientes con PCR extrahospitalarias que ingresan en la Unidad de cuidados intensivos (UCI) así como su evolución.

Material y Métodos

Estudio observacional, retrospectivo de los pacientes ingresados en UCI por PCRe entre Enero 2013 y Diciembre 2017. Se recogieron variables demográficas, características del episodio y evolución en el ingreso. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete IBM SPSS Statistics 23.

Resultados

Incluimos a 31 pacientes (64,5% varones, edad media 58 años). En lo referente a factores de riesgo cardiovascular: 35,5% eran hipertensos, 19% padecían diabetes y 29% dislipemia, únicamente 22,6% eran fumadores y 19,4% eran obesos.

La mayoría se produjeron en el domicilio (71%) siendo presenciadas un porcentaje elevado (74,2%). Aproximadamente en 50% de los casos se inició RCP básica.

Las etiologías más frecuentes fueron el síndrome coronario agudo presentado como dolor torácico o síncope y la patología respiratoria con disnea y atragantamiento, ambas en un 38,7% de los casos. Otras fueron intoxicación (9.7%) y causa neurológica (9.7%).

El ritmo inicial fue fibrilación ventricular 32,3%, actividad eléctrica sin pulso 22,6% y asistolia 41,9%. El tiempo de PCR medio fue de 17,31 minutos (0:60) y se administraron una media de 3,11 miligramos de adrenalina.

Se realizó protocolo de hipotermia terapéutica en el 25,8% de los casos. La mortalidad global fue del 58% (15 casos en UCI y 3 en el ambiente hospitalario). De los pacientes dados de alta de UCI, el 38,7% mantuvieron una situación neurológica adecuada y 25,8% presentaban estado vegetativo persistente.

Conclusiones

La PCR recuperada extrahospitalaria asocia una elevada mortalidad en UCI. Menos de la mitad de los pacientes con PCR extrahospitalaria continúan vivos al año con buena función neurológica (42%).

PRIMER FIRMANTE

Miguel Saldaña, Fernando

AUTORES

Gómez-Mascaraque Morales,

Marta

Cano Navas, Alba

Arribas Hernández, Fátima

CENTROS DE TRABAJO

SAMUR - Protección Civil. Madrid

Gracias por hacer todo lo posible por intentar salvar la vida de mi padre

Introducción

En ocasiones, los pacientes atendidos por los servicios de emergencia extrahospitalarios (SEM) o sus familiares envían muestras agradecimiento a través de cartas.

Consideramos que el estudio de las mismas puede ser una valiosa fuente de información que permita valorar la calidad de la asistencia prestada además de fuente de motivación para los profesionales.

El SEM estudiado recibió durante los últimos 7 años 410 cartas de agradecimiento. De éstas, 49 (11,95%), estaban relacionadas con pacientes que habían sufrido una parada cardiorrespiratoria (PCR).

Objetivos

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

Material y Métodos

Estudio observacional descriptivo transversal retrospectivo basado en las cartas de

agradecimiento recibidas a través de los cauces oficiales, relacionadas con asistencias a pacientes en PCR (tanto PCR recuperadas como no recuperadas) enviadas por pacientes o familiares de los mismos, atendidos por un SEM en un periodo de 7 años (2011-2017). N= 49.

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

Resultados

En muchas de las cartas se manifiesta más de un motivo (101 en total), por lo que las cifras que se adjuntan, están relacionadas al total de los motivos reflejados en todas ellas.

Los 5 motivos principales de agradecimiento fueron: rapidez, 19 veces (38,8%), profesionalidad, 17 (34,7%), humanidad, 9 (18,4%), trato, 8 (16,3%) y tenacidad, 6 (12,2%).

Con menor número de valoraciones: con 4, cariño y apoyo (8,2% cada una de ellas), 3, interés y amabilidad (6,1%), 2, calidez y diligencia (4,1% cada una de ellas) y disposición, serenidad, implicación y aliento, 1 (2% cada una de ellas).

El resto, 20 veces (40,8%), corresponden a agradecimientos genéricos, sin especificar los motivos.

Conclusiones

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

179

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

Tejero Muñoz, Sandra

AUTORES

Fabian Nieto, Antonio

Ruiz Castellanos, Rodrigo

Rodríguez Lena, José

Rodríguez Esplandiú, Beatriz

Yllá Chanca, María Luisa

CENTROS DE TRABAJO

SAMUR-Protección Civil.

Preaviso hospitalario del donante en asistolia (código 9)

Introducción

La información previa sobre el suceso, el estado del paciente y los tiempos son fundamentales para una exitosa gestión del CÓDIGO 9.

