

Organiza

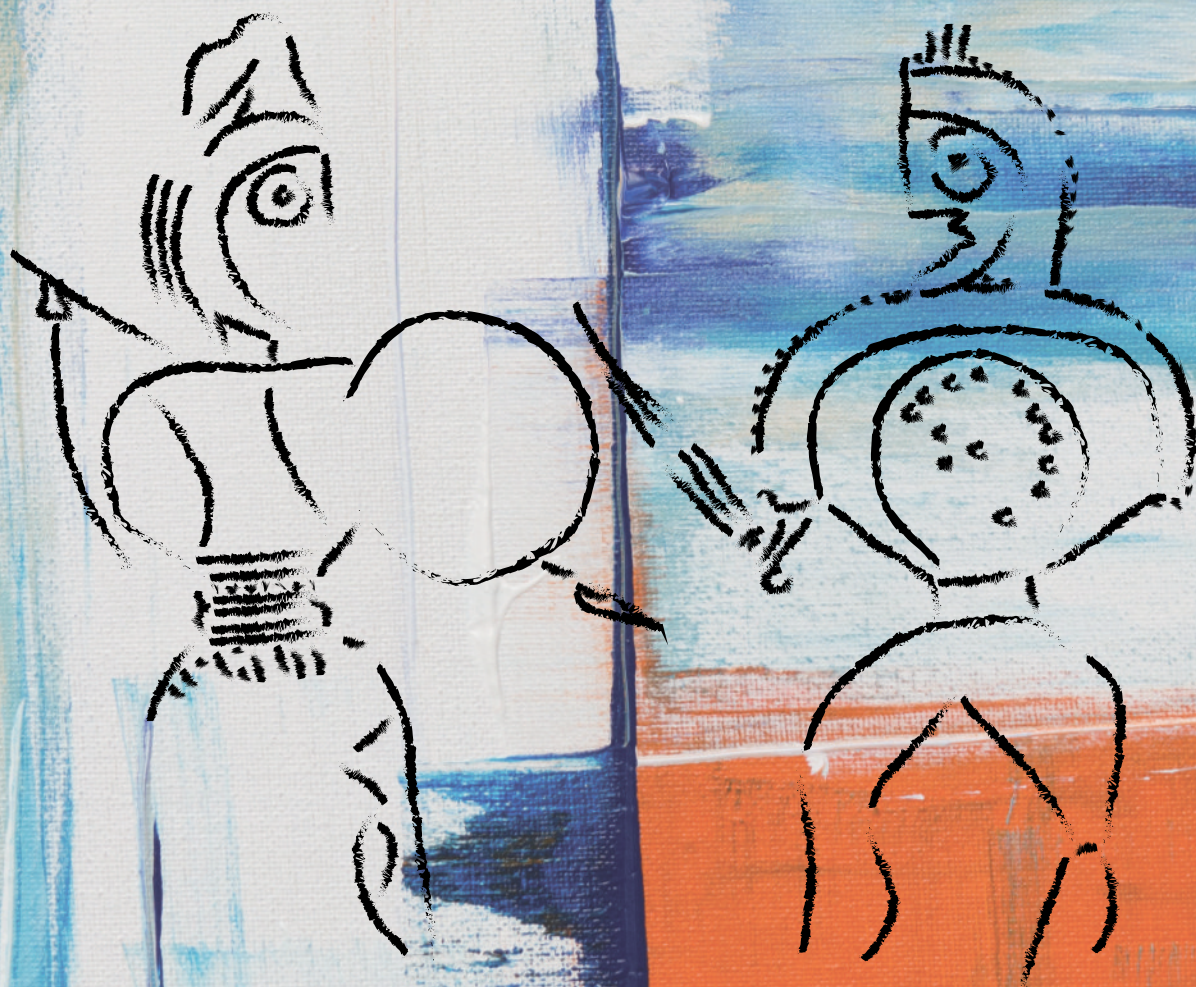


Secretaría Técnica



Instituto de Estudios de
Ciencias de la Salud
de Castilla y León

XIV Congreso Regional **SEMES** Castilla y León



**Luchando
por la
vida**

Soria
24.25 octubre
2019

Saluda del Presidente del Comité Organizador

Estimados compañeros/as y amigos/as; os damos la bienvenida al congreso de SEMESCYL del 2019 en la ciudad de Soria.

Esta vez sí, este año recogemos el relevo para organizar el XIV congreso de SEMESCYL 2019 en esta provincia, en Soria.

Han transcurrido ya 25 años desde la última vez en la que se celebró aquí. Desde entonces hemos visto muchos cambios, tanto dentro de la propia ciudad como a nivel institucional, dentro y fuera de nuestro Complejo Hospitalario. Nuestro servicio de Urgencias es un edificio nuevo inaugurado en el 2010 que cuenta con mayor espacio físico así como con un mayor número de recursos tanto a nivel material como de personal adscrito a él. Se han creado nuevas unidades de observación y rápida resolución como son Unidad de Corta Estancia, Unidad de Dolor Torácico, Código Ictus, Código Infarto, etc., que nos han permitido crecer como servicio y orientar nuestro trabajo a la docencia e investigación.

Son muchos los profesionales de Urgencias que desde nuestro último congreso (1994) han pasado por aquí y gracias a todos ellos y a su esfuerzo hoy podemos estar hablando de esta nueva edición del congreso SEMESCYL para octubre del 2019. Agradecer a nuestros compañeros de SEMES formación, junta directiva y resto de compañeros de urgencias, emergencias e instituciones por su apoyo para que este congreso pueda salir adelante y sirva de lugar de encuentro para actualizar y exponer todos aquellos temas de interés científico de nuestra sociedad y futura especialidad de Urgencias y Emergencias, hecho que confiamos no se haga de esperar.

Esperamos que la visita y el contenido de este congreso SEMESCYL en Soria del 24-25 Octubre 2019 sea de vuestro agrado y que sirva para unir lazos entre todos los profesionales que nos dedicamos a esta bonita y a veces dura especialidad; Urgencias y Emergencias.

Un abrazo.



Fdo. Enrique del Hoyo Peláez
Presidente del Comité Organizador
Jefe de Unidad de Urgencias – Complejo Asistencial de Soria

Comités

Comité de Honor

Dña. Verónica Casado Vicente
Consejera de Sanidad Junta de Castilla y León

D. Juan Jorge González Armengol
Presidente de SEMES

D. Tomás Toranzo Cepeda
Presidente de Honor SEMES

D. Carlos Martínez Mínguez
Alcalde del Ayuntamiento de Soria

D. Benito Serrano Mata
Presidente de la Diputación de Soria

Dña. Yolanda de Gregorio Pachón
Delegada Territorial de la JCyL en Soria

D. Miguel Latorre Zubiri
Subdelegado del Gobierno en Soria

D. Jesús Abia González
Gerente Emergencias Sanitarias

D. Enrique Delgado Ruiz
Gerente Asistencia Sanitaria de Soria

D. José Luis Ruiz Zapatero
Vicerrector Universidad de Valladolid

D. Saturio Ugarte Martínez
Director UNED Soria

Presidente del Congreso

D. Gonzalo Ibáñez Gallego

Comité Organizador

Presidente

D. Enrique del Hoyo Peláez

Vocales

D. José Luis Alcalde Pascual

D. Pedro Escribano Sanquirico

Dña. Purificación Borja Burguera

D. Domingo Machuca Calvo

Dña. Carmen Cuenca Ramos

Dña. Amada García Gil

Dña. Begoña García Hernández

Dña. Noelia Galán Iguacel

Dña. Inmaculada Contreras Poza

Dña. Encarnación Carramiñana López

Dña. Diana Borobio Martínez

Dña. Hortensia García Martínez

Dña. Sonia de Miguel Muñoz

Dña. Julia Getino Ferreira

Dña. Montserrat Martín Martínez

Dña. Laura María Petreñas

Dña. Susana Pérez Romera

Dña. Elena García Hernández

Dña. Rosario Ceña Pérez

D. Pedro Negredo García

Dña. María Isabel Alcázar Romera

D. Víctor Lafuente Carnicero

D. Daniel Alonso Álvarez

Comités

Junta Directiva de SEMESCYL

Presidente

D. Gonzalo Ibáñez Gallego

Vicepresidente 1º

D. Joaquín Fernández de Valderrama Benavides

Vicepresidente 2º (Vocal Médico)

D. José Ramón Casal Codesido

Vicepresidente 3º (Vocal Enfermería)

D. Oscar del Valle Cuadrado

Vicepresidente 4º (Vocal Técnicos)

D. Raúl Artíguez Terrazas

Secretario General

D. Gregorio Fernández Fernández

Tesorero

D. Ángel Bajo Bajo – Roberto Rodríguez Alonso

Secretaría Científica

Dña. Anselma Fernández Testa

Secretaría de Formación

Dña. Rosa María Ibán Ochoa

Secretaría de Emergencias

D. Ángel Gómez Prieto

Comité Científico

Presidente

Dña. Silvia Alconchel Gracia

Vocales

D. Jesús Álvarez Manzanares

Dña. Asunción Martínez Gutiérrez

Dña. Pilar Moliné Moreno

Dña. Eva Martín Gil

Dña. Clara Torres Ortega

D. Pedro Luis Ruiz Alonso

D. Pedro Escribano Sanquirico

D. Juan Javier Matesan del Río

Dña. Teodosia del Castillo Sanz

Dña. Mercedes Valer Murillo

D. Juan Antonio Palomar Sicilia

Dña. Ana Fernández Araque

Dña. Sandra Ovejero de Pablo

Dña. Tamara Niarra Martínez

D. Jesús Ángel Jodra Pérez

D. Oscar del Valle Cuadrado

Dña. Inés Casado Verdejo

Dña. Concepción Díaz Fuente

Dña. Anselma Fernández Testa

Dña. Rosa Iban Ochoa

Dña. Cristina Merino Gómez

Dña. Sonia Carnicero González

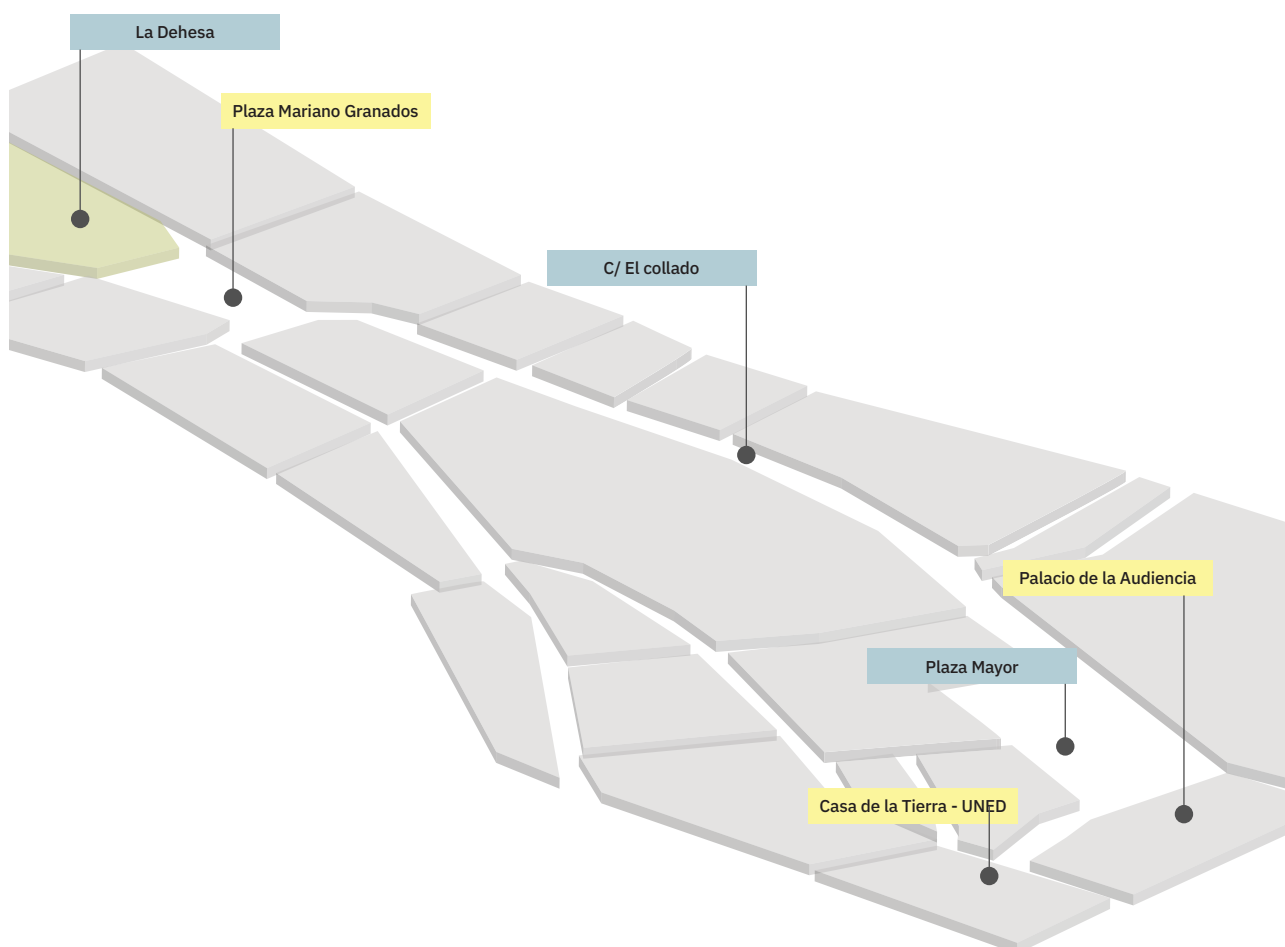
Dña. Mercedes Manso Pescador

Dña. Purificación Ramos Ramos

Dña. Elisabeth Ortiz García

Dña. Verónica González de Muñoz

Mapa Sedes



Conferencia inaugural

JUEVES 24

Lugar: Salón de actos Odón Alonso.
Palacio de la Audiencia.

20.00 horas

**Presentación del XIV Congreso Regional
SEMES Castilla y León.**

Intervención de autoridades.

CONFERENCIA INAUGURAL.

**La especialidad de medicina de urgencias y
emergencias condición indispensable para
la profesionalización de nuestros servicios.**

D. Francisco Aramburu Vilariño.

*Jefe del Servicio de Urgencias del Complejo
Hospitalario de Orense.*

Presidente de Honor SEMES Galia.

21.00 horas

Cóctel de bienvenida.

Programa Palacio de la Audiencia

JUEVES

	SALA NOBLE	SALA CONFERENCIA	SALON DE ACTOS ODON ALONSO	SALA DE USOS MÚLTIPLES
15:00h-16:00h	TALLER J1 Vía aérea difícil	TALLER J2 RCP Pediátrica		
16:00-17:00h				COMUNICACIONES ORALES (ENF/MED/TES)
17:00h-18:30h	TALLER J10 Ecografía: TVP y Ecocardio	TALLER J11 Actualización en Neumología	MESA J2*(16,45-18,30) "Investigación en Enfermería"	
18:30h-20:00h		TALLER J2 Insuficiencia cardiaca aguda	MESA J1 "Donación y Trasplantes"	

VIERNES

	SALA NOBLE	SALA CONFERENCIA	SALON DE ACTOS ODON ALONSO	SALA DE USOS MÚLTIPLES
9:00h-11:00h		MESA V5 "Protocolo Ibero"	MESA V1 "Códigos Azules" (IAM, ICTUS, SEPSIS, TRAUMA)	
10:00h-11:00h				COMUNICACIONES ORALES (ENF/MED/TES)
11:00h-11:30h				
11:30-13:30h		MESA V6 "TOXICOLOGIA"	MESA V7 "Investigación y Formación en Emergencias"	
13:30h-15:30h		COMIDA DE TRABAJO		
15:30h-17:00h	TALLER V1 Inicio Ecografía, protocolo E-FAST y Punción guiada		MESA V3 "Ámbito de actuación Militar en Urgencias y Emergencias"	
17:00h-18:30h	TALLER V2 Inserción catéter PIC	TALLER V5 Técnicas para paliar el dolor pediátrico		
18:30h-19:30h	SIMULACRO (Plaza Mariano Granados)			
19:30h-20:30h		Asamblea SEMES		

Programa Casa de la Tierra - UNED

JUEVES

	SALON DE ACTOS UNED	DESPACHO DIRECCIÓN UNED	TUTORIA 4 (2ª PLANTA)	AULA 4 (1ª PLANTA)
15:00h-16:00h		TALLER J3 SCAPE ROOM	TALLER J4 Control y manejo de Emociones	TALLER J9 Gestión psicosocial ante Incidentes Intencionados
16:00-17:00h	Comunicaciones orales en la AUDIENCIA			
17:00h-18:30h			TALLER J5 Control de Hemorragias	TALLER J7 Inmovilización en Emergencias
18:30h-20:00h	MESA J5 "Gestión psicosocial ante incidentes intencionados"	TALLER J3 SCAPE ROOM		TALLER J8 Vía Intraósea

VIERNES

	SALON DE ACTOS UNED	AULA 1	AULA 2	AULA 4
9:00h-11:00h	MESA V2 "Otro lado de la Urgencia"			
10:00h-11:00h	Visita Guiada por Románico de Soria + Comunicaciones orales en AUDIENCIA			
11:00h-11:30h				
11:30h-13:30h	MESA V4 "Enfoque multidisciplinar del manejo de las Arritmias e Urgencias"			
13:30h-15:30h	COMIDA DE TRABAJO			
15:30h-17:00h		TALLER V7 Parto Extrahospitalario	TALLER V3 Descontaminación Digestiva	
17:00h-18:30h			TALLER V8 Control de pacientes agresivos	TALLER V6 Capnografía

Programa de Mesas

JUEVES

MESA J1 DONACIÓN Y TRASPLANTES

Lugar: Salón de actos Odón Alonso.
Palacio de la Audiencia.

Hora: de 18.30 a 20.00 horas

Moderadora:

Dra. Dña. M^a José Fernández Calavia

Médico.

Jefe de UCI.

Complejo Asistencial de Soria.

Ponentes:

Dr. D. Raúl Sánchez Ariz

Médico.

Servicio UCI.

Complejo Asistencial de Soria.

Dr. D. Daniel Moreno Torres

Médico.

Servicio UCI.

Complejo Asistencial de Soria.

D. Álvaro López Molina

Abogado.

Colegio Oficial de Médicos de Soria.

MESA J2 INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Lugar: Salón de actos Odón Alonso.
Palacio de la Audiencia.

Hora: de 17.00 a 18.30 horas

Moderadora:

Dña. Clara Torres Ortega

Enfermera.

Servicio de Urgencias Hospitalarias. Complejo Asistencial de Soria.