Objetivos

Mostrar la importancia de la correcta gestión del preaviso del donante en asistolia (CÓDIGO 9) por parte de los Técnicos en Emergencias Sanitarias (TES) de la Central de Comunicaciones en un servicio de emergencias extrahospitalario (SEM).

Material y Métodos

Revisión y estudio del procedimiento de actuación en el donante en asistolia del Manual de Procedimientos de un SEM.

Resultados

Este procedimiento regula las actuaciones conjuntas realizadas por la Unidad de Coordinación de trasplantes del hospital receptor del donante y un SEM.

Conclusiones

Cuando llegamos a la difícil decisión de finalizar las maniobras de reanimación, se abre una ventana de esperanza, la donación en asistolia. Una decisión que requiere tanto esfuerzo y mayor coordinación que las maniobras de reanimación, poner en marcha una maquinaria coordinada y engrasada en la que nada puede fallar.

Las probabilidades de éxito en la donación en asistolia mejoran si se cursa el preaviso hospitalario de manera eficaz, aportando los datos necesarios para la preparación de materiales, personal y técnicas hospitalarias.

PRIMER FIRMANTE

Martínez Gómez, Josefa

AUTORES

Úbeda González, Inmaculada
García Castro, Isabel

CENTROS DE TRABAJO

Servicio de Urgencias de
Atención Primaria de Distrito
Sanitario Almería

Vía intraósea en la parada cardiorrespiratoria

Objetivos

Conocer la importancia y la eficacia de la vía intraósea en el manejo del paciente en situación de parada cardíaca en una emergencia extra-hospitalaria.

pacientes recuperó la circulación espontánea, de los que un 41% sobrevivió al alta. Predomina la introducción de dicha vía en la tibia (58,6%), seguida del húmero (18,6%), clavícula (10,8%), cresta ilíaca (7,2%) y maléolos (3,8%).

Material y Métodos

Revisión bibliográfica basada en una búsqueda sistemática en las bases de datos de "Fundación Index: Cuiden", "Medline: Pubmed", "Lilacs", "Cinahl" y "Cochrane" y "Scielo" centrándose en estudios sobre la importancia de la vía intraósea en pacientes en parada cardiorrespiratoria, de 2014 a la actualidad. Se revisan 19 estudios de los cuales se seleccionan 9; haciendo uso de los Descriptores de Salud.

Resultados

Tras analizar los estudios encontrados, el tiempo medio empleado para canalizar una vía IO es de menos de 60 segundos en el 67% de los casos, entre 60-120seg en el 29,6% y más de 120seg el 3,4%. No se describen complicaciones directamente relacionadas con la inserción del catéter en ninguno de los estudios. El 74% de los

Conclusiones

El acceso IO ya es considerado como primera vía de elección en varios países como EEUU, aunque en España se reserva su uso para aquellos casos en los que no se ha logrado canalizar un acceso venoso en menos de 1 minuto. La vía IO se demuestra como segura, de fácil acceso y con alta efectividad y eficiencia para la administración de fármacos, líquido y derivados sanguíneos en la parada cardíaca extra-hospitalaria.

PRIMER FIRMANTE

Martín Castro Carmen **

AUTORES

Marín Sánchez Ana *

Gil Piñero Eladio **

Reyes Requena Manuela ***

Rivas Castro María Angustias **

Ariza Wazhler, Roberto **

CENTROS DE TRABAJO

* UGR

** EPES 061

*** SAS

Muerte súbita cardíaca en deportistas

Palabras clave: Muerte súbita cardíaca, atletas, deporte.

Introducción

La Muerte Súbita Cardíaca (MSC) es una de las tareas pendientes de la cardiología moderna y la principal causa de muerte durante la práctica deportiva.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es recopilar la información más novedosa acerca de la epidemiología, etiología y prevención de esta entidad en el mundo deportivo.

Material y Métodos

Hemos realizado una revisión bibliográfica sistemática, utilizando las bases de datos PubMed, Web of Science y la Revista Española de Cardiología online, seleccionando 17 artículos publicados desde 2012 hasta 2018.

Resultados

El riesgo de MSC durante el deporte aumenta con la edad, el sexo masculino y la raza negra, al mismo tiempo que se ve influenciado por el tipo de actividad física. La etiopatogenia también varía con la edad. En menores de 35 años subyacen mayormente alteraciones eléctricas o estructurales y anomalías hereditarias de las arterias coronarias, mientras que la coronariopatía aterosclerótica es el principal hallazgo en los atletas mayores de 35 años. El papel de la prevención primaria y secundaria es fundamental en este campo, tanto para disminuir la incidencia de estos trágicos eventos como para aumentar la supervivencia cuando la parada cardíaca no se ha logrado evitar.