Profesora CSAL de Urgencias. Universidad de Valladolid. Campus de Soria

Ponentes:

Dña. Ana Fernández Araque

Profesora de Enfermería de Ciencias Psicosociales.

Universidad de Valladolid. Campus de Soria

Dña. Mercedes Fernández Castro

Enfermera.

Servicio de Unidad de Apoyo a la Investigación

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Dña. Marisa Sanz Muñoz

Enfermera.

Subdirectora de Procesos.

Complejo Asistencial de Soria.

Dña. Belén Fonseca Redondo

Enfermera de Emergencias.

UME de La Bañeza (León).

Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.

MESA J5 GESTIÓN PSICOSOCIAL ANTE INCIDENTES INTENCIONADOS EN ENTORNOS TÁCTICOS

Lugar: Salón de Actos de La Uned.

Hora: de 18.30 a 20.00 horas

Moderadora:

Dña. Cristina León Fernández

Técnico de Emergencias Sanitarias.

UME de Burgos.

Programa de Mesas

VIERNES

MESA V1

CÓDIGOS AZULES (ICTUS / IAM / SEPSIS / TRAUMA)

Lugar: Salón de actos Odón Alonso.
Palacio de la Audiencia.

Hora: de 09.00 a 11.00 horas

Moderadores:

Dr. D. Roberto Rodríguez Alonso

Médico.
Servicio de Urgencias Hospitalarias.
Hospital de El Bierzo. Ponferrada (León)

Dra. Dña. Rosa Mª Ibán Ochoa

Médico.
Servicio de Urgencias.
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.
Jefe de estudios de Semes.

Ponentes:

Dra. Dña. Yolanda Bravo Anguiano

Médico Neurólogo.
Servicio de Neurología. Unidad de Ictus.
Hospital Universitario. Burgos

Dr. D. Carlos del Pozo Vegas

Médico.
Servicio de Urgencias Hospitalarias.
Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

Dr. D. Jesús Álvarez Manzanares

Médico.
Servicio de Urgencias Hospitalarias.
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Dr. D. Ervigio Corral Torres

Médico.
Jefe del Departamento de Capacitación y Calidad Asistencial.
SAMUR Protección Civil. Madrid.

MESA V2

OTRO LADO DE LA URGENCIA

Lugar: Salón de Actos de la Uned.

Hora: de 09.00 a 11.00 horas

Moderadora:

Dña. Eva Mª Martín Gil

Enfermera.
Servicio de Urgencias Hospitalarias.
Complejo Asistencial de Soria.

PONENTES:

Dña. Rocío Herrero Aguilera

Enfermera de Emergencias.
Dispositivo SUAP 44.
SUMMA 112. Madrid.

D. Antonio Pérez Alonso

Enfermero de Emergencias.
SUMMA 112. Madrid.

MESA V3

ÁMBITO DE ACTUACIÓN MILITAR EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Lugar: Salón de actos Odón Alonso.
Palacio de la Audiencia.

Hora: de 15.30 a 17.00 horas

Moderador:

D. Pedro Escribano San Quirico

Enfermero. Supervisor de Enfermería.
Servicio de Urgencias Hospitalarias.
Complejo Asistencial de Soria.

Ponentes:

Dra. Dña. Ana Betegón Sanz

Médico. Directora de Hospital.
Hospital General de la Defensa de Zaragoza.

D. Miguel Mulero Clemente

Enfermero.
Comandante en la Reserva.

D. José Julio Pacheco Jiménez

Enfermero.
Base Militar de Araca (Álava)

Dña. Alicia Moreno Moreno

Enfermera.
Adjunta a la Jefatura de Enfermería.
Hospital General de la Defensa. Zaragoza.

Programa de Mesas

VIERNES

MESA V4 ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR DEL MANEJO DE LAS ARRITMIAS EN URGENCIAS

Lugar: Salón de Actos de la Uned.

Hora: de 11.30 a 13.30 horas

Moderador:

Dr. D. Carlos Del Pozo Vegas

Médico.

Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

Ponentes:

Dr. D. Diego Martín Raimondy

Médico.

Servicio de Cardiología.

Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero (Burgos)

Dr. D. Carlos Aguilar Franco

Médico.

Servicio de Hematología y Hemoterapia.

Complejo Asistencial de Soria.

Dr. D. Eduardo Enríquez Rodríguez

Médico.

Servicio de Cardiología.

Complejo Asistencial de Soria.

MESA V5 PROTOCOLO ÍBERO

Lugar: Sala de Conferencias.

Palacio de La Audiencia.

Hora: de 09.00 a 11.00 horas

Moderador:

D. Raúl Artíguez Terrazas

Técnico en Emergencias Sanitarias.

UME de Miranda de Ebro (Burgos).

Ponentes:

D. Pedro Luis Salinas Casado

Funcionario del Ministerio del Interior.

Equipo Táctico de Respuesta y Rescate GAR.

Logroño (La Rioja).

Dr. D. Armando Munyaco Sánchez

Comandante Médico del Ejército del Aire.

MESA V6 TOXICOLOGÍA

Lugar: Sala de Conferencias.

Palacio de La Audiencia.

Hora: de 11.30 a 13.30 horas

Moderador:

Dr. D. Domingo Machuca

Médico.

Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Complejo Asistencial de Soria.

Ponentes:

Dr. D. Francisco Callado Moro

Médico. Coordinador de Urgencias.

Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

Dr. D. Ángel Bajo Bajo

Médico. Adjunto al Servicio de Urgencias.

Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Dra. Dña. Lorena Pérez González

Médico.

Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

Dr. D. Alejandro Javier López

Médico.

Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

Programa de Mesas

VIERNES

MESA V7

INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN EN EMERGENCIA

Lugar: Salón de actos Odón Alonso.
Palacio de la Audiencia.

Hora: de 11.30 a 13.30 horas

Moderador:

Dr. D. Javier Matesanz Del Río

Médico de Emergencias.

UME de Soria.

Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.

Ponentes:

Dr. D. Ervigio Corral Torres

Médico.

Jefe del Departamento de Capacitación y Calidad

Asistencial.

SAMUR Protección Civil. Madrid.

Dr. Andrés Pacheco Rodríguez

Médico de Emergencias.

Emergencias Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

(SESCAM).

Ciudad Real.

Dra. Dña. marisa serrano madrid

Médico.

Jefe de Unidad de Pediatría.

Complejo Asistencial de Soria.

Programa de Talleres

JUEVES

TALLER J1 **VÍA AÉREA DIFÍCIL**

Lugar: Sala Noble Palacio de La Audiencia

Hora: de 15.00 a 16.00 horas

Coordinadora:

Dra. Dña. Teodosia Del Castillo Sanz

Médico de Emergencias.

UME de Soria.

Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.

Ponentes:

Dr. D. Juan Javier Matesanz Del Río

Médico de Emergencias.

UME de Soria.

Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.

Dra. Dña. Hortensia García Martínez

Médico de Emergencias.

UME de Soria.

Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.

Dra. Dña. Rosario Ceña Pérez

Médico de Emergencias.

UME de Soria.

Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.

TALLER J2 **RCP PEDIÁTRICA**

Lugar: Sala de Conferencias del Palacio de La Audiencia

Hora: de 15.00 a 16.00 horas

Coordinadora:

Dra. Dña. Marisa Serrano Madrid

Médico.

Jefe de Unidad de Pediatría.

Complejo Asistencial de Soria.

Ponentes:

Dra. Dña. Ruth Romero Gil

Médico.

FEA de Pediatría y Áreas Específicas.

Complejo Asistencial de Soria.

Dr. D. Rafael Peñalver Penedo

Médico.

Unidad de Pediatría.

Complejo Asistencial de Soria.

TALLER J3 **ESCAPE ROOM SANITARIO**

Lugar: Despacho de Dirección. Uned

Hora: de 15.00 a 16.00 horas

Coordinadora:

Dña. Diana Borobio Martínez

Enfermera.

Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Complejo Asistencial de Soria.

Ponentes:

Dña. Tamara Niarra Martínez

Enfermera.

Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Complejo Asistencial de Soria.

Dña. Cristina Merino Gómez

Enfermera

Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Complejo Asistencial de Soria.

Dña. Clara Mª Torres Ortega

Enfermera.

Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Complejo Asistencial de Soria.

Dña. Eva Mª Martín Gil

Enfermera.

Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Complejo Asistencial de Soria.

TALLER J4 **CONTROL Y MANEJO DE EMOCIONES**

Lugar: Tutoría Nº4. Uned

Hora: de 15.00 a 16.00 horas

Coordinadora:

Dña. Clara Mª Torres Ortega

Enfermera.

Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Complejo Asistencial de Soria.

Ponente:

Dña. Ana Fernández Araque

Profesora de Enfermería de Ciencias Psicosociales.

Universidad de Valladolid.

Campus de Soria

Programa de Talleres

JUEVES

TALLER J5 **CONTROL DE HEMORRAGIAS**

Lugar: Tutoría Nº4. Uned

Hora: de 17.00 a 18.30 horas

Ponentes:

D. Pedro Luis Salinas Casado

Funcionario del Ministerio del Interior.
Equipo Táctico de Respuesta y Rescate GAR.
Logroño (La Rioja).

Dña. Cristina León Fernández

Técnico de Emergencias Sanitarias.
UME de Burgos.

TALLER J6 **ESCAPE ROOM SANITARIO**

Lugar: Despacho De Dirección. Uned

Hora: de 18.30 a 20.00 horas

Coordinadora:

Dña. Diana Borobio Martínez

Enfermera.
Servicio de Urgencias Hospitalarias.
Complejo Asistencial de Soria.

Ponentes:

Dña. Tamara Niarra Martínez

Enfermera.
Servicio de Urgencias Hospitalarias.
Complejo Asistencial de Soria.

Dña. Cristina Merino Gómez

Enfermera del Servicio de Urgencias.
Complejo Asistencial de Soria.

Dña. Clara Mª Torres Ortega

Enfermera.
Servicio de Urgencias Hospitalarias.
Complejo Asistencial de Soria.

Dña. Eva Mª Martín Gil

Enfermera.
Servicio de Urgencias Hospitalarias.
Complejo Asistencial de Soria.

TALLER J7 **INMOVILIZACIÓN EN EMERGENCIAS**

Lugar: Aula 4. Uned

Hora: de 17.00 a 18.30 horas

Coordinadora:

Dña. Mercedes Valer Murillo

Enfermera de Emergencias.
UME de Soria.
Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.

Ponentes:

D. Juan Antonio Palomar Sicilia

Técnico de Emergencias Sanitarias.
UME de Soria.

Dña. Sonia Carnicero González

Técnico de Emergencias Sanitarias.
UME de Soria.

TALLER J8 **VÍA INTRAÓSEA**

Lugar: Aula 4. Uned

Hora: de 18.30 a 20.00 horas

Coordinadora:

Dña. Maribel Alcázar Romera

Enfermera de Emergencias.
UME de Soria.
Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.

Ponentes:

D. Pedro Negredo García

Enfermero de Emergencias.
UME de Soria.
Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.

Dña. Sonia De Miguel Muñoz

Enfermera de Emergencias.
UME de Soria.
Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.

Programa de Talleres

JUEVES

TALLER J9 **GESTIÓN PSICOSOCIAL ANTE INCIDENTES** **INTENCIONADOS**

Lugar: Aula 4. Uned

Hora: de 15.00 a 16.00 horas

Coordinadora:
Dña. Cristina León Fernández
Técnico de Emergencias Sanitarias.
UME de Burgos.

TALLER J10 **ECOGRAFÍA: TPV Y ECOCARDIO**

Lugar: Sala Noble del Palacio de La Audiencia

Hora: de 17.00 a 18.30 horas

Coordinadora:
Dra. Dña. Elizabeth Ortiz García
Médico.
Servicio de Urgencias Hospitalarias.
Complejo Asistencial de Soria.

Ponentes:
Dr. D. Luis Lapuerta Irigoyen
Médico.
Unidad del Paciente Crónico y Pluripatológico.
Complejo Asistencial de Soria.

Dr. D. Pablo Guallar Sola
Médico de Atención Primaria.
Soria

TALLER J11 **ACTUALIZACIONES EN NEUMOLOGÍA**

Lugar: Sala de Conferencias del Palacio de La Audiencia

Hora: de 17.00 a 18.30 horas

Coordinadora:
Dra. Dña. Purificación Ramos Ramos
Médico de Urgencias.
Complejo Asistencial de Soria.

Ponente:
Dr. D. Luis Rodríguez Pascual
Médico.
Jefe del Servicio de Neumología.
Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

TALLER J12 **INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA**

Lugar: Sala de Conferencias del Palacio de La Audiencia

Hora: de 18.30 a 20.00 horas

Coordinadora:
Dra. Dña. Silvia Alconchel Gracia
Médico.
Servicio de Urgencias Hospitalarias.
Complejo Asistencial de Soria.

Ponente:
Dra. Dña. María Pilar López Díez
Médico adjunto.
Servicio de Urgencias Hospitalarias.
Hospital Universitario de Burgos.

Programa de Talleres

VIERNES

TALLER V1 **INICIO ECOGRAFÍA, PROTOCOLO E-FAST Y PUNCIÓN** **ECOGUIADA**

Lugar: Sala Noble Palacio De La Audiencia

Hora: de 15.30 a 17.00 horas

Coordinadora:

Dra. Dña. Purificación Ramos Ramos
Médico de Urgencias.
Complejo Asistencial de Soria.

PONENTE:

Dr. D. José Vicente Esteban Velasco
Médico.
Servicio de Urgencias Hospitalarias.
Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

TALLER V2 **INSERCIÓN DE CATÉTER PICC EN URGENCIAS**

Lugar: Sala Noble del Palacio de La Audiencia

Hora: de 17.00 a 18.30 horas

Coordinadora:

Dña. Cristina Merino Gómez
Enfermera
Servicio de Urgencias Hospitalarias.
Complejo Asistencial de Soria.

Ponentes:

Dña. Begoña García Martínez
Enfermera.

Servicio de Urgencias Hospitalarias.
Complejo Asistencial de Soria.

Dr. D. Pedro Escribano San Quirico
Enfermero. Supervisor de Enfermería.
Servicio de Urgencias Hospitalarias.
Complejo Asistencial de Soria.

TALLER V3 **DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA**

Lugar: Aula 2. Uned

Hora: de 15.30 a 17.00 horas

Coordinadora:

Dña. Sandra Ovejero De Pablo
Enfermera de Emergencias.
UME de Miranda de Ebro (Burgos)
Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.

Ponentes:

Dña. María Sánchez Cuadrado
Enfermera.
Servicio de Urgencias Hospitalarias.
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Dña. María Laura Rodríguez Marcos

Enfermera.
Servicio de Urgencias Hospitalarias.
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

TALLER V4 **CONCURSO RCP**

Lugar: Palacio De La Audiencia

Hora: de 15.30 a 17.00 horas

Coordinador:

Dr. D. Daniel Alonso Álvarez
Médico. Medicina Familiar y Comunitaria. Soria

TALLER V5 **TÉCNICAS PARA PALIAR EL DOLOR PEDIÁTRICO** **EN URGENCIAS**

Lugar: Sala de Conferencias del Palacio de La Audiencia

Hora: de 17.00 a 18.30 horas

Coordinadora:

Dra. Dña. Ana Peña Busto
Médico
Unidad de Pediatría.
Complejo Asistencial de Soria

Ponente:

Dra. Dña. Lidia Cardiel Valiente
Médico. FEA Pediatría.
Unidad de Pediatría.
Complejo Asistencial de Soria

Programa de Talleres

VIERNES

TALLER V6 **CAPNOGRAFÍA**

Lugar: Aula 4. Uned

Hora: de 17.00 a 18.30 horas

Coordinadora:

Dña. Mercedes Valer Murillo

Enfermera de Emergencias.

UME de Soria.

Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.

Ponente:

D. Antonio Pérez Alonso

Enfermero de Emergencias.

SUMMA 112

TALLER V7 **PARTO EXTRAHOSPITALARIO**

Lugar: Aula 1. Uned

Hora: de 15.30 a 17.00 horas

Coordinadora:

Dña. Tamara Niarra Martínez

Enfermera.

Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Complejo Asistencial de Soria.

Ponente:

Dña. Rosa M^a Cárdena García

Enfermera de Emergencias.

UME de Segovia.

Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.

TALLER V8 **CONTROL DE PACIENTES AGRESIVOS**

Lugar: Aula 2. Uned

Hora: de 17.00 a 18.30 horas

Ponentes:

D. Raúl Artíguez Terrazas

UME DE Miranda de Ebro (Burgos)

Colaboradores



Secretaría técnica



Instituto de Estudios de
Ciencias de la Salud
de Castilla y León

Secretaría técnica

Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud
de Castilla y León.

Parque de Santa Clara s/n. 42002 Soria.

975 232 677

semescyl2019@icscyl.com

Libro de actas

XIV
Congreso Regional
SEMES
Castilla y León

Soria
24.25 octubre
2019

Posters



Poster 001

CONOCIMIENTOS DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE LAS RAZONES DEL ORDEN DE ESPERA EN LA SALA DE URGENCIAS

Autores:

Fátima García Gonzalez, Mari Cruz Gomez Rodriguez, Sara Peñas Mata, Raquel Serrano López, Carmen Gamarra Arevalillo.

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

- 1-** Identificar los conocimientos de los pacientes en la sala de espera de urgencias respecto al orden de atención, mediante búsqueda bibliográfica.
- 2-** Diseñar un póster divulgativo dirigido a pacientes y familiares para que conozcan a que responden los tiempos de espera.

Métodos:

Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos publicados en inglés y castellano en los últimos diez años, en las bases de datos disponibles en google académico, cuiden y biblioteca virtual del Sacyl (Pubmed, Fistera, Cinahl, Cochrane) que respondieran al objetivo de éste trabajo. Las palabras clave utilizadas fueron: tiempo de espera, triage y urgencias, utilizando el siguiente operador booleano : AND.

Se excluyeron todos los artículos en los que no figuraba el servicio de urgencias.

Resultados:

- 1-** Se encontraron 31 artículos en los que figuraban las palabras clave. La bibliografía evidencia un desconocimiento de los pacientes y acompañantes en la sala de espera de urgencias sobre el tiempo de espera para ser atendidos en urgencias.
- 2-** A la vista de estos hallazgos se ha diseñado un póster dirigido a pacientes y familiares que explique que el orden de llegada no se corresponde con el orden de atención.

Conclusiones:

Los pacientes y familiares de la sala de espera de urgencias desconocen la metodología que se sigue para el orden de atención. Un paciente bien informado se responsabiliza de su estado de salud y colabora mejor con los profesionales sanitarios. Un póster explicativo en la sala de espera podría facilitar la comprensión en el orden de atención, a la espera de evaluar su efectividad en futuros estudios.

Poster 004

DISEÑO DE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA INTOXICACIÓN ETÍLICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:

Sara Peñas Mata, Carmen Gamarra Arevalillo, Fátima García González, Mónica Álvaro García, Raquel Serrano López, María Cruz Gómez Rodríguez

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

Actuar en el manejo de la intoxicación etílica. Unificar criterios en el protocolo de actuación.

Métodos:

- Búsqueda bibliográfica en bases de datos: Pubmed, Cinhal y Cuiden, disponibles en la biblioteca virtual de Sacyl. Las palabras de búsqueda utilizadas fueron "protocolo", "actuación", "intoxicación", "etílica" y "urgencias".
- Revisión de protocolos de otros centros: Fundación Hospital Alcorcón (Madrid).
- Reunión de expertos: Se creó un grupo de trabajo formado por los autores de este estudio para analizar la documentación obtenida tras la búsqueda. Se consensuó además con la Enfermera de la Unidad de Apoyo a la Investigación y Sistemas de Información de Cuidados de Enfermería del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Mercedes Fernández Castro.

Resultados:

Se ha elaborado el protocolo titulado 'MANEJO DEL PACIENTE CON INTOXICACIÓN ETÍLICA EN URGENCIAS'. En la actualidad se está realizando un pilotaje en el servicio de urgencias, que durará de julio a septiembre de 2019 con el fin de detectar posibles modificaciones.

Conclusiones:

El protocolo realizado permite unificar los criterios de actuación ante una intoxicación alcohólica minimizando los posibles riesgos que ello conlleva tanto para el paciente como para el personal sanitario.

Poster 005

MANEJO DE ANTISÉPTICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:

Raquel Serrano López, Fátima García González, María Cruz Gómez Rodríguez, Sara Peñas Mata, Carmen Gamarra Arevalillo, Mónica Álvaro García

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

Objetivo general: Valorar el uso de los distintos antisépticos por parte del personal de enfermería en el servicio de urgencias de un hospital público.

Objetivos específicos

- Determinar si existe variabilidad en el uso de antisépticos por parte de las enfermeras del servicio de urgencias.
- Analizar la necesidad de formación a las enfermeras del servicio de urgencias en el uso de antisépticos para unificar criterios.

Métodos:

Estudio descriptivo transversal mediante encuesta anónima y voluntaria, elaborada por el equipo investigador durante el mes de agosto del 2019. La población de estudio es el personal de enfermería del Servicio de Urgencias del HCUV que trabajaba en ese periodo de tiempo. El equipo investigador ha diseñado una encuesta de 7 preguntas con 6 ítems de respuesta exclusivamente sobre antisépticos disponibles y utilizados en las diferentes técnicas de enfermería. La muestra estuvo constituida por 56 enfermeros/as.

Resultados:

Han participado 56 enfermeros/as, 2 encuestas han sido anuladas por respuesta múltiple.

En general, el antiséptico más utilizado es la clorhexidina alcohólica al 2%.

Se han detectado resultados similares en el uso de clorhexidina alcohólica al 2% y povidona yodada en los siguientes procedimientos: punción arterial y punción de reservorio.

El alcohol 70° es el antiséptico menos utilizado excepto en la canalización de vías venosas.

Conclusiones:

Existe una amplia variabilidad en la elección del antiséptico adecuado para cada procedimiento.

Sería necesario unificar criterios en el uso de antisépticos diseñando un póster divulgativo que sirva como formación a las enfermeras del servicio de urgencias.

Poster 006

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO TRAS TERAPIA ANTICONCEPTIVA ORAL

Autores:

María del Mar Sanz Pardo, José Antonio Hernández Terrazas

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

Descripción de un caso real de tromboembolismo pulmonar (TEP) tras terapia anticonceptiva oral combinada (AOC) en mujer joven con otros factores de riesgo asociados. Realizar un diagnóstico diferencial entre TEP, insuficiencia cardiaca congestiva o infarto agudo de miocardio.

Métodos:

Análisis de un caso clínico (Estudio Descriptivo).

Resultados:

Mujer de 32 años sin hábitos tóxicos, diagnosticada de Esclerosis Múltiple (EM) hace 2 años con limitaciones para la movilidad. Acude a consulta por hipermenorrea, para lo que se instaura tratamiento con AOC (Noretisterona). Tras un mes de terapia, debuta con disnea brusca, acompañada de dolor costal intenso que se acentúa con los movimientos respiratorios. A la exploración: taquipnea en reposo, uso de musculatura accesorio. Hipoventilación global, taquicardia y Saturación de Oxígeno: 88%. Abdomen blando y depresible. Pruebas complementarias: ECG: taquicardia sinusal 120 pulsaciones por minuto; Analítica: Dímero D elevado; Angio-TAC: evidencia de TEP masivo bilateral. Juicio Clínico: TEP masivo bilateral. Plan terapéutico: Fibrinólisis, suspensión de AOC y movilización precoz.

Conclusiones:

Debido a los antecedentes clínicos de la paciente confluyen dos factores de riesgo como posibles desencadenantes del TEP: el tratamiento con AOC y la reducida movilidad debida a su EM. Estudios epidemiológicos han evidenciado que el tratamiento con AOC supone un aumento de la incidencia de episodios tromboembólicos, que añadido a otros factores como es el caso, aumenta el riesgo. Por ello es importante valorar el riesgo/beneficio y valorar otras opciones.

Poster 007

Y PARECÍA UNA SIMPLE CEFALEA....

Autores:

María del Mar Sanz Pardo, José Antonio Hernández Terrazas

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

Descripción de un caso real de Trombosis Venosa Cerebral izquierda (TVCI) tras terapia anticonceptiva oral combinada (AOC) . Realizar un diagnóstico diferencial entre hemorragia subaracnoidea, ictus cerebral, lesión de ocupación de espacio (LOE) intracraneal y TVCI.

Métodos:

Análisis de un caso clínico (Estudio Descriptivo).

Resultados:

Mujer de 35 años sin hábitos tóxicos, intervenida de mioma uterino. En tratamiento con AOC (Dienogest 2 mg/Etinilestradiol 0.03mg) desde hace un mes. Acude a consulta de atención primaria por cefalea frontal de 48 horas de evolución, no acompañada de otra sintomatología , que se trata con analgésicos habituales. A las 24 horas , acude al servicio de Urgencias hospitalarias tras no ceder el dolor y acompañarse de malestar general, diarrea y vómitos en escopetazo. Exploración: Afebril, palidez cutánea,poco colaboradora, somnolencia , orientada pero con alguna respuesta incoherente y bradipsiquia. Pares craneales conservados, pupulas isocóricas y normorreactivas, sin rigidez nuchal, marcha normal. Resto de exploración normal. Pruebas complementarias: Analítica: Dimero D elevado y PCR elevada. TAC Craneal: Infarto isquémico con transformación hemorrágica de origen trombótico. Plan terapéutico: Ingreso en UCI para tratamiento conservador, presentando buena respuesta y evolución favorable.

Conclusiones:

La terapia con AOC incrementa el riesgo de padecer trombosis venosa. La severidad del episodio es dosis-dependiente, por ello se recomienda comenzar estos tratamientos con la menor dosis posible. La resistencia a la proteína C activada, basada en la generación de trombina y niveles de globulina transportadora de hormonas sexuales, predicen el riesgo trombótico de un AOC. En este caso, destaca la inmediatez de la aparición de esta complicación en ausencia de otros factores de riesgo.

Poster 009

QUÉ HACER CON EL ANEURISMA CEREBRAL NO ROTO Y LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Autores:

María García Fugarolas, Hugo Rojo Seguí, Marta Gañán Catalina, Inés Domínguez Rivas, Cristina Ruiz Núñez, M^a Elvira Paredes Berzosa

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

- 1- Identificar los factores de riesgo para sufrir HSA y aneurisma intracraneal.
- 2- Enumerar las medidas de actuación y el tratamiento ante una HSA.

Métodos:

Revisión bibliográfica narrativa. La búsqueda se realizó entre junio y septiembre de 2019 en los motores de búsqueda de Google Académico y PubMed, como bases de datos se utilizaron ELSEVIER, MEDLINE y SciELO. Las palabras clave empleadas son: aneurisma intracraneal, epidemiología, hemorragia subaracnoidea, urgencia ictus, prevención aneurisma, tratamiento aneurisma cerebral no roto.

Resultados:

El 20% de los ICTUS son hemorrágicos, la etiología más común es la rotura de un aneurisma intracraneal que desencadena una HSA en el 85% de los casos. Los aneurismas no rotos son asintomáticos, el 2% de la población es portadora. Su diagnóstico es de forma casual o cuando se rompen, apareciendo un dolor de cabeza repentino e intenso en el 97% de los casos. La morbilidad es elevada. Existen diferentes factores de riesgo tanto modificables (alcohol, tabaco, cafeína, HTA, etc.) como no modificables (ser mujer, >55 años y antecedentes personales). Ante sospecha de HSA se debe trasladar a un centro especializado rápidamente, activar el código ICTUS y realizar una valoración neurológica con escalas para evaluar la gravedad, como la WFNS, Hunt y Hess, Glasgow y grado de Fisher. Hacer controles periódicos de las constantes vitales, el estudio de laboratorio y radiológico que incluirá TC sin contraste, RM y angiografía. Se diferencian dos tratamientos, cuando sea posible se escogerá primero la técnica endovascular frente al clipaje, por menor riesgo de resangrado y epilepsia, y mejores resultados a largo plazo. Asimismo, los diagnósticos de enfermería más comunes son: el riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz, la ansiedad y como problema colaborador, el dolor agudo.

Conclusiones:

- Los aneurismas intracraneales son asintomáticos en su mayoría, dificultando su diagnóstico precoz, siendo más común su hallazgo al romperse, produciendo la complicación más grave y frecuente, la HSA.
- Ante sospecha de HSA se activará el código ICTUS, monitorizando las constantes para prevenir complicaciones y mejorar la supervivencia.
- Se elaborará el plan de cuidados de enfermería enfocado en fomentar la autonomía del individuo.

Poster 010

ACTUACIÓN INTRAHOSPITALARIA ANTE LA INTOXICACIÓN AGUDA

Autores:

Inés Domínguez Rivas, Cristina Ruiz Núñez, M^a Elvira Paredes Berzosa, Hugo Rojo Seguí, María García Fugarolas, Marta Gañán Catalina

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

Enumerar por orden de atención la actuación general de enfermería ante el paciente intoxicado agudo independientemente del tipo de intoxicación.

Metodología:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos MedLine, Cuiden, SciELO y Dialnet, mediante las palabras clave "intoxicación aguda", "enfermería", "actuación", "protocolo" y "adultos". Se aceptaron sólo aquellas publicaciones científicas posteriores al 2009, que estuvieran relacionados con el tema y que estuvieran relacionados con seres humanos adultos.

Resultados:

La actuación se divide en 5 fases:

- 1-** Recepción del paciente y triaje.
- 2-** Estabilización del paciente, que se subdivide en protocolo ABCDE y soporte vital.
- 3-** Diagnóstico y técnicas de diagnóstico (anamnesis, exploración física, toma de constantes, valoración neurológica, ECG, muestras para laboratorio).
- 4-** Tratamiento de descontaminación dependiendo de la zona afectada (ocular, cutánea, digestiva, respiratoria...) y de aumento de la eliminación del tóxico a nivel renal y extrarrenal y administración de la medicación.
- 5-** Cuidados postcríticos del paciente (vigilancia y control, contención, apoyo, educación para la salud...).

Conclusiones:

Las intoxicaciones agudas son un problema sanitario mundial. Tan solo en España suponen el 1-2% de las atenciones en el Servicio de Urgencias. Una rápida actuación aumentará la supervivencia del paciente.

Es una revisión bibliográfica narrativa sobre los pasos a seguir para atender en el hospital a un paciente con intoxicación aguda. Son los pasos generales, que dependiendo del tipo de intoxicación y gravedad se podrán adaptar a la singularidad de cada situación.

Poster 011

TRIAJE DE ENFERMERÍA

Autores:

Raquel García Lorenzo, Laura Ruiz Aguado, Roberto Ruiz Aguado, Silvia Herrero Güemez, Jose Luis Sahagún Palencia, Miriam Casado Segovia

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Analizar la utilidad del triaje en el paciente adulto en urgencias hospitalarias. Identificar las funciones desarrolladas por la enfermera en el triaje de un servicio de urgencias hospitalarias.

Método:

Revisión bibliográfica de artículos publicados en inglés y en español de los últimos diez años sobre la efectividad del triaje de enfermería. Los descriptores utilizados fueron DsSC triaje, enfermería y los MeSH triage and nurse.

Resultados:

Los artículos analizados coinciden en que el personal más apropiado para realizar el triaje es la enfermera. Algunos estudios sugieren que el triaje de enfermería con apoyo del médico es más eficiente. Hay estudios que hablan de la mejora de los tiempos de espera de los pacientes cuando el triaje es realizado por enfermeras. Todos los autores coinciden en la necesidad de establecer una formación específica que aumente los conocimientos en el manejo de los sistemas informáticos y en el triaje del paciente.

Conclusiones:

La enfermera tiene un papel fundamental en el triaje ya que es el primer profesional sanitario que valora al paciente a su llegada al servicio de urgencias. El triaje enfermero en el paciente adulto en los servicios de urgencias hospitalarias es seguro y eficiente, aunque es necesaria una formación específica.

Las funciones realizadas por las enfermeras en el triaje serán: Toma de constantes. Otorgar una prioridad al paciente en función del problema. Informar al paciente del tiempo de espera y el lugar donde debe de hacerlo.

Poster 013

LA CAPNOGRAFÍA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Autores:

María Jesús Martínez Maldonado, Jose Luis Sahagún Palencia, Miriam Casado Segovia, Roberto Ruiz Aguado, Silvia Herrero Güemez, Laura Ruiz Aguado

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Describir la importancia de la capnografía en los servicios de urgencias.

Método:

Revisión bibliográfica llevada a cabo en las bases de datos Scielo, ScienceDirect y Cuiden. Las palabras clave empleadas han sido “capnografía”, “urgencias”, “capnography” “carbón dioxide” y “emergency”. El operador booleano empleado ha sido “AND”

Resultados:

La mejor evidencia de que un tubo endotraqueal está bien colocado es mediante la capnografía. En pacientes intubados, puede emplearse para estimar la perfusión del paciente de forma continua durante la RCP, ya que ventilación y metabolismo permanecen constantes. Nos permite controlar estrechamente la ventilación mecánica, algo que es de vital importancia en pacientes sensibles a las oscilaciones de CO₂, como por ejemplo en neonatos. En pacientes no intubados, aporta información en tiempo real acerca de los cambios ventilatorios producidos durante la asistencia.

Conclusiones:

La evidencia científica disponible parece avalar el empleo de la capnografía como un biomarcador complementario, junto con la pulsioximetría, en la monitorización de pacientes críticos y en la detección de aquellos que presenten una enfermedad grave.

Poster 014

NO TODO ES LO QUE PARECE

Autores:

Juan Manuel Santos Escudero, María Anunciación Lamuedra Gil de Gómez, Marina Montoro Gómez, Sonia María Gayol Huerga, Francisco Romero Barrio, Jacinto Rodríguez Albo

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

La incidencia de ictus isquémicos está en aumento en los últimos años y con ello la morbimortalidad asociada a esta patología. Con este caso pretendemos llamar la atención en la realización de una completa historia clínica y exploración durante toda la atención del paciente.

Método:

Varón de 87 años, independiente ABVD, con HTA en tratamiento con Olmesartan, acude por caída fortuita, refiriendo dolor a nivel de hombro derecho. Desde triaje se pasa al área de traumatología de urgencias. Durante su estancia comienza con disartria fluctuante, leve nistagmo siendo el resto de la exploración neurológica normal. El paciente había sido valorado por Neurología en consulta 10 días antes, por episodios similares previos con TAC craneal sin alteraciones. Resto de exploración física:

Consciente, orientado, normocoloreado, colaborador, buen estado general.TA:135/78

Temperatura: 36.5o Saturación oxígeno basal:96%. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: normal.

Extremidades inferiores: normales Pruebas complementarias: Hemograma y bioquímica normales. Radiografía de tórax: cardiomegalia sin pinzamiento costofrénico ni nódulos o condensaciones. ECG: sin alteraciones TAC: hipodensidad occipital derecha, de aspecto isquémico, subagudo Después de la realización del TAC sufre un mareo y disminución del nivel de conciencia con posterior parada cardíaca. Se realizan maniobras de reanimación con recuperación de la parada y se intuba al paciente. En este momento presenta pupilas medias arreactivas con Babinski bilateral extensor y tetraparesia flácida. Se realiza un AngioTC de troncos supraaórticos y polígono de Willis: oclusión completa de arteria basilar y de la arteria vertebral a nivel de C2.

Resultados:

Se comenta con Radiología Vascular para la realización de una Trombectomía mecánica. No se puede extraer el trombo dejando un estenosis crítica en la vertebral distal. Se realiza angioplastia y se deja un stent autoexpandible. El resultado muestra permeabilidad del stent y del tronco basilar, aunque persiste estenosis residual importante. Posteriormente el paciente fallece tras mantener una depresión del nivel de conciencia e insuficiencia respiratoria.

Conclusiones:

El ictus es la segunda causa de muerte en España y la primera causa de discapacidad en el adulto. Es importante una sospecha diagnóstico precoz para mejorar el pronóstico del paciente.

Poster 015

IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES EN URGENCIAS

Autores:

Julia González Moreno, Noelia Berlanga Casado, Diana García Andrés, Ana Gonzalez Moreno

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

Evaluar la idoneidad de la identificación segura de pacientes mediante la pulsera identificativa. Implicar a los acompañantes y/o familiares del paciente en el proceso de reconocimiento. Reducir el número de errores por la mala identificación del usuario. Concienciación y comprobación de la pulsera por parte de los trabajadores del hospital durante la asistencia del paciente.

Métodos:

Revisión bibliográfica en bases de datos de salud Scielo y Pubmed con descriptores: pulsera identificativa de pacientes y seguridad.

Formación al personal sanitario mediante charlas y carteles informativos distribuidos por las diferentes áreas del servicio de urgencias. Valoración de las dificultades del manejo de los dispositivos identificativos.

Resultados:

Se ha demostrado que la pulsera no es efectiva en situaciones especiales como por ejemplo: barreras de comunicación lingüística en personas extranjeras, alteraciones neurológicas, déficit sensoriales o la imposibilidad de colocarla en las extremidades debido a la ocupación de zonas por accesos venosos, arteriales o politraumatismos.