Conclusiones

El estudio de las principales causas y características de la MSC durante la actividad física permite el reconocimiento de perfiles de riesgo y la mejoría de las estrategias de prevención. Al mismo tiempo, una actuación precoz y eficaz en deportistas que sufren una parada es el principal factor pronóstico.

187

EXPOSICIÓN
PERMANENTE

PRIMER FIRMANTE

García Gómez, Inmaculada

AUTORES

Tsvetanova Spasova, Tsvetelina

Fernández Porcel, Alba

Mateos Rodríguez, Minerva

Ruiz del Fresno, Luis

Estecha Foncea, María Antonia

CENTROS DE TRABAJO

Servicio de Medicina Intensiva del
Hospital Virgen de la Victoria de
Málaga

Análisis de PCR intrahospitalarias

Objetivos

Analizar las paradas cardiorrespiratorias (PCR) intrahospitalarias reales y la causa de éstas frente a los avisos recibidos como PCR. a través de las hojas de registro intrahospitalarias. Estratificar las zonas de mayor incidencia y el tiempo transcurrido desde el ingreso.

Material y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de los eventos de emergencia intrahospitalaria activados como PCR intrahospitalaria en el periodo de junio 2014 - enero 2018, analizando las hojas de registro de parada situados en los carros de parada.

Resultados

Del total de 158 eventos (correctamente cumplimentados) un 51,9% (n=82) fueron PCR reales, hallando en el resto eventos como arritmias (12,7%), insuficiencia respiratoria (10,1%) y deterioro neurológico (8,2%).

La etiología de las PCR observada en primer lugar fue de origen cardíaco (44,4%), seguida de causas respiratorias (17%), estados sépticos (13,4%), hemorragias (9,7%) y neurológicas (6,1%) entre otras.

En cuanto a la localización de éstas, destacan las áreas de hospitalización (67,7%), siendo los servicios de mayor incidencia: Medicina Interna (15,8%), Cardiología (10,1%), Traumatología (7,6%), Cirugía general (5,7%). Las PCR intrahospitalarias en urgencias representan el 25,3%.

De todos los eventos, un 34,2% fallecen in situ tras haber o no recibido medidas de soporte vital. Un 31,6% ingresa en UCI. En un 11,4% se practica limitación del esfuerzo terapéutico.

La mayoría de los eventos (58,2%), ocurren durante las primeras 72 horas de ingreso hospitalario.

Conclusiones

Dada la precocidad de los eventos (primeras 72 horas), un mejor entrenamiento en detección de signos de alarma (formación, toma de constantes, utilización de escalas y aviso precoz al equipo de emergencias) evitaría parte de las PCR y éxitus. La puesta en marcha de la UCI extendida haría posible esto, así como lo permitiría la limitación del esfuerzo terapéutico de una forma programada y de acuerdo con los facultativos responsables, de los pacientes y/o familiares antes de que se produzca el evento agudo.

2º CONGRESO NACIONAL DEL CONSEJO ESPAÑOL DE RCP

AUMENTAR LA SUPERVIVENCIA DE
LA PARADA CARDÍACA ES POSIBLE
19 y 20 de octubre de 2018
Málaga, Palacio de ferias y congresos
WWW.CERCP.ORG

AFORO LIMITADO

EXPOSICIÓN
COMERCIAL:
Sala Exposición I

ZONA DE
EXPOSICIÓN
DE PÓSTERS:
Patio central

EXPOSICIÓN
COMUNICACIONES
ORALES:
Sábado 20

Concedido el reconocimiento de interés sanitario
por parte del MSCyB

CONTACTO

Secretaría del Consejo Español de RCP
Telf. 626 745 227
Email: congreso2018@cercp.org
Horario: Lunes a Viernes de 9:30 a 13:30 h

Palacio de Ferias y Congresos de Málaga
Avenida de José Ortega y Gasset, 201

Síguenos en:



PATROCINADORES



stryker



Desfibrilador Operacional Conectado

PHILIPS



www.rodriguezlopez.com



HOSPITAL HISPANIA
MEDICINA & TECNICA

Teleflex®



LOST SIMETRY



SCHILLER
The Art of Diagnostics



Laerdal
helping save lives

ZOLL

COLABORADORES



Your safety matters



Ayuntamiento
de Málaga

renfe



Value Life

Salvador
1905