Conclusiones:

La correcta verificación del usuario es imprescindible para realizar cualquier procedimiento asistencial, fomentando la seguridad clínica del paciente. Todo el personal debe participar en la identificación activa del cliente y en caso de la inexistencia de la pulsera comunicarlo al personal responsable. Ante las dificultades detectadas y en casos muy excepcionales, debidamente justificados y registrados en la hoja de valoración de enfermería, aquellos que no puedan portar la pulsera en ninguno de sus miembros o su patología lo impidan, se procederá a identificar sus datos en la cama o en el monitor y reevaluar su identificación cuando se traslade de ubicación. Como propuesta de mejora existen métodos más avanzados para comprobar la identificación del paciente como la huella dactilar, identificación del iris y reconocimiento facial o por voz.

Poster 017

TRATAMIENTO DE LA HIPOGLUCEMIA EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

Autores:

Adrián Corral Urgel, Elena Gimeno Ferragut, Laura Toledo Luque, Cristina Mesquida Sanchez, Sergio Lopez Ruiz

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivo:

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es definir la vía de elección para el tratamiento de hipoglucemias en el ámbito extrahospitalario.

Métodos:

El método utilizado para realizar esta revisión ha sido una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, Cochrane y Pubmed de las cuales se seleccionaron cinco artículos, dos cuya base de información es primaria y tres secundaria mediante las palabras clave hipoglucemia, urgencias, diabetes y glucosa.

Resultados:

Se ha observado que el tratamiento ideal difiere enormemente dependiendo del grado de hipoglucemia, así, en hipoglucemias leves o moderadas, diversos estudios revelaron que aquellos pacientes que recibieron glucosa sublingual presentaron un mayor ascenso de la glucemia después de 20 minutos de la administración que en aquellos cuya administración fue vía oral. Además no se evidenció ninguna ventaja en el uso de gel de dextrosa frente a la utilización de glucosa.

Por otro lado, en hipoglucemias graves, el tratamiento de elección sería administrar 50 mg de glucosa parenteral si el paciente es portador de vía periférica o se puede canalizar dicha vía, en pacientes donde no se haya conseguido canalizar una vía periférica, no se ha determinado ventajas entre las diferentes vías de absorción, por lo que tenemos varias opciones o bien se administrarán 50 mg de glucosa vía rectal o 1mg de glucagón vía intramuscular o subcutánea.

Conclusiones:

En conclusión, a la hora de elegir el tratamiento frente a hipoglucemias es importante para el personal médico y enfermero determinar tanto el grado de la hipoglucemia como si tenemos acceso o no a vía periférica. Cabe destacar que en ámbito extrahospitalario, en el caso de hipoglucemias leves o moderadas, el tratamiento de elección será la vía sublingual, mientras que en hipoglucemias graves optaremos por la vía parenteral siempre que sea posible. En el caso de no tener acceso a esta, podemos optar por la vía rectal, intramuscular o subcutánea ya que no se ha encontrado evidencia de cuál de dichas vías presenta mayor ascenso de la glucemia.

Poster 018

TRATAMIENTO FRENTE A VARICES ESOFÁGICAS HEMORRÁGICAS EN PACIENTES CON CIRROSIS. ESCLEROTERAPIA VERSUS FÁRMACOS VASOACTIVOS

Autores:

Adrián Corral Urgel, Elena Gimeno Ferragut, Laura Toledo Luque, Cristina Mesquida Sanchez, Sergio Lopez Ruiz

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivo:

El objetivo de esta revisión bibliográfica es comparar el tratamiento con escleroterapia frente al tratamiento con fármacos vasoactivos en pacientes con cirrosis que presenten varices esofágicas hemorrágicas.

Métodos:

El método utilizado para llevar a cabo la revisión ha sido la búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Cochrane, Pubmed y Cinahl mediante las palabras clave varices esofágicas, cirrosis, hemorragia y vasoactivos de las cuales se seleccionaron 7 artículos, 2 de fuentes secundarias y 5 de fuentes primarias.

Resultados:

Se revisaron diversos artículos que comparaban el uso de la escleroterapia con fármacos vasoactivos, uno frente a la vasopresina, 3 frente a la octreotida, 2 frente a la somatostatina y uno frente a la terlipresina. Tras lo que se observó que la escleroterapia no presentaba ventajas evidentes para la detención de la hemorragia frente a los fármacos descritos.

Conclusiones:

En conclusión, las varices esofágicas hemorrágicas, en aquellos pacientes que además presentan cirrosis, representan un gran riesgo de muerte. El control rápido y eficaz del sangrado es primordial para reducir la tasa de mortalidad. Por ello, es importante describir el tratamiento de elección para que tanto el personal médico como de enfermería pueda tratar dicha hemorragia de manera rápida y eficaz.

Una vez realizada la revisión bibliográfica debemos tener en cuenta que no se han detectado diferencias significativas entre los diferentes fármacos vasoactivos estudiados, además no hemos obtenido datos suficientes para apoyar el uso de la escleroterapia como tratamiento de elección para las varices esofágicas hemorrágicas, ya que presentan más efectos adversos y que la tasa de control de hemorragia ha sido muy similar en los pacientes tratados con los fármacos vasoactivos, debido a lo anterior consideramos importante el rechazar el uso de la escleroterapia como tratamiento único frente al uso de fármacos vasoactivos o el tratamiento combinado.

Poster 019

HEMOSTASIA COMO TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA INTRACRANEAL AGUDA

Autores:

Elena Gimeno Ferragut, Adrián Corral Urgel, Laura Toledo Luque, Cristina Mesquida Sanchez, Sergio Lopez Ruiz

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

El objetivo principal de esta búsqueda bibliográfica es determinar los efectos beneficiosos o perjudiciales que nos ofrece el tratamiento con fármacos hemostáticos en pacientes que padezcan una hemorragia intracraneal aguda.

Métodos:

El método utilizado para llevar a cabo esta revisión bibliográfica ha sido realizar una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Cochrane y Pubmed de las cuales seleccionamos siete artículos con los que realizar nuestro trabajo.

Resultados:

Por un lado, se ha observado que en aquellos pacientes que presentaron una hemorragia intracraneal aguda y además, recibieron transfusión plaquetaria tras el tratamiento con antiplaquetarios, en comparación con aquellos pacientes en tratamiento con antiplaquetarios pero que recibieron un tratamiento tradicional, aumentó de manera significativa la tasa de mortalidad, concretamente en un 15 %. Por otro lado, no se encontró evidencia significativa de que hubiera diferencias notables en aquellos pacientes que fueron tratados con fármacos hemostáticos de aquellos que recibieron placebos tras la hemorragia intracraneal.

Conclusiones:

En conclusión, dado que un tercio de las hemorragias cerebrovasculares aumentan de manera significativa en las primeras 24 horas, podríamos pensar que el tratamiento con hemostáticos podrían limitar el alcance de la lesión. Pese a ello, podemos afirmar que la utilización de transfusiones plaquetarias es altamente perjudicial en comparación con el tratamiento tradicional en pacientes con hemorragias intracraneales agudas, ya que dicho tratamiento aumenta significativamente la tasa de mortalidad, por lo que se desaconseja su uso. Además, no se ha podido determinar que el tratamiento con fármacos hemostáticos en comparación con el tratamiento con placebos mejore ni empeore la evolución de los pacientes con hemorragia intracraneal aguda, por lo que se recomienda realizar más ensayos clínicos que permitan un aumento de la evidencia.

Poster 025

DIABETES E INFECCIONES, UNA ASOCIACIÓN PELIGROSA

Autores:

Laura Villota Ferreiro, Rebeca Cuadra San Miguel, José Ramón Casal Codesido, Santiago Toranzo Nieto, Mónica Raquel Sánchez Jaén, Roberto Rodríguez Alonso

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Determinar, de entre todos los pacientes diabéticos que consultan con el Servicio de Urgencias del Hospital El Bierzo durante el mes de Junio de 2019, cuantos presentan como motivo de consulta algún tipo de infección.

Método:

Estudio observacional, transversal, analítico y retrospectivo en el que se incluyen todos los pacientes diabéticos, sea cual sea el tipo de diabetes, que consultan con clínica infecciosa, del 1 al 30 de Junio de 2019, en el Servicio de Urgencias del Hospital El Bierzo.

Resultados:

Durante el periodo de estudio en nuestro hospital se atendieron 5027 pacientes, de los cuales 526 tenían antecedente de diabetes mellitus (DM). Tan solo 98 de estos pacientes diabéticos (18,63%) consultaron por una infección, siendo los tipos más frecuentes la respiratoria y la urinaria. Si hacemos un análisis detallado del tipo de infección de nuestros pacientes con antecedente de DM vemos que 44,90 % corresponde a infección respiratoria, 31,63% a urinaria, 16,33% a infección de tejidos blandos y, con un 4,08 y 3,06 % se sitúan respectivamente las infecciones odontológicas y genitales.

Conclusiones:

A pesar de que ha demostrado científicamente que la diabetes supone un riesgo aumentado de infecciones recurrentes o graves, en nuestro estudio el porcentaje de pacientes que consultaron por clínica infecciosa ha sido significativamente menor al existente en otros estudios científicos donde hasta el 26% de los pacientes diabéticos que consultan en el Servicio de Urgencias Hospitalario lo hacen por patología infecciosa. El hecho de que este estudio se haya realizado en época estival deja la puerta abierta a futuras investigaciones que corroboren si esta baja prevalencia de infecciones en pacientes diabéticos se mantiene durante la época invernal.

Poster 026

INTOXICACIONES ATÍPICAS

Autores:

Laura Villota Ferreiro, Rebeca Cuadra San Miguel, Mónica Raquel Sánchez Jaén, Santiago Toranzo Nieto, Francisco Javier García García, José Ramón Casal Codesido

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Revisar el manejo y tratamiento de la intoxicación aguda por estramonio.

Método:

A propósito de un caso clínico de intoxicación por estramonio se plantea la necesidad de realizar una revisión bibliográfica encaminada a la actualización en el manejo de dicha patología.

Resultados:

Acude a consulta un varón de 40 años con antecedente de esquizofrenia paranoide en tratamiento con olanzapina 15 mg, que refiere haber tomado 2 infusiones de estramonio. El estramonio es una planta que en los últimos años se ha puesto de actualidad por su consumo como alucinógeno. Aunque el consumo de estramonio se caracteriza por su efecto alucinatorio, nuestro paciente presenta, en el momento de la anamnesis, tendencia a la somnolencia, con una puntuación en la escala de Glasgow de 12 puntos y adecuada respuesta a estímulos verbales. En la bibliografía consultada son escasos los casos descritos de mortalidad por estramonio, pero sí se ha comprobado, por su acción anticolinérgica, que tiene efectos taquicárdicos y da lugar a hipertermia, por lo que el paciente debe permanecer en observación con monitorización cardíaca y control de temperatura corporal entre 6 y 8 horas. En caso de agitación importante puede ser necesario la administración de fisostigmina como antídoto, pero su utilización sólo se recomienda en casos de agitación extrema, por sus posibles efectos secundarios.

Conclusiones:

La aparición continua de nuevas sustancias con efectos psicotrópicos hace que los profesionales sanitarios nos veamos en la necesidad continua de formación en el manejo del uso y abuso de dichas sustancias.

Poster 027

FORMACIÓN DEL TÉCNICO DE EMERGENCIAS SANITARIAS EN SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL. UNA AMPLIA OFERTA FORMATIVA NECESARIA PARA EL PROFESIONAL

Autores:

Javier Compés Luque, Fernando Miguel Saldaña, Jesús Cano Gabriel, Rafael Juan Palmer, Alba Cano Navas,

Tipo de profesional:

TES

Objetivos:

Exponer el currículo formativo desarrollado por SAMUR-Protección Civil (SAMUR-PC) para la categoría profesional del TES en el año 2018.

Métodos:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de la actividad formativa para TES, desarrollada para un total de 511 profesionales, por el Departamento de Capacitación de SAMUR-PC en el año 2018, mediante la revisión de los archivos Excel 2010-2013 del Departamento de Capacitación de SAMUR-PC y de los cuestionarios de evaluación realizado por los alumnos. Datos validados por el Consejo Rector del CIFSE (Centro Integral de Formación de Servicios de Emergencia) del Ayuntamiento de Madrid.

Resultados:

Número total de acciones formativas 27 diferentes: 9 F.O (Formaciones de carácter Obligatorio) y 18 F.V (Formaciones de carácter Voluntario). Número total de ediciones 99: 72 F.O y 27 F.V. Número total de horas de formación 19.155: 13.300 de F.O y 5.855 de F.V. Satisfacción global del alumno con la acción formativa (Escala del 1 al 5) 4,58: 4,46 en F.O y 4,70 en F.V. Satisfacción global con los docentes (Escala del 1 al 5) 4,78: 4,74 en F.O y 4,83 en F.V. Acciones formativas realizadas por TES en 2018: Formación por Equipos; Recertificación Asistencia Inicial al Trauma; Habilidades de Comunicación; Especificaciones Técnicas de Vehículos; Ofimática; Patología Psiquiátrica; Equipamiento NRBQ; Diabetes, Parto y Reanimación Neonatal; Actualización en Electromedicina; Accesos Complejos y Puntos de Interés en Madrid; Central de Comunicaciones; Gestión de Situaciones de Alto Riesgo; Entrenamiento funcional y Nutrición; Investigación en Emergencias Nivel I y II; Técnicas de Autodefensa para Personal Sanitario Femenino y Masculino; Sesión Monográfica de Investigación; Sesiones Clínicas para TES (9 diferentes).

Conclusiones:

El Departamento de Capacitación de SAMUR-PC ofrece un amplio currículo formativo anual a los TES, que año tras año intenta cubrir las necesidades de aprendizaje y reciclaje detectadas. Las valoraciones realizadas por los alumnos en los cuestionarios de evaluación al terminar cada edición reflejan una gran calidad no sólo de los contenidos del curso, sino de los docentes que imparten dichos contenidos, lo que nos indica la gran aceptación por parte de los TES en recibir formación continua.

Poster 029

TRATAMIENTO PRECOZ DEL ICTUS: TELEICTUS

Autores:

José Ramón Moreno Tobías, Hugo Rojo Seguí

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

Conocer lo publicado sobre el Ictus y el Teleictus en España.

Métodos:

Revisión bibliográfica utilizando las bases de datos Dialnet, CUIDEN, SciELO, y MEDLINE. Se usaron los descriptores: "Ictus isquémico", "Protocolo", "Teleictus", "Telemedicina", "Urgencias".

Resultados:

El Teleictus es una medida eficiente en la atención al Ictus agudo, siendo el uso de la telemedicina en el tratamiento precoz, contribuyendo a la equidad geográfica en la prestación de los servicios sanitarios y a la mejora de la calidad asistencial de los pacientes atendidos en hospital sin neurólogo de guardia las 24 horas. Permite adelantar inicio del tratamiento indicado por el especialista en centros comarcales lo que disminuye el número de traslados innecesarios.

Conclusiones:

La creación del Código Ictus extrahospitalarios e intrahospitalario y la posterior creación del protocolo de Teleictus disminuyó el tiempo desde la aparición de los síntomas hasta la administración de la terapia fibrinolítica. Sería conveniente unificar los protocolos de Teleictus a fin de facilitar la actuación de los servicios sanitarios dentro del territorio español.

Poster 034

MAREO E INESTABILIDAD, ESA CAJA DE PANDORA

Autores:

David Rosales Fernández, Maria Victoria Barrabes Solares, Hugo Martinez Faya, Amaia Arrieta Salinas, Nora Rezola Merino, Eider Arbizu Fernández

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Hay patologías muy frecuentes en urgencias que hacen que el paciente consulte varias veces por lo mismo con más o con menos insistencia, pero en algunas ocasiones una evolución tórpida de las mismas así como la propia historia natural de la enfermedad nos obliga a reorientar dicho diagnóstico debido a la posibilidad de pensar que hay un diagnóstico diferente y más grave. Este caso va orientado a saber identificar en un paciente que presenta cefalea de larga evolución, por medio de una anamnesis detallada y una exploración sistémica completa, los signos y síntomas clave que puedan orientarnos a patología intracraneal grave.

Método:

Varón de 44 años, sin antecedentes personales de interés, acude a urgencias por cefalea occipital y cervicalgia persistente presente desde hace 9 meses. Refiere náuseas y vómitos ocasionales desde hace menos de un mes. Mareo, sin sensación de giro de objetos, e inestabilidad al caminar. Cefalea que irrumpe sueño nocturno y además aumenta con maniobras de Valsalva. En tratamiento médico con Diazepam diario pautado por su MAP, sin mejoría clínica. Vida previa muy activa, que desde el comienzo de los mareos le han ido limitando progresivamente sus actividades cotidianas. No fiebre ni cuadro infeccioso previo. No dolor torácico ni disnea. No crisis vertiginosas previas. EF: -Auscultación cardiopulmonar y abdomen normal. -Neurológica: marcha con discreta inestabilidad hacia lado derecho. No Romberg, aunque refiere mareo tras apertura ocular. Resto normal.

Resultados:

Rx de tórax, ECG y análisis de sangre: normal. -TAC craneal: LOE cerebral infratentorial medial y paramedial derecha, que plantea diagnóstico diferencial entre metástasis y tumoración primaria y que produce efecto de masa con compresión de IV ventrículo.

Conclusiones:

Ante una cefalea de larga evolución que no mejora con tratamiento analgésico durante un largo periodo de tiempo, nos debe hacer sospechar patología orgánica intracraneal. Los tres grupos principales en las que debemos pensar: procesos expansivos intracraneales, hidrocefalia y trombosis venosa central.

Los signos y síntomas principales que nos orientan a este tipo de entidades que cursan con cefalea crónica progresiva son: dolor diario, con exacerbaciones espontáneas, provocadas por maniobras de Valsalva, por la posición de decúbito y cambios posturales de la cabeza. Además, puede encontrarse edema papilar, focalidad neurológica y alteraciones del comportamiento.

La realización de exploraciones complementarias, como TC, RM y examen de LCR, son indispensables tras sospecha diagnóstica de estas entidades."

Poster 036

MI REINO POR UNA VÍA VENOSA' EVOLUCIONAMOS CON LA INTRAÓSEA

Autores:

Ángel Gómez Prieto, Cristina Villar Hernández, Henar Onrubia Baticon, Belen Benito Grande, Isabel Cuadrado Blanco, Celia Blanco Medina.

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Dar a conocer la evolución de los distintos dispositivos intraóseos que se comercializan en la actualidad. Presentar los sistemas de perfusión intraósea implantados en la red de Emergencias de Castilla y León.

Métodos:

Estudio descriptivo de los dispositivos utilizados en la Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.

Resultados:

Gracias al avance tecnológico de los últimos años se han desarrollado dispositivos que alcanzan la médula ósea de forma rápida, fácil y segura. Existen tres tipos de dispositivos según la colocación de la aguja:

- Dispositivos manuales: utilizados desde 1940 COOK DIECKMAN: tiene un gran dispositivo de apoyo y unas aletas que facilitan el giro durante su inserción. Resulta difícil el control de la profundidad y su fijación externa. FAST 1.
- FAST RESPONDER (first for shock and trauma): único dispositivo de acceso esternal, permite mayor velocidad de infusión. No indicado en pediatría, muy usado en el ambiente militar.
- Dispositivos por impacto: existen dos tamaños uno para adulto y otro para niños BIG (bone injection gun): es un sistema compacto con un pasador de seguridad y un gatillo que dispara el catéter con la fuerza necesaria para alcanzar la médula ósea. NIO (immediate vascular access): aprobado en 2016, con algunas ventajas sobre el BIG como un doble mecanismo de seguridad que impide un disparo accidental y un estabilizador de la aguja.
- Dispositivos de taladro: EZ-IO: es un taladro eléctrico con batería y agujas de diferente longitud según se utilice en niños o adultos. Su gran ventaja sobre los otros dispositivos es que para su inserción no hay que hacer mucha presión con lo que facilita su colocación. La aguja una vez insertada es muy estable.

Conclusiones:

“La mano no tiembla si el cerebro no duda” A lo largo de nuestra experiencia, hemos evolucionado con los dispositivos intraóseos. Nos han aportado tranquilidad, confianza y disminución del tiempo en el abordaje vascular, convirtiéndose en una alternativa fácil, rápida y sencilla, que nos permite ofrecer una asistencia efectiva que salva vidas.

Poster 037

UN OPORTUNISTA EN URGENCIAS

Autores:

Leyre Teresa Pinilla Arribas, Caterina López Villar, Cristina Bolado Jiménez, Germán Fernández Bayón, Beatriz Castaño Torrijos, Carlos del Pozo Vegas

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Revisar un caso de tos y fiebre en paciente con reciente diagnóstico de VIH

Método:

Descripción de un caso clínico.

Resultados:

Varón de 46 años, exfumador. Dos meses antes y tras cuadro de candidiasis esofágica y aparición de condilomas acuminados en pene se realizaron serologías ITS con positividad para VIH. Acude a urgencias por tos con expectoración verdosa y fiebre de dos días de evolución. A la exploración física tensión arterial 119/78 mmHg, frecuencia cardíaca 108 lpm, saturación de oxígeno 99%, temperatura 38.2°C. Frecuencia respiratoria 16 por minuto. En la auscultación pulmonar destaca una disminución del murmullo vesicular de predominio en hemitórax derecho. Orofaringe sin alteraciones. Resto de exploración sin hallazgos reseñables. Analítica: Hemoglobina 14,1 g/dl, leucocitos 3.460, neutrófilos absolutos 1.710, plaquetas 172.000. Glucosa 97 mg/dl, creatinina 0.86 mg/dl, sodio 145.5 mEq/l, potasio 4.4 mEq/l. PCR 19.0. Radiografía de tórax: tenue patrón intersticial difuso en vidrio deslustrado. Los antecedentes, datos clínicos y la imagen radiológica son sugestivos de infección por *Pneumocystis jirovecii* vs. Citomegalovirus. El paciente ingresa para tratamiento hospitalario intravenoso en unidad de enfermedades infecciosas. Se le realiza TACAR pulmonar: enfermedad pulmonar difusa con amplias áreas de afectación en vidrio deslustrado bilateral, altamente sugestivos de infección por *Pneumocystis jirovecii*. Adenopatías subcentrímetricas en mediastino y axilares bilaterales. En la microbiología, PCR para *Pneumocystis jirovecii* positivo, siendo negativo para citomegalovirus.

Conclusiones:

Pneumocystis jirovecii, anteriormente llamado *Pneumocystis carinii*, es uno de los patógenos oportunistas más importantes en individuos inmunodeprimidos, especialmente en pacientes VIH. Durante años fue considerado un protozoo, pero en la actualidad se reconoce como un hongo atípico. En la mayoría de pacientes cursa como neumonía grave con una alta tasa de morbilidad y mortalidad. Los síntomas suelen aparecer de forma insidiosa (3-4 semanas de evolución), pero en ocasiones hay rápida progresión. Asocian fiebre, disnea y tos no productiva. El patrón radiológico característico es el de infiltrados bilaterales perihiliares y difusos. Del 20 al 30% de los pacientes tienen radiografías normales. El tratamiento de elección es trimetoprima/sulfametoxazol durante 21 días. Se recomienda la corticoterapia adyuvante para los pacientes con $Pao_2 < 70$ mm Hg.

Poster 038

DOLOR ABDOMINAL DE TODO A NADA

Autores:

Eider Arbizu Fernández, David Rosales Fernández, Maria Victoria Barrabés Solanes, Hugo Martínez Faya, Amaia Arrieta Salinas, Mercedes Zaragüeta Escribano

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

El dolor abdominal es uno de los motivos más frecuentes de consulta en los Servicios de Urgencias. Presentamos un primer episodio de descompensación ascítica en un paciente con Hepatitis VHC en un paciente de mediana edad. Se discuten los diagnósticos diferenciales, pronósticos, clínica y la solicitud racional de pruebas de imagen en Urgencias.

Método:

Varón de 52 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal en región epigástrica y mesogástrica de 3 horas de evolución que ha ido aumentando en intensidad. Asocia malestar general y náuseas sin haber llegado a vomitar. No recuerda episodios previos similares. Como antecedentes de interés es un paciente ex ADVP, VIH positivo y padece una Hepatitis VHC con buen control hasta la fecha.

Resultados:

Paciente con buen nivel de conciencia, afectado por dolor y constantes en rango de normalidad. Auscultación cardiólogo-pulmonar normal. Exploración abdominal, sin objetivas masas ni megalias pero con dolor generalizado a la palpación sin defensa siendo este más llamativo en región epigástrica y mesogástrica. Se solicita analítica, RX de Tórax, Abdomen, Ecografía Abdominal (objetivando mínima lengüeta de líquido libre en Douglas) y se administra Naloxona iv. El paciente refiere mejoría casi completa y ante los resultados se realiza Interconsulta a Digestivo. Es valorado por el Servicio quien indica alta por su parte con cita preferente con Servicio de Infecciosas tras nueva analítica en 24 horas. El paciente es dado de alta con analgesia encontrándose paucisintomático al alta. Acude de nuevo al Servicio de Urgencias por nuevo episodio de dolor abdominal invalidante y a la vista de los datos obtenidos 48 horas antes se solicita TAC Abdominal (con resultado de Hepatocarcinoma con trombosis de la vena portal y extensión extrahepática).

Conclusiones:

El HC en una patología grave y primera causa de muerte en varios países subdesarrollados o en proceso de desarrollo. La cirrosis, independientemente de la etiología, es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de HC. La hepatitis B y C son factores de riesgo independientes para el desarrollo de cirrosis y de HC. Hoy en día hay varias modalidades de tratamiento, siendo el trasplante hepático y la resección quirúrgica los únicos que se realizan con intención curativa. En cuanto a la valoración global de los casos, es precisa una valoración por parte de un equipo multidisciplinar, teniendo en cuenta las dos patologías del paciente en este caso, la cirrosis y el HC. Mención aparte merece el hecho de la valoración por parte del Servicio de Digestivo que tras catalogar el primer episodio del paciente como descompensación ascítica en seguimiento por parte de Enfermedades Infecciosas no preciso la necesidad de más estudios de imagen. ¿Es este el caso en el que un Médico de Urgencias debiera realizar más pruebas a fin de obtener respuestas, tras obtener una indicación de alta por parte de los Facultativos del Área de Digestivo?

Poster 039

CUIDADOS AL ALTA DE LOS TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS EN URGENCIAS

Autores:

Elvira Paredes Berzosa, Cristina Ruiz Núñez, María García Fugarolas, Inés Domínguez Rivas, Hugo Rojo Seguí, Marta Gañán Catalina

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

Exponer de forma fácil y sencilla los cuidados y recomendaciones que se deben dar al paciente y a los familiares tras ser dado de alta de un traumatismo craneoencefálico (TCE) leve. Recomendar la instauración de un protocolo de cuidados y signos de alerta al alta para una adecuada observación domiciliaria.

Métodos:

Se realiza una revisión bibliográfica del tema durante los meses de Julio y Agosto de 2019 acotando la búsqueda desde 2008. Se consultan distintas guías y protocolos de diferentes servicios de salud y hospitales.

Resultados:

El alta hospitalaria de pacientes que llegan a urgencias por un TCE leve debe hacerse con seguridad y tras una valoración exhaustiva por parte de los profesionales. Estos deben asegurarse de su completa recuperación tanto de la conciencia y resolución de los signos y síntomas neurológicos, como del apetito y la desaparición de los vómitos. Es necesario que se den una serie de recomendaciones al alta para una adecuada observación domiciliaria en el que se explique de forma clara los síntomas que son normales que aparezcan: dolor de cabeza paliado con analgesia, náuseas con algún vómito aislado, leve vértigo, y lo que no es normal: pérdida de conciencia, dolor intenso y persistente de cabeza, convulsiones, etc. Si aparecieran estos signos de alarma, la indicación es volver a un servicio de urgencias para una nueva valoración.

Conclusiones:

La mayoría de los TCE leves no requieren hospitalización por lo que es muy importante instruir a los familiares en los signos de alarma que requieran una nueva visita a urgencias para prevenir las posibles complicaciones que se puedan dar más adelante. Serviría de ayuda la realización de una guía o protocolo unificado, en todo el servicio de Castilla y León, que contenga las indicaciones precisas y que se puedan entregar al alta.

Poster 040

LA SEPSIS QUE NO FUE

Autores:

Leyre Teresa Pinilla Arribas, Germán Fernández Bayón, Cristina Bolado Jiménez, Caterina López Villar, Beatriz Castaño Torrijos, Carlos del Pozo Vegas

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Revisar un caso de disnea y fiebre

Método:

Descripción de un caso clínico

Resultados:

Varón de 47 años, bebedor. Dos meses antes episodio de insuficiencia cardiaca de novo, con diagnóstico de miocardiopatía dilatada. Al alta reingresó por neumonía nosocomial. Acude a urgencias dos semanas después, por cuadro de disnea y fiebre de hasta 38.5°C que el paciente refiere desde el alta. Asocia tos con expectoración verdosa. En la exploración física, TA 87/62 mmHg, FC 109 lpm, Tª 37.6°C. FR 28/min. AP roncus diseminados y crepitantes bibasales. Abdomen con dolor difuso, sin peritonismo. Edemas bimaleolares. Minutos después de su llegada empeoramiento de la disnea con disminución de TA hasta 42/20 mmHg por lo que se traslada a unidad de críticos. Analítica: lactato 3.12, PCR 123.3, procalcitonina 0.58. Hiponatremia, elevación de bilirrubina y transaminasas. Gasometría venosa sin alteraciones. Rx tórax: cardiomegalia, no condensación. Ecocardiograma: Dilatación de las cuatro cámaras. Disfunción VI muy grave (FEVI<10%), hipocinesia generalizada. Disfunción VD grave. Tras inicio de noradrenalina y dobutamina a dosis bajas y VMNI mejoría de clínica y TA hasta 85/60 mmHg. Juicio diagnóstico: Shock cardiogénico en paciente con miocardiopatía dilatada severa. Se traslada a la unidad coronaria para vigilancia y manejo.

Conclusiones:

En la miocardiopatía dilatada se produce una dilatación y disfunción sistólica del VI o ambos ventrículos. Puede aparecer como hallazgo casual de cardiomegalia, o llegar a producir arritmias, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) o muerte súbita. En su forma de ICC severa alcanza una alta mortalidad (hasta un 50% a los 2 años). Las causas más frecuentes son la idiopática y las secundarias, como la miocardiopatía viral, isquémica o, en este caso, alcohólica. La miocardiopatía alcohólica es más frecuente en varones de 30-55 años con consumo de cantidades elevadas de alcohol, generalmente durante más de 10 años. En la ecocardiografía típicamente se encuentra hipocinesia global con pobre engrosamiento parietal. Como factores de mal pronóstico ecocardiográfico está la relación masa/volumen disminuida, la remodelación ventricular izquierda con tendencia a la esfericidad y la dilatación del VD, como en este caso.

Poster 041

CON SOLO UN GOLPE.....TRAUMATISMO PANCREÁTICO

Autores:

Mercedes Zaragüeta Escribano, Nora Rezola Merino, Eider Arbizu Fernandez, David Rosales Fernandez, Amaia Arrieta Salina, Hugo Martínez Faya

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Dado la dificultad del diagnóstico que presenta los traumatismos pancreáticos se decide la descripción a partir de un caso clínico de diagnóstico y seguimiento inicial de traumatismo pancreático en el servicio de urgencias. El traumatismo pancreático es poco frecuente pero se acompañan de una gran morbilidad, debido a la escasez de síntomas que derivan en la dificultad en su diagnóstico.

Método:

Se procede a la exposición de un caso sobre una mujer de 52 años que acude a urgencias tras una caída mientras andaba en bicicleta, golpeándose contra el manillar de bicicleta en región torácica inferior epigástrica.

No refirió dificultad respiratoria, ni traumatismo a nivel de hipogastrio. No TCE, no pérdida de conocimiento, ni mareos. Según refirió tuvo un vómito aislado. No déficits neurológicos. A la EF presentó eritema en región costal inferior izquierda. ACP:sin alteraciones, eupneica. Abdomen:blando y depresible, peristaltismo conservado, dolor a la palpación en región epigástrica y hemiabdomen izq. Leve dolor a la palpación en región costal izq. Exploración neurológica: sin alteraciones.

Resultados:

En el servicio de urgencias se solicitó una radiografía de parrilla costal izquierda que fue normal; así como analítica sanguínea en la que se apreció leucocitosis 15.7, neutrofilia 13.5, amilasa 602, lipasa 1957; con resto de valores en límites normales. Ante los resultados de la analítica de sangre se solicitó una ecografía abdominal: "probable contusión pancreática con pequeña cantidad de líquido bordeando el cuerpo y cola. Se aprecia pequeña cantidad de líquido libre subhepático y subesplénico así como en FID. Probable mioma uterino de 11 cm." Se pone en común el caso junto al servicio de cirugía y se solicitó TAC abdominal ya que éste nos da el diagnóstico definitivo y se puede apreciar mejor si el conducto pancreático se encuentra íntegro: "Contusión vs laceración en cuerpo pancreático con líquido libre peripancreático con extensión a raíz de mesenterio y en localización subhepática y subesplénica. Conducto pancreático de calibre normal sin poder precisar integridad del mismo a nivel de la contusión o laceración." Ante resultados de pruebas complementarias se ingresa a la paciente en observación de urgencias para realización de AS de control (en las que la amilasa disminuye), se realizó CPRE con la visualización del conducto pancreático íntegro y funcionando, así como la realización de TAC abdominal de control. Ante buenos resultados de las PPCC realizadas durante el ingreso, y dado que la paciente presentó buena evolución con tratamientos conservados se decidió alta.

Conclusiones:

- No debemos olvidarnos de la sospecha del traumatismo pancreático ante un traumatismo abdominal cerrado.
- Realizaremos un diagnóstico diferencial con traumatismo a nivel costal, hepática, esplénica, y páncreas.
- La elevación de la amilasa, aunque no siempre, puede estar en relación con una pancreatitis traumática.
- La prueba definitiva para el diagnóstico es el TAC abdominal.
- La mayor tasa de morbilidad se asocia a la lesión del conducto pancreático

Poster 042

EL TROMBO ESCONDIDO

Autores:

Hugo Martínez Faya, Mercedes Zaragüeta Escribano, Nora Rezola Merino, Eider Arbizu Fernández, David Rosales Fernández, María Victoria Barrabes Solares

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

El objetivo principal es hacer hincapié sobre la importancia de la realización de una buena historia clínica y exploración para poder llegar a un adecuado diagnóstico diferencial ya que esto implica una mayor posibilidad de llegar a un adecuado diagnóstico y tratamiento.

Método:

Varón de 72 años de edad con antecedentes de: HTA, Glucosa basal alterada, Asma bronquial, ITUs de repetición, Carcinoma renal, carcinoma vesical de bajo grado y adenocarcinoma de tipo mucinoso (cT1N3) tratado mediante QT. Acude al Servicio de Urgencias por inflamación a nivel de MMSS Izquierdo de varias horas de evolución, sin asociar dolor. No fiebre. En seguimiento por COT por omalgia izquierda.

En la exploración física destaca la inflamación a nivel de brazo izquierdo, sin asociar cordón venoso, frialdad o disminución de pulsos distales. Auscultación cardiaca rítmica sin soplos y auscultación pulmonar con murmullo vesicular fisiológico sin ruidos sobreañadidos.

Resultados:

Inicialmente se realiza un electrocardiograma que muestra ritmo sinusal, una radiografía de tórax que descarta la presencia de neumotórax o condensaciones en el parénquima pulmonar y analítica sanguínea en la que destaca un Dímero-D de 1133ng FEU/ml e hiponatremia de 132mmol/L. Ante el hallazgo de Dímero-D elevado se solicita ecografía-Doppler de MMSS Izquierdo, donde se visualizan vena subclavia y basilica mínimamente aumentadas de tamaño y contenido ecogénico en su luz; objetivando de esta forma la existencia de trombosis en dichos vasos. Por dicho motivo se comienza a administrar Enoxaparina 80mg por vía subcutánea. Respecto a la hiponatremia se administran 500ml de suero fisiológico.

Conclusiones:

Las trombosis venosas en las extremidades superiores son mucho menos frecuentes que las que se originan en las extremidades inferiores, teniendo por tanto una evolución natural y unos factores de riesgo diferentes. Tienen una incidencia de un caso por cada 10.000 pacientes/año y el factor de riesgo más importante es la colocación de marcapasos o catéteres centrales. Además, según la escala de Wells presentar cáncer activo, como es el caso de nuestro paciente, también es un factor de riesgo. La TVP en EESS se puede considerar como un síndrome paraneoplásico y en este caso nos ayudó a diagnosticar la presencia de metástasis (óseas, hepáticas y ganglionares) en nuestro paciente. Por eso y aunque la clínica a priori de un paciente pueda parecer banal siempre hay que realizar un diagnóstico diferencial adecuado para poder descubrir y afinar diferentes patologías subyacentes asociadas al mismo.

Poster 044

CÓDIGO SEPSIS: ¿SIEMPRE TAN FÁCIL?

Autores:

Nora Rezola Merino, Eider Arbizu Fernández, David Rosales Fernández, María Victoria Barrabés Solanes, Mercedes Zaragüeta Escribano Amaia Arrieta Salinas

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Exponer y explicar a través de un caso clínico como a pesar de ser una patología tiempo-dependiente y las escalas de valoración existentes no suele ser fácil muchas veces activar el código sepsis.

Método:

Varón de 56 años con antecedentes personales de cardiopatía isquémica con enfermedad de dos vasos DA proximal y CD media revascularizadas mediante ACTP/STENT. Trastorno psicótico de etiología no filiada en tratamiento con risperidona y en seguimiento por salud mental. Encontrándose previamente bien acude a urgencias por cuadro de malestar general e hiporexia de dos días de evolución, acompañado de fiebre de hasta 41 °C. Asocia además ortopnea la noche previa, que le obliga a descansar en sedestación y dos deposiciones blandas. EF: A su llegada urgencias el paciente se encuentra consciente y orientado temporoespacial mente hemodinámicamente estable con TA 145/86mmHg y FC de 55lpm, Sat O2 basal de los 89% T 39,3°C. Auscultación cardiopulmonar normal. Resto de la exploración anodino.

Resultados:

ECG: bigeminismo. Rx Tórax: cardiomegalia (placa rotada) aumento de trama bibasal y senos costo frénicos libres AS: Destaca hiponatremia de 127mmol/L, Insuficiencia renal con filtrado glomerular de 45 y creatinina de 1,66mg/dl con urea normal. Elevación de enzimas cardíacas 100pg/ml, CPK 1200. Sedimento de orina normal Se recogen uro y hemocultivos y se mantiene al paciente en boxes con tratamiento antitérmico, mientras se repite seriación enzimática. El paciente realiza otro pico febril de hasta 42°C por lo que se decide ingreso en Observación para mantenerlo monitorizado y con tratamiento antitérmico: Paracetamol 1g/8h + Metamizol 2g/8h + Dexketoprofeno 50mg/8h. En AS tras 3h elevación progresiva de enzimas hasta 180pg/ml y CPK 4400, por lo que se comenta con el servicio de Cardiología considerando que el cuadro no es sugestivo de síndrome coronario agudo. El paciente persiste con fiebre de hasta 40°C pese a tratamiento intravenoso pautado y comienza a desorientarse en espacio y tiempo. Al explorarle Sat 85% hipotenso TA 60/40mmHg, taicárdico 150lpm y taquipnéico 50rpm con tiraje supraesternal y abdominal. Ante mala evolución se procede a intubación respiratoria, se amplía estudio con TAC craneal y se comenta con servicio de UCI.

Conclusiones:

En este caso se plantea varias posibilidades a tener en cuenta:

- Síndrome neuroléptico maligno (por la temperatura y los fármacos que toma)
- Descompensación de ICC por infección respiratoria (por la clínica y la RX)
- Sepsis incipiente. (Por el fallo incipiente de varios órganos) Una de las dudas es que no se tomó la frecuencia respiratoria y si esta hubiese sido determinante para pensar en sepsis, así como la realización de una gasometría para ver el PH y el lactato y valorar el estado de perfusión del paciente. Otro tema sería el haber puesto la primera dosis de antibiótico en la primera hora y si eso hubiese mejorado el pronóstico del paciente. De esto se deduce que la sepsis es un diagnóstico muchas veces difícil de descubrir en las primeras horas y por lo tanto es importante tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial para sospecharlo y administrar el tratamiento más adecuado.

Poster 046

DOCTORA, VEO OBJETOS DE UN UNIVERSO PARALELO

Autores:

María Victoria Barrabés Solanes, Hugo Martínez Faya, Nora Rezola Merino, Amaia Arrieta Salinas, Ana María Gracia Arellano, Amaia Ibarra Bolt

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

- Realizar un correcto diagnóstico diferencial cuando llega a urgencias una focalidad neurológica.
- Valorar las posibles manifestaciones menos frecuentes de las crisis epilépticas.

Método:

Paciente con antecedentes de TCE en la infancia y crisis epilépticas posteriores que estuvo en tratamiento con antiepilépticos durante 10 años que posteriormente fueron retirados. Actualmente sin tratamiento desde hace 15 años. Acude a urgencias por presentar desde hace 15 días varios episodios de alteraciones visuales. Las describe como autolimitadas y consisten en alteraciones en la visión, así como variación en la intensidad de los colores, falta de profundidad de los elementos y también alteración en la distancia. El paciente refiere que ser plenamente consciente de que los objetos que ve no son de dicho color ni de dicha forma. No presenta diplopia, ni fiebre. Resto de historia por aparatos normales. Exploración física y neurológica rigurosamente normal.

Resultados:

Se realiza analítica de sangre y orina que no presenta signos de infección ni ningún otro tipo de alteración. Radiografía de tórax y ECG normales. Se realiza TAC que es similar a previos. Se comenta el caso con Neurología, se decide ingresar al paciente en observación para realización de electroencefalograma (EEG) al día siguiente. Por la noche el paciente presenta otro episodio que cede espontáneamente. Se realiza EEG y se objetiva ondas compatibles con crisis epiléptica.

Conclusiones:

A pesar de estar muy acostumbrados a diagnosticar y tratar crisis epilépticas generalizadas, no debemos perder de vista que existen diferentes crisis de tipo parcial y que sus presentaciones clínicas no son con movimientos anormales ni disminución del nivel de consciencia. Las crisis parciales hay que tenerlas en cuenta en el diagnóstico diferencial de diferentes cuadros clínicos que no están claramente justificados por otras entidades.

Poster 048

SIN MIEDO A LA VÍA INTRAÓSEA

Autores:

María Isabel Alcázar Romera, Natividad Muñoz Rodríguez, Mario del Campo Alcázar, José Luis Alcalde Pascual, Juliana Sonia de Miguel Muñoz, Pedro Negro García

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

La vía intraósea resulta un método rápido y eficaz como alternativa a la vía venosa periférica en aquellas situaciones en las que el acceso vascular resulta complicado en el manejo del paciente en estado crítico. En la actualidad sigue siendo una técnica infrautilizada por enfermería de emergencias extrahospitalarias. Los objetivos son:

- Mostrar la importancia que tiene para enfermería de emergencias extrahospitalarias el uso de la vía intraósea en pacientes en estado crítico.
- Fomentar el uso de la vía intraósea proporcionando los conocimientos teórico-prácticos necesarios para su acceso.

Métodos:

Se revisó literatura sanitaria para la evaluación del uso de la vía intraósea, seleccionando para el presente estudio los artículos publicados a partir del año 2010. Se consultaron las bases de datos: MedLine, Pubmed y otros medios de búsqueda como Google Académico, Biblioteca Virtual en Salud y Biblioteca Sanitaria online de Castilla y León. Términos de búsqueda: vía intraósea, emergencias, conocimiento.

Resultados:

Revisadas las publicaciones académicas referidas al uso de los diferentes dispositivos intraóseos desde el año 2010, el resultado derivado de la experiencia por parte de enfermería de emergencias determina que, a pesar de ser una herramienta rápida y eficaz, con elevadas tasas de éxito y escasas complicaciones, entre un 70% - 80% de los profesionales de enfermería de emergencias reconocen que el conocimiento que tienen de la vía intraósea es regular o malo. En situaciones en las que no han podido canalizar una vía venosa periférica tan sólo un 40% han considerado la vía intraósea como segunda opción.

Conclusiones:

Sigue siendo una técnica poco utilizada por falta de conocimientos o miedo a las complicaciones. De entre los diferentes dispositivos intraóseos utilizados, el que mayor confianza aporta es el Arrow EZ-IO® con el menor número de problemas técnicos y mayor tasa de éxito. La enfermería de emergencias demanda cada vez mayor formación en esta técnica avalada por las principales sociedades profesionales y científicas que justifican su utilización por los considerables beneficios que aporta, la baja tasa de complicaciones y el elevado porcentaje de éxito.

Poster 049

DRA. NO AGUANTO MÁS

Autores:

Laura Melero Guijarro, Maria Camino Salazar Lozano, Raquel García Lorenzo, Maria Jesús Martínez Maldonado, Ana María Melendre Rivas, Beatriz González Martín

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Las enfermedades ampollosas son patologías que sin tratamiento puede tener un desenlace mortal. Es importante conocer su diagnóstico diferencial, ya que en ocasiones son motivo de consulta en los servicios de urgencias debido a las complicaciones asociadas y a menudo requieren ingreso.

Método:

Mujer de 77 años que acudió al Servicio de Urgencias por lesiones ampollosas en tronco y zona perineal con mal olor de meses de evolución. El cuadro comenzó con lesiones en la mucosa oral que le impedían tragar. A la exploración había lesiones ampollosas en cuello y cuero cabelludo tensas, con rotura espontánea y mal olor; dolorosas, sin bordes definidos y algunas con supuración. Las lesiones en mucosa oral se localizan en paladar duro. El hemograma, bioquímica y coagulación fueron normales. Dado el carácter generalizado de las lesiones, la clínica de la paciente y la necesidad de tratamiento intravenoso se ingresa en Medicina Interna con sospecha de pénfigo.

Resultados:

Los primeros días de ingreso la paciente cursó con tiritona por bacteriemia por *S. Gallolyticus*. Recibió antibióticos y ECO cardio para descartar endocarditis. Además fue valorada por dermatología que pautó corticoides intravenosos y diprogenta tópica, realizando biopsia de las lesiones que confirmaron el diagnóstico de pénfigo vulgar y se descartó pénfigo foliáceo que no hubiera afectado a mucosas. Quince días después, tras buena evolución, fue dada de alta con inmunosupresores y control ambulatorio. Más tarde y de manera ambulatoria se valoraron posibles lesiones intestinales por endoscopia, que resultaron negativas. Un año después la paciente se encuentra estable en tratamiento con prednisona de 70mg/24h sin presentar rebrote.

Conclusiones:

- 1- Las enfermedades ampollosas cursan con complicaciones sistémicas que requieran ingreso.
- 2- Hay que diferenciar los distintos tipos por la clínica dado que el pronóstico es muy diferente de unos tipos de pénfigo a otros.
- 3- Es necesaria la valoración y seguimiento de estos pacientes por distintos especialistas según el tipo de complicaciones.

Poster 050

LINFOMA T CUTÁNEO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA, UN RETO DIAGNÓSTICO

Autores:

Maria Camino Salazar Lozano, Laura Melero Guijarro, Maria Jesús Martínez Maldonado, Raquel García Lorenzo, Roberto Ruíz Aguado, Magdalena Nae

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

En la población infantil la patología oncológica cuya única manifestación sean lesiones cutáneas supone un reto diagnóstico, dada su baja incidencia. Se requiere un alto índice de sospecha para posibilitar un diagnóstico y tratamiento temprano.

Método:

Paciente de 9 años atendida en el Servicio de Urgencias por lesión en cara dorsal de mano izquierda (apófisis estiloides cubital), de un mes de evolución que los padres, creían, era debida al roce del reloj.

La paciente estaba siendo tratada con clorhexidina, septomida y diprogenta tópica. Además referían lesiones oscuras en piernas meses antes que desaparecieron espontáneamente. En la exploración, lesión ulcerada, dolorosa, con costra necrótica, sin supuración y con ligera pérdida de sustancia. Los bordes de la lesión eritemato-violáceos, indurados y no dolorosos. Sin adenopatías, ni refería síntomas B. La analítica sanguínea fue normal. Valorada por Cirugía General se descartó desbridamiento quirúrgico y se solicitó valoración por Dermatología.

Resultados:

Dermatología realizó biopsia del borde de la úlcera constatando linfoma T cutáneo anaplásico de células grandes CD30 positivo. El estudio de extensión con radiografía de torax, ecografía abdominal, body TC y biopsia de médula ósea descartó afectación a distancia. Se inició tratamiento con Declobam® asociado a Ozanex® con buena evolución. Posteriormente se realizó infiltración con Trigon® depot al 30% con Mepivacaina y desbridamiento quirúrgico superficial. Durante este periodo a la paciente le aparecieron lesiones hipopigmentadas y una lesión eritematodescamativa que se biopsiaron con el diagnóstico de micosis fungoide. Se derivó a oncología radioterápica para aplicación de radioterapia sobre la úlcera, que no precisó dada la evolución favorable. Seis meses después la paciente se encuentra saludable y sin recidiva.

Conclusiones:

- 1- Las lesiones cutáneas pueden ser la única manifestación clínica de una patología oncológica con potencial riesgo vital.
- 2- Un alto índice de sospecha y el seguimiento clínico estrecho facilita el diagnóstico.
- 3- Las biopsias histopatológicas son la herramienta para el diagnóstico de estas patologías.

Poster 051

CÁNULA NASOFARÍNGEA EN PACIENTES CON TRAUMATISMOS MAXILOFACIALES

Autores:

Cristina Mesquida Sanchez, Sergio Lopez Ruiz, Laura Toledo Luque, Elena Gimeno Ferragut, Adrián Corral Urgel,

Tipo de profesional:

TES

Objetivos:

El objetivo de esta revisión ha sido describir la importancia del uso de la cánula nasofaríngea ante un paciente con traumatismo maxilofacial.

Métodos:

El método utilizado para llevar a cabo esta revisión ha sido una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Medline, Pubmed, Scielo y Cinahl de las cuales se seleccionaron 4 artículos.

Resultados:

El correcto manejo de la vía aérea es de vital importancia ante pacientes en estado crítico. Ante la sospecha de que el paciente sufre fractura cervical, la técnica de elección es la intubación nasotraqueal, en el ámbito extrahospitalario se recomienda la utilización de la cánula nasofaríngea. Debemos tener en cuenta que la cánula nasofaríngea es un dispositivo curvo de látex o silicona que se introduce por la cavidad nasal hacia la orofaringe con el fin de permeabilizar la vía aérea, dado que viene presentada en varios tamaños, para poder seleccionar el más adecuado debemos medir de la punta de la nariz al ángulo mandibular y seleccionar el tamaño de la cánula que más se asemeje a dicha medición. Las principales ventajas de utilizar dicha cánula son que se trata de un método no invasivo, que nos permite mantener la humedad alta y administrar oxígeno a altas concentraciones y además es fácil de utilizar. Pese a las ventajas anteriormente descritas, se desaconseja su uso en el caso de pacientes con traumatismos faciales graves o sospechas de fractura de base de cráneo.

Conclusiones:

En conclusión, para el buen manejo de la vía aérea en pacientes con traumatismos maxilofaciales o ante cualquier patología que imposibilite la intubación por vía oral, se recomienda la utilización de la cánula nasofaríngea. Con el uso de esta cánula nos aseguramos una vía aérea permeable en aquellos pacientes en los que no es posible la colocación de una cánula orofaríngea.

Poster 052

MANEJO DEL PACIENTE CON LESIÓN MEDULAR EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO

Autores:

Sergio Lopez Ruiz, Cristina Mesquida Sanchez, Laura Toledo Luque, Elena Gimeno Ferragut, Adrián Corral Urgel,

Tipo de profesional:

TES

Objetivos:

Describir la importancia de las actuaciones en el ámbito extrahospitalario ante un paciente con lesión medular.

Métodos:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed y Cochrane

Resultados:

El correcto manejo de las lesiones medulares es de vital importancia, diversos estudios afirman que el 25% del daño medular se agravó por el manejo recibido tras la lesión. Debemos tener en cuenta que para el buen manejo de la lesión medular primero debemos reconocer los síntomas como el dolor lumbar, lesiones craneales, dolor cervical, nivel de conciencia alterado o dolor torácico. Por un lado, es primordial el control de la vía aérea, en lesiones medulares completas por encima de C3, se da parada respiratoria por lo tanto se debe proporcionar apoyo ventilatorio de forma inmediata con el fin de evitar la muerte y en el caso de lesiones entre C3 y C5 se produce hipoxia por insuficiencia respiratoria. Se recomienda el uso de intubación tradicional ya que las mascarillas laríngeas aumentan de forma considerable la presión sobre las vértebras. Por otro lado, debemos prestar especial atención a la inmovilización del paciente, realicemos una inmovilización en bloque de la columna colocando al paciente en posición supina sobre un plano duro y manteniendo la posición neutra, realizando una ligera tracción del cuello y manteniéndolo alineado. Además, tras la intubación si precisa y tras realizar una inspección de la región cervical debemos colocar el collarín cervical rígido e inmovilizar al paciente sobre un tablero rígido mediante correas o con un colchón de vacío. Por último, puede darse un shock neurogénico que se asocia a vasodilatación venosa y arteriolar. Por ello, ante dicho shock se recomienda poner al paciente en posición Trendelenburg y administrar atropina y catecolamina intravenosas, además de canalizar 2 vías periféricas para aportar fluidos endovenosos.

Conclusiones:

En conclusión, es muy importante conocer el manejo de los pacientes con lesión medular en el ámbito extrahospitalario ya que presentan muchas complicaciones potenciales que pueden agravar la lesión medular e incluso provocar la muerte del paciente.

Poster 053

USO DE LA VÍA INTRAÓSEA EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

Autores:

Sergio Lopez Ruiz, Cristina Mesquida Sanchez, Laura Toledo Luque, Elena Gimeno Ferragut, Adrián Corral Urgel

Tipo de profesional:

TES

Objetivos:

Definir la importancia de la vía intraósea en el ámbito de emergencias extrahospitalarias.

Métodos:

El método utilizado para llevar a cabo esta revisión ha sido la búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Cochrane, Cinahl y Pubmed.

Resultados:

La vía intraósea se considera desde hace unos años como la segunda opción cuando no ha sido posible la canalización de una vía y está en riesgo la vida del paciente como por ejemplo en paradas cardiorrespiratorias, shock, grandes quemados, deshidrataciones graves, anafilaxia, politraumatizados, etc. Debemos tener en cuenta que en algunos casos la vía intraósea está totalmente contraindicada, concretamente en el caso de que el paciente presente fractura o traumatismo en el hueso a puncionar o tras haber intentado canalizar una vía previamente. Podemos considerar como contraindicaciones relativas que el paciente padezca osteoporosis, tumoración ósea, quemaduras en la zona de punción, infecciones u osteopetrosis, en estos casos deberíamos valorar su uso de manera individual. Es importante conocer las zonas de punción, en el caso de los neonatos y niños menores de 6 años, podemos puncionar la tibia proximal en la línea media en la cara antero-interna a 1/3 cm debajo de la tuberosidad tibial y en fémur distal a unos 2/3 cm del cóndilo externo, además podríamos utilizar la tibia distal, la cresta ilíaca y el trocánter mayor. En el caso de niños mayores de 6 años y adultos, las zonas de punción serán la tibia distal a 1/2 cm por encima del maléolo interno y la cresta ilíaca y en el caso de no poder acceder a estas zonas se podría insertar en la zona distal del radio, en calcáneo, en apófisis estiloides cubital, en cabeza humeral o en extremo proximal clavicular.

Conclusiones:

En conclusión, la vía intraósea se considera la vía de elección cuando no es posible canalizar una vía periférica ya que nos aporta de forma rápida y eficaz un acceso venoso en situaciones de emergencia. Por ello, es importante que el personal sanitario se familiarice con su uso.

Poster 055

EFFECTOS DE LA ADRENALINA Y LA VASOPRESINA EN EL PARO CARDÍACO

Autores:

Laura Toledo Luque, Adrian Corral Urgel, Elena Gimeno Ferragut, Sergio Lopez Ruiz, Cristina Mesquida Sanchez

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

El objetivo de este estudio es evaluar los efectos de la adrenalina y la vasopresina sobre la supervivencia de los pacientes y sobre la tasa de retorno de la circulación espontánea ante un paro cardíaco.

Métodos:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de la que se seleccionaron 10 artículos de las bases de datos Cinahl, Pubmed, Medline y Cochrane.

Resultados:

Se han obtenido datos sobre diferentes comparativas, por un lado, en cuanto a la tasa de supervivencia, se demostró que la adrenalina la aumentó en comparación con el placebo en un 3'2%. Además, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas tras comparar el tratamiento con adrenalina a dosis estándar con el tratamiento a dosis altas. Por último, al comparar el tratamiento con adrenalina con el tratamiento con vasopresina, se observó que la vasopresina aumenta entre un 26 y un 33% las probabilidades de supervivencia y que el tratamiento con vasopresina versus el tratamiento combinado de adrenalina más vasopresina no presenta mejoras estadísticas para la supervivencia. Por otro lado, la tasa de retorno de la circulación espontánea, aumentó con el uso de la adrenalina en comparación con el placebo, además no se evidenciaron diferencias en el retorno circulatorio con el tratamiento de adrenalina a dosis normales versus adrenalina a dosis altas, ni con el tratamiento de adrenalina a dosis normales versus vasopresina.

Conclusiones:

En conclusión, la adrenalina a dosis normales mejoró la circulación espontánea y la tasa de supervivencia en comparación con el placebo. El tratamiento a dosis altas de adrenalina en comparación con el tratamiento a dosis estándar, estadísticamente no presentó mejoras ni en la supervivencia ni en el retorno circulatorio. Por último, el uso de vasopresina en comparación con el uso de adrenalina, mejoró la supervivencia, pero empeoró el retorno espontáneo de la circulación. Por ello, debemos aconsejar el uso conjunto de la vasopresina y la adrenalina a dosis estándar con el fin de conseguir los mejores resultados en la tasa de supervivencia y en el retorno de la circulación espontánea.

Poster 056

UTILIDAD DE LA VALORACIÓN ECOGRÁFICA DE LA VENA CAVA INFERIOR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Autores:

Carlos Del Pozo Vegas, Cristina Úbeda Martínez, Daniel Zalama Sánchez, Pablo González Izquierdo, Leyre Pinilla Arribas, José Vicente Esteban Velasco

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Valorar la utilidad de la medición ecográfica del diámetro y colapso inspiratorio de la vena cava inferior (VCI) en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (ICA) y su relación con biomarcadores cardiacos y el pronóstico.

Método:

Estudio prospectivo observacional que incluyó a pacientes que consultan en Urgencias por ICA clasificándolos según la estimación de las presiones en la aurícula derecha (AD) en 4 grupos según el diámetro de la VCI (20mm o >20mm) y el % de su colapso inspiratorio (<50% o 50%). Se analizó la relación con la troponina hs y el NT ProBNP, el ingreso, el retorno a Urgencias y mortalidad a los 3 meses.

Resultados:

Se incluyeron 33 pacientes con diagnóstico de ICA de los cuales 6(18,18%) presentaban una VCI no dilatada y un colapso 50% (grupo I), 2(6,06%) una VCI no dilatada y un colapso <50% (grupo II), 7(21,21%) una VCI dilatada y colapso 50% (grupo III) y 18(54,54%) una VCI dilatada y un colapso <50%.

La ausencia de colapso se relacionó con valores más elevados de NT Pro BNP ($p<0,002$) no así la dilatación de la VCI.

Ninguna de las mediaciones ecográficas se relacionó con las cifras de troponina hs.

En cuanto al ingreso, 12(36,36%) pacientes fueron hospitalizados, 8(24,24%) retornaron a Urgencias en los primeros 120 días tras la primera atención y 4(12,12%) fallecieron a lo largo del mismo periodo. La afectación del colapso inspiratorio así como las cifras más elevadas de NT proBNP se relacionaron con ingreso en planta de hospitalización 10(30,30%) ($p=0,03$) y 19(57,57%) ($p=0,001$). La dilatación de la VCI, la categorización por grupos de presión de la AD o las cifras de troponina no tuvieron relación estadística con el ingreso. Ninguna variable se relacionó con la mortalidad o el retorno a Urgencias a los

3 meses. La afectación del de colapso inspiratorio de la CVI resulto predictor de ingreso OR 6,67(1,16-28,24) IC95%.

Conclusiones:

La dilatación y la ausencia de colapso de la VCI son hallazgos ecográficos frecuentes en pacientes que consultan por ICA en Urgencias. La afectación del colapso inspiratorio permite identificar a aquellos pacientes con mayor probabilidad de ingreso.

Poster 057

EVOLUCIÓN DE LAS INTOXICACIONES POR MONÓXIDO DE CARBONO: VALORACIÓN DE LAS LESIONES CEREBRALES PRODUCIDAS MEDIANTE RMN

Autores:

Angel Ascensino Bajo Bajo, Paula Queizán García, Vega Riesco Cuadrado, María Cristina García Sánchez, María Elvira Santos Pérez, Ramón Rodríguez Borrego.

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Investigar las posibles lesiones cerebrales producidas por Monóxido de carbono y medidas con estudios de Resonancia Magnética Nuclear y su equiparación al deterioro cognitivo clínico, determinándolas como factor pronóstico. Valoración durante los años 2018-19 a los 7-8 años de producirse.

Método:

Se realiza estudio prospectivo trasversal de 18 meses de duración (inicio en Octubre 2010). Se han estudiado a todos los pacientes mayores de 18 años que acuden a las Unidades del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Salamanca diagnosticados de intoxicación por monóxido de carbono (CO).

A todos ellos, además de los estudios habituales se les realizaron test de valoración neurológica así como realización de pruebas de imagen (RMN) a los 3 meses y al año (si se considerara necesario) de cuando acudieron al Servicio de Urgencias.

Resultados:

Se han estudiado un total de 51 pacientes (68% Mujeres y 32 % Hombres). La edad media fue de 46,24 años (Rango de 18-95 y desviación típica de 22,31). De los 51 pacientes acudieron a revisión 29 pacientes (57%) realizándose la RMN 17 de ellos, en 5 casos no se pudo realizar por problemas del paciente y los 7 restantes no dieron su aceptación para la misma. De las RMN realizadas, 10 fueron informadas como normales y en 7 de ellas se observaron cambios. No existen diferencias significativas respecto al nivel de carboxihemoglobina entre ambos grupos. Se realiza control a los 3 y 12 meses de la intoxicación SE valora la evolución de los pacientes durante el año 2018-19.

Conclusiones:

La atención inicial de los pacientes intoxicados por CO debe ser lo más precoz posible. La pérdida de conciencia en el momento de la intoxicación por CO es una variable a tener en cuenta en el posterior desarrollo de Síndrome Neuroléptico Tardío (SNT). La RMN es la técnica de elección para la valoración de las lesiones secundarias a una intoxicación por CO.

Poster 059

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS INTOXICACIONES AGUDAS POR DROGAS DE ABUSO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA DE VALLADOLID EN EL AÑO 2018

Autores:

Ana Ramos Rodríguez, Sandra Veleda Belanche, Juan Antonio Viveros Gómez, Beatriz Martín Pérez, Nuria Fernández García, Nuria López Hernando

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

- Describir el perfil del paciente que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) por consumo agudo de drogas de abuso.
- Evaluar las sustancias de abuso que requieren derivación al SUH en nuestro ámbito.
- Describir los motivos de consulta y patrones de consecuencias adversas que ocasionan las intoxicaciones agudas por drogas de abuso en un SUH de nuestro medio.

Método:

Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo sobre intoxicaciones agudas por drogas de abuso en los pacientes atendidos en el SUH del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid durante el año 2018 ajustadas a criterios de inclusión y exclusión. Análisis descriptivo y bivariante con las pruebas estadísticas correspondientes. Se consideró estadísticamente significativo $p < 0,05$.

Resultados:

En el año 2018 se atendieron 89.397 pacientes, 212 cumplían criterios de inclusión.

- El 76,4% fueron hombres, 23,6% mujeres.
- La edad media fue de 32,5 ± 13,1 años
- La mediana del tiempo de estancia: 3,9 horas (RIC 2,8-7,6 horas). El 53,1% de los pacientes permanecieron <4 horas, y el 89,1% <12 horas.
- El fin de semana concentró el 54,2% de las atenciones, lo mismo que Enero (12,3%), Septiembre (9,9%) y Diciembre (9,9%).
- El 41,5% ocultó el consumo de drogas de abuso durante la anamnesis toxicológica.
- Coingesta de alcohol en el 54,8% de los casos.
- La clínica psiquiátrica fue más frecuente en el uso de cannabis que en el resto de drogas de abuso.

Conclusiones:

Las intoxicaciones agudas por drogas de abuso representan un problema de Salud Pública pero un pequeño porcentaje de las atenciones en el SUH, la mayoría no graves, que llegan por su propio medio y en estado de ansiedad. Afectan principalmente a varones jóvenes quienes consumen más cannabis, seguido de cocaína y anfetamina-MDA, a menudo asociando coingesta de alcohol. La determinación de tóxicos en orina resulta útil para el diagnóstico ante la sospecha. La disminución de casos atendidos en verano podría deberse al desplazamiento de la población fuera de la provincia o a zonas rurales.

Poster 060

DIAGNÓSTICOS ENCUBIERTOS: TIROIDITIS SUBAGUDA

Autores:

Ana Ramos Rodríguez, Beatriz Martín Pérez, Juan Carlos Sánchez Rodríguez, Marta Moya De La Calle, Nieves Sobradillo Castrodeza, Verónica García Ramos

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Revisar una patología infrecuente cuya sospecha supone un reto en la práctica clínica por la variedad de síntomas, desencadenantes y diagnósticos diferenciales. Un adecuado manejo evita tratamientos innecesarios y reduce las tasas de morbilidad asociadas a su presentación como hipertiroidismo intenso.

Método:

Mujer de 34 años sin alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. Sin antecedentes personales de interés: Acude a Urgencias por segundo episodio en 30 días dolor en parte anterior del cuello irradiado a oído derecho, odinofagia y fiebre de 38,7°C de 10 días de evolución sin respuesta al tratamiento (Ibuprofeno 600miligramos (mg) cada 8 horas (h), Paracetamol 1gramo (g) cada 12h y Amoxicilina 750mg cada 8h). Refiere insomnio, nerviosismo, palpitaciones, sudoración profusa y pérdida ponderal de 3-4 kilogramos (Kg) en el último mes. Exploración Física: Afebril. Tensión arterial 127/63 milímetros de mercurio (mmHg), 90 latidos/minuto (lpm). Saturación de Oxígeno: 100%. Palpación dolorosa y elástica de ambos lóbulos tiroideos aumentados de tamaño. Auscultación cardiopulmonar: normal. Exploraciones complementarias: Analítica sanguínea: 14200 leucocitos (80,7 % neutrófilos). VSG:2. Proteína C reactiva: 149. Anticuerpos anti-microsomales negativos. TSH: 0,01. T4 libre: 4,77. T3 libre: 15. Urocultivo y hemocultivos negativos. Electrocardiograma: Taquicardia sinusal a 90 lpm. Radiografía de tórax: sin alteraciones significativas. Ecografía de cuello: Hallazgos sugestivos de tiroiditis subaguda.

Resultados:

Tiroiditis subaguda de Quervain en fase de tirotoxicosis.

Conclusiones:

Representa una entidad poco frecuente con mayor prevalencia en mujeres (5:1). Es una gran imitadora y suele presentarse como dolor cervical anterior irradiado al maxilar u oídos acompañada o no de otros síntomas, resultando fundamental la exploración física. De etiología desconocida y frecuentemente viral, su diagnóstico clínico diferencial resulta amplio, siendo raro su debut como crisis tirotóxica. Se requieren parámetros bioquímicos como la VSG, llamativamente baja en el caso expuesto y perfil de hormonas tiroideas. Evoluciona típicamente en 4 fases y puede tener un curso autolimitado. En el tratamiento los antitiroideos de síntesis no son útiles y varía según la fase evolutiva. Se pautó: Prednisona 30mg/día durante 14 días en pauta descendente, Propanolol 20mg cada 12h durante 14 días, Paracetamol 1g/8h. Fue derivada al especialista en Endocrinología sin precisar ingreso hospitalario.

Poster 063

DETECCIÓN DE MALTRATO INFANTIL DESDE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIO

Autores:

Fernando Miguel Saldaña, Sara Gálvez Gallego, Alba Cano Navas, Marta Gómez Mascaraque Morales, Javier Compés Luque, Rosa Suárez Bustamante

Tipo de profesional:

TES

Objetivos:

Conocer las características sociodemográficas de los menores de edad víctimas de maltrato y de los autores del mismo.

Métodos:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de todos los casos atendidos y notificados como Sospecha de Maltrato Infantil (SMI) (menores de 18 años) en el año 2018 por el Servicio de Emergencias Prehospitalario SAMUR-Protección Civil en la ciudad de Madrid, mediante la revisión de la base de datos e informes asistenciales. Variables: edad y sexo de la víctima, código inicial, traslado hospitalario, día de la semana, tiempo de asistencia, autor del maltrato. Estadísticos descriptivos de frecuencias a través del programa SPSS17.0

Resultados:

Se notificaron un total de 260 casos de SMI. De estos, 200 (76,9%) fueron codificados inicialmente como Código 5.8 (SMI). El 23,1% restante (60) la solicitud de intervención fue por otro motivo (caída casual, intoxicación etílica, patología psicósomática,...). El día de la semana con mayor número de casos fue el viernes, 50 (19,2%), y el menor el sábado, 22 (8,5%). En 35 ocasiones se realizó traslado hospitalario (13,5%). El tiempo medio de asistencia fue de 1 hora y 17 minutos (DE: 31 minutos). Por edades, menores de 1 año, 13 (5%), 1 año, 5 (1,92%), 2 años, 7 (2,69%), 3 años, 11 (4,23%), 4 años, 6 (2,31%), 5 años, 7 (2,69%), 6 años, 6 (2,31%), 7 años, 9 (3,46%), 8 años, 12 (4,61%), 9 años, 9 (3,46%), 10 años, 19 (7,31%), 11 años, 22 (8,46%), 12 años, 21 (8,07%), 13 años, 20 (7,69%), 14 años, 28 (10,76%), 15 años, 31 (11,92%), 16 años, 21 (8,07%) y 17 años 13 (5%). Según el sexo de la víctima, 147 (56,5%) femenino y 113 (43,5%) masculino. Principalmente, el autor responsable del maltrato fue la madre en 83 casos (31,9%), seguido del padre, 72 (27,7%), padre y madre 36 (13,8%) y padrastro, 22 (8,5%).

Conclusiones:

Se detectan casos de sospecha de maltrato infantil en todas las edades y en ambos sexos, aumentando en los adolescentes. La proporción de padres y madres autores del maltrato es muy similar. En la mayoría de los casos el maltrato es infligido por los propios familiares.

Poster 064

VEINTE AÑOS DE EMERGENCIAS SANITARIAS EN CASTILLA Y LEÓN

Autores:

J. Sonia De Miguel Muñoz, Hortensia García Martínez, Jose Luis Alcalde Pascual, Jose Luis Serrano Egido, Pedro Negredo García, Maria Isabel Alcázar Romera

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

Exponer la evolución de los recursos sanitarios de emergencias en Castilla y León (CyL) desde su creación. Elaborar un póster divulgativo para el servicio.

Métodos:

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo. Se consultaron publicaciones oficiales que reflejan la aparición de los diferentes recursos: BOCYL, portal de salud de la Junta de CyL, Memorias del Servicio de 2000 a 2018.

Resultados:

En el marco de los Sistemas Integrales de Emergencias dependientes del INSALUD, en 1999 se creó el 061 de CyL para resolver las situaciones de urgencia en esta comunidad, unificando los distintos niveles asistenciales. Aparece el Centro Coordinador de Urgencias (CCU) como responsable de la recepción de llamadas y activación de recursos. Aparecieron las primeras ambulancias asistenciales, Unidades Móviles de Emergencias (UMEs), para estabilizar y trasladar pacientes. En 2003 se transfieren las competencias en sanidad a las Comunidades Autónomas. En CyL se crea la Gerencia de Emergencias Sanitarias (GES), adscrita a la Gerencia Regional de Salud de CyL, integrando los recursos del 061 y apareciendo otros nuevos, como los Helicópteros Emergencias Medicalizados (HEMS) y las Ambulancias de Soporte Vital Básico (ASV). Desde 2014 el CCU coordina las UVIs de traslados secundarios. Actualmente la GES gestiona el CCU, 23 UMEs, 117 soportes y 3 HEMS. El personal asistencial que depende directamente de la GES son médicos y enfermeras que desarrollan su labor en el CCU y en las UMEs. El CCU tiene capacidad de activar recursos propios y otros movilizables, entre ellos el personal médico y de enfermería de Atención Primaria, para acompañar a los 2 Técnicos en Emergencias Sanitarias que componen las ASVB e igualar la dotación de las UMEs, que cuentan con 1 médico, 1 enfermera y 2 TES.

Conclusiones:

Desde 1999 se produce la implantación progresiva de recursos sanitarios, con el mayor incremento en 2006. A fecha de hoy, permanecen sin variaciones respecto a 2009, excepto la supresión de un helicóptero en 2013. En 2003 aparece la GES como órgano de gestión de la asistencia de emergencias sanitarias en CyL, haciendo uso de los recursos disponibles en la comunidad.

Poster 065

CUIDADOS ACTUALES EN HERIDAS CON CICATRIZACIÓN POR PRIMERA INTENCIÓN

Autores:

María Celeste Santiago Valladolid, Raúl Soto Cámara, Mar Peña Muñoz, María Santamaría Francés, Sandra Marijuán Azofra, Cristina Inés Simón Serna

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

Manejar las alternativas a la cura seca diaria en heridas quirúrgicas que cierran por primera intención.

Métodos:

Búsqueda bibliográfica con estudios publicados sobre el uso de curas en ambiente húmedo y terapia de presión negativa en heridas quirúrgicas e incisionales en los últimos 5 años (2014-2019), seleccionando únicamente estudios con metodología experimental, revisiones sistemáticas y metaanálisis. Las bases bibliográficas consultadas fueron Medline, Cinhal y Embase. Para formular las tres estrategias de búsqueda se utilizó la plataforma MeSH de Medline y los tesauros de Cinahl (Cinahl Headings) y de Embase.(Emtree).

Resultados:

Los nuevos productos para la cura de ambiente húmedo y la aplicación de sistemas de vacío han demostrado numerosos beneficios frente a la cura seca. La cura seca consiste en la limpieza de la herida con suero salino, desinfección, dejar secar y cubrir con un apósito de gasa diariamente. El principal beneficio de cubrir una herida quirúrgica es gestionar el exudado y protegerla del ambiente para evitar infecciones. El auge de los apósitos usados para la cura húmeda de heridas crónicas también ha demostrado su utilidad en heridas quirúrgicas apareciendo procedimientos como la técnica Mölndal (aplicación de una hidrofibra cubierta con un film de poliuretano, con técnica estéril, desde quirófano) o la aparición de distintos apósitos compuestos por variedad de materiales que se basan en la misma premisa que la técnica mencionada. Los beneficios de este tipo de apósitos son: evitar complicaciones locales (como las ampollas, maceración, etc.), aumentar el confort del paciente, disminución del tiempo de enfermería y contención de costes, ya que la cura no se levanta hasta los 10 días. La relación de los distintos materiales frente a la prevención de la infección ha sido revisada en un reciente metaanálisis, demostrando un muy bajo nivel de evidencia frente a la eficacia de los distintos materiales de la cura húmeda en comparación con la cura seca e incluso con dejar la herida expuesta. Una alternativa más novedosa es la aplicación de terapia de presión negativa en heridas quirúrgicas. Esta modalidad terapéutica sí que ha mostrado con significación estadística reducir la infección del sitio quirúrgico, disminuir los seromas y evitar las dehiscencias (curas entre 2 y 7 días).

Conclusiones:

La cura en ambiente húmedo en incisiones es beneficiosa frente a la cura seca diaria. El uso de la terapia de presión negativa ha demostrado mejores resultados en cuanto a la prevención de la infección.

Poster 066

NO PUEDO CAMINAR, ESTA MOCHILA ME ESTÁ MATANDO

Autores:

Cristina Peña Busto, Noelia Vicario Jimenez, Isabel Álvarez Nozal, Patricia Bustamante Marcos, Javier Hernandez Roscales

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

La importancia de una buena coordinación entre los servicios de Emergencias y Urgencias hospitalarias a la hora trasladar a un paciente con síntomas aparentemente banales y en edad pediátricas, así como la labor de un triaje con personal cualificado que nos ayude a clasificar a los pacientes por gravedad

Método:

Nos avisa el 1-1-2 de un paciente de 13 años que al salir del colegio presenta dolor brusco e intenso en la espalda que inicialmente lo relacionó con el peso de la mochila, tras sentarse en un banco a descansar no pudo volver a levantarse ni caminar. En urgencias se objetivó paresia de ambas extremidades inferiores con abolición de reflejos, patelar, aquileo y cremastérico; hipoestesia bilateral (más marcada en EII), raíz de muslos y centro abdominal. Termoanalgesia de predominio EII. Pérdida de fuerza en EE.II con imposibilidad de levantar las piernas del plano de la cama. No relajación de esfínteres (precisó sondaje vesical y enemas). Priapismo.

Resultados:

En urgencias se realizó analítica con hemograma bioquímica y coagulación normales. Tóxicos en orina negativos. Radiografía de tórax sin hallazgos de interés. Durante su ingreso se realizó PL con citoquímica y cultivo negativo, virus neurotrofos, serologías y coprocultivos negativos y ENG con ausencia de ondas F en EE.II, resto normal. Inmunoglobulinas normales. RMN al ingreso con ectasia del canal endocéfálico, y a los 5 días con contraste evidenciando alteración de la señal intramedular desde mitad inferior de T2 hasta mitad superior de T8, afectando fundamentalmente a los cordones antero laterales, con preservación del cordón posterior, asociado a un engrosamiento difuso de la medula ósea a dicho nivel. Se inició tratamiento profiláctico con antibiótico y antiviral hasta cultivo de LCR negativo.

Conclusiones:

Ante el diagnóstico diferencial de un Guillen Barré se inició tratamiento con plasmaféresis y megabolos de corticoide ante la sospecha clínica de una Mielitis Transversa no infecciosa, que se terminó confirmando con las pruebas de imagen. Ante la nula evolución clínica, precisó tratamiento rehabilitador con fisioterapia precoz, así como la derivación a Unidad de tetrapléjicos de Toledo para integración y seguimiento.

Poster 067

DOCTORA, AMANECÍ CON DOLOR DE CUELLO Y EL BRAZO DORMIDO, ¿ES GRAVE?

Autores:

Cristina Peña Busto, Javier Hernandez Roscales, Noelia Vicario Jimenez, Isabel Álvarez Nozal, Patricia Bustamante Marcos

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Identificar rápidamente a los pacientes graves con el fin de priorizar su asistencia y realizar una correcta anamnesis y exploración física del paciente ante síntomas aparentemente banales

Método:

Mujer de 39 años que consulta por dolor cervical en región anterior, valorada en urgencias el día anterior, pendiente de estudio ecográfico tiroideo, y que desde esa mañana asociado a parestesias de ESI, sin pérdida de fuerza, pulso radial débil y discreta inflamación con respecto a la contralateral. No frialdad distal. Sin adenopatías latero cervicales ni axilares. No disfagia. Afebril

Resultados:

De urgencias se le realiza analítica de sangre completa con hemograma, bioquímica y coagulación dentro de los límites normales. Se solicita eco doppler de ESI y TAC torácico que informan de amplia masa solida mediastínica antero-superior que ejerce efecto masa sobre las estructuras vasculares condicionando trombosis parcial de la vena subclavia derecha con conservación de su flujo y trombosis completa de la vena yugular izquierda en sus dos tercios inferiores, la vena subclavia en su totalidad y trombosis parcial sin oclusión completa de la luz de la vena basílica con conservación dificultosa del flujo a este nivel. Aparición de un ganglio de tamaño y morfología sospechoso de infiltración en la cadena latero cervical izquierda. Se traslada a cirugía torácica para realizar mediastinoscopia y estudio por hematología.

Conclusiones:

Se confirma que se trata de Linfoma No Hodgkin tras los resultados de Anatomía Patológica, biopsia ósea y PET/TAC, iniciándose tratamiento con R-DAEPOCH.

Poster 070

GESTIÓN LOGÍSTICA EN LAS ACCIONES FORMATIVAS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIO EN 2018

Autores:

Jesús Cano Gabriel, Javier Compés Luque, Fernando Miguel Saldaña, Alba Cano Navas, Carlos González Soria, Javier Cabeza Rojo

Tipo de profesional:

TES

Objetivos:

Describir el volumen de material utilizado en las acciones formativas del Servicio de Emergencias Prehospitalario SAMUR-Protección Civil durante el plan de formación del año 2018. Observar la relación existente entre la valoración de la satisfacción del material utilizado y la valoración de la satisfacción global del curso.

Métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo del material utilizado en todas las acciones formativas realizadas por SAMUR-Protección Civil (Madrid) durante el año 2018. Variables: cantidad y tipología del material, valoración cuantitativa de la satisfacción de los cursos, valoración cuantitativa del material utilizado.

Resultados:

Se realizaron 27 acciones formativas con un total de 99 ediciones. Se han movilizado hacia los centros de formación 304 maniqués de simulación (reanimación adulto/niño/lactante, paciente traumático, patología clínica, obstetricia, bustos vía aérea, brazo de punción intravenosa, maniobra de Heimlich), 755 aparatos de electromedicina (monitor desfibrilador, Desfibrilador Externo Automático (DEA), pulsioxímetro, capnógrafo, cooxímetro, ecógrafo, analizador sanguíneo, monitor de presión sanguínea, glucómetro) 731 unidades de material para manejo del paciente traumático (camilla de cuchara, tablero espinal, correas de sujeción, collarín, inmovilizador de cabeza, férula neumática, férula de tracción, colchón de vacío) y material fungible (la farmacia del propio Servicio suministra el material caducado). La media de las valoraciones realizadas por los alumnos de satisfacción global de los cursos fue de 4,58 (en una escala de 1 a 5). La correspondiente a la satisfacción con el material utilizado, 4,57.

Conclusiones:

Para poder llevar a cabo todas las acciones formativas planificadas, se ha utilizado gran número de material. Este material es diferente dependiendo de los contenidos de unas formaciones a otras. Se observa que la media de las valoraciones de la satisfacción global de los cursos es similar a la media de satisfacción con el material utilizado en las mismas.

Poster 071

EVOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE EMERGENCIAS EN CASTILLA Y LEÓN

Autores:

Pedro Negro García, Hortensia García Martínez, José Luis Alcalde Pascual, José Luis Serrano Egido, J.Sonia de Miguel Muñoz, Natividad Muñoz Rodríguez

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

Contrastar la evolución asistencial entre Soria y Castilla y León (CyL) desde la creación, en 2003, de la Gerencia de Emergencias Sanitarias en CyL.

Métodos:

- Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo.
- Se revisaron las Memorias del Servicio desde el año 2003, consultando datos relativos a:
 - Población de referencia (número de tarjetas sanitarias).
 - Población cubierta por las Unidades Móviles de Emergencias (UME) Sanitarias.

Resultados:

Datos recopilados:

- La población de referencia de Soria se incrementó hasta el año 2009 en el que alcanza su máximo, disminuyendo después. La tendencia en Castilla y León es similar, siendo el máximo en 2010.
- La demanda asistencial en la provincia de Soria está en concordancia con la evolución de la población, teniendo su máximo, también, en 2009 y disminuyó hasta 2014, desde ese año tiende a crecer.
- Los avisos de la UME de Soria tienen una leve tendencia a disminuir. En Castilla y León no hay una tendencia clara.
- Los avisos de Helicópteros Emergencias Medicalizados (HEMs) tienen un gran descenso en 2012 respecto a otros años.
- Los avisos de unidades de Soporte Vital Básico (SVB), tanto en Soria como en Castilla y León van creciendo paulatinamente.
- En Atención Primaria (AP) los avisos tienden a aumentar en ambas poblaciones, aunque con una leve disminución en torno a 2013.
- Los ingresos por facturación a terceros han aumentado anualmente.

Conclusiones:

- En los primeros años hay un incremento progresivo de la actividad asistencial.
- A medida que se introducen los SVB aumenta su actividad, más cuando ya están todos los recursos distribuidos, tanto en Soria como en Castilla y León, coincidiendo con una disminución de la actividad de las UMEs, concretamente en Soria.
- La actividad asistencial de SVB y AP aumenta, en ambas poblaciones, a pesar de disminuir la población. Serían necesarios otros estudios para saber si es debido al envejecimiento.

Poster 072

¿QUÉ PUEDE HACER ENFERMERIA EN EL SANGRADO DE UN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMIA / TRAQUEOTOMIA HASTA LA LLEGADA DEL FACULTATIVO?

Autores:

Belén Hernández Romero, Cristina Valente Hernández, Roberto Álvarez Alonso, Inmaculada Ezquerro Abadías, Alberto Gallego Hernández, María Pilar Ruiz Ruiz

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

General: Elaborar un protocolo y diagrama de flujo con la actuación urgente y los cuidados de enfermería ante la hemorragia en el paciente portador de traqueostomía / traqueotomía.

Específicos:

- Concretar y priorizar las pautas de actuación que debe seguir el personal de enfermería ante el sangrado del paciente portador de traqueostomía / traqueotomía hasta la llegada del facultativo.
- Asegurar una rápida valoración y atención desarrollando los conocimientos y habilidades necesarios.
- Identificar los signos de alerta y localización de los distintos tipos de sangrado.
- Mejorar la calidad en la atención sanitaria disminuyendo así la morbi-mortalidad asociada a esta situación.
- Servir como guía de actuación para el personal esporádico o de nueva incorporación.

Métodos:

Revisión bibliográfica de las posibles complicaciones postquirúrgicas en los pacientes intervenidos con traqueostomía / traqueotomía y la actuación de enfermería. Creación de un grupo de trabajo para la elaboración del protocolo y el diagrama de flujo.

Resultados:

Elaboración del protocolo de actuación rápida de enfermería en el sangrado de pacientes con traqueostomía / traqueotomía. Diseño de un diagrama de flujo que establezca de forma secuenciada la actuación de enfermería ante un sangrado urgente.

Conclusiones:

La creación de este diagrama de flujo asegura la rápida valoración y actuación de enfermería facilitando la rápida identificación y manejo temprano de estos pacientes ante una situación de urgencia, ayudando a detectar los factores de riesgo, los signos y síntomas, disminuir las complicaciones y evitar los riesgos vitales en los primeros momentos del sangrado, reduciendo así las morbi-mortalidad. El profesional de enfermería es parte activa del equipo multidisciplinar con competencias en los cuidados del paciente portador de traqueostomía/traqueotomía, pone en valor el papel que desempeña, conciencia y alerta ante posibles complicaciones de un pequeño sangrado y ante la importancia de una pronta actuación rápida.

Poster 073

NEUMONÍA ATÍPICA EN PACIENTE JOVEN

Autores:

Cristina Úbeda Martínez, Noelia María González Lima, Laura Melero Guijarro, Carlos del Pozo Vegas

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Revisión de un caso neumonía atípica.

Método:

Descripción de un caso clínico.

Resultados:

Historia clínica: Varón de 44^a. Consulta por fiebre de 39 ' 5C°, cefalea, abdominalgia, vómitos y diarrea de 5 días de evolución. No tos, disnea, dolor torácico. Se diagnostica de neumonía, solicitando el alta voluntaria. A los 3 días retorna por mantener fiebre y presencia de tos no productiva pese a tratamiento antibiótico empírico. Exploración: TA 95/62 mmHg, FC 83lpm, SpO2 95%, Tª 36,2C°. BEG, normocoloreado, taquipnéico a 20rp ' , no exantemas ni adenopatías. AC: rítmica, sin soplos. AP:

Sibilantes difusos y disminución del murmullo en base derecha. Abdomen: anodino. Rx tórax: derrame pleural derecho con aumento de la condensación basal derecha (respecto a previa). ECG: RS 85lp ' .

Analítica: Hemograma y coagulación: sin alteraciones. Bioquímica: PCR 180, GOT 430UI/L, GPT 128UI/L, LDH 497UI/L. Ag neumococo en orina: negativo. Ante empeoramiento de la clínica e imagen radiológica, ingresa en neumología. Se aísla Francisella tularensis en hemocultivos, iniciando Ciprofloxacino 500mg, con buena respuesta. Al décimo día, el paciente refiere dolor torácico típico con cambios electrocardiográficos y movimiento enzimático, sugestivos de SCACEST. El cateterismo no refleja lesiones coronarias, siendo diagnosticado de miocarditis. Juicio Diagnóstico: Neumonía y Miocarditis por F. Tularensis.

Conclusiones:

La tularemia es una zoonosis bacteriana, de declaración obligatoria, causada por F. tularensis, que tiene como reservorio a lagomorfos y pequeños roedores. Las manifestaciones clínicas se dividen en seis formas, que tienen en común síndrome constitucional y fiebre, siendo las más frecuente la tularemia úlcero glandular (adenopatías más úlcera cutánea) y, las más letal, la tularemia pulmonar, a la que se puede evolucionar por diseminación sanguínea desde la forma tifoidea. La miocarditis está descrita, pero es una forma rara de presentación. El diagnóstico diferencial ha de hacerse en pacientes que presenten úlceras y adenopatías y refieran una exposición a los vectores de transmisión habituales. No requiere aislamiento de contacto al no existir transmisión directa entre personas. La Estreptomicina ha sido el antibiótico de elección aunque, actualmente, se emplea Ciprofloxacino por buena tolerancia y respuesta. Los anticuerpos IgM e IgG aparecen simultáneamente y la inmunidad permanece a lo largo del tiempo.

Poster 074

PUNCIÓN LUMBAR ECOGUIADA: AUMENTANDO NUESTRAS CAPACITACIONES

Autores:

Ángela María Arévalo Pardo, Marta Moya De la Calle, Susana Sánchez Ramón, Beatriz Martín Pérez, Susana Manso García, María Jesús Giraldo Pérez

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Valorar la utilidad de la punción lumbar ecoguiada (PLE) frente a la punción lumbar clásica (PLC), en cuanto a número de punciones necesarias para obtener la muestra, y tiempo total empleado en la técnica. Observar posibles diferencias en cuanto a la realización de la técnica en pacientes difíciles, así como porcentaje y tipo de complicaciones.

Método:

Estudio descriptivo prospectivo transversal, de punciones lumbares realizadas en un Servicio de Urgencias, realizadas por médicos con formación básica en ecografía. Criterios de exclusión: pacientes menores de 14 años. Variables recogidas: edad, sexo, síntoma guía presente (cefalea, rigidez o fiebre), número de punciones totales, tiempo empleado total, criterios de paciente difícil: obesidad, escoliosis, posición decúbito lateral y complicaciones posteriores, cefalea infección, hemorragia y otras. Análisis estadístico mediante SPSS: t de Student y pruebas de Ji cuadrado de Pearson considerando un nivel de significación de $p < 0,05$.

Resultados:

Se incluyeron un total de 33 pacientes en la muestra, Se realizaron 13 PLE (56,6%) y 17 PLC (43,3%). La edad media fueron 40 años (rango intercuartílico 31-48), varones 54%. Tasa de éxito: en PLE éxito en el primer intento de punción en 84,6%, PLC 47,05% $p < 0,001$. En casos fallidos en primer intento, media de intentos necesarios: PLE 3, PLC 4. EL 46,9% de todas las punciones fueron dificultosas: por posición 90%, obesidad 5,3% escoliosis 4,7 %. Tiempo de técnica: menor de 20 minutos PLC 65,6% frente a PLE 58,9%; mayor de 40 minutos PLC 20,7% frente a PLE 9,3%, ($p = 0,007$). Complicaciones escasas: la más frecuente cefalea 11,8% en PLC, 7,7% en PLE, p no significativa.

Conclusiones:

La ecografía es una herramienta muy útil para la realización de técnicas un Servicio de Urgencias. Requiere solamente una formación básica para su utilización. La Punción lumbar ecodirigida es una opción muy útil, sobre todo en pacientes difíciles, ya que asegura un menor número de pinchazos/intentos, y no entorpece la técnica, al obtener mayor éxito con menos punciones; del mismo modo tampoco aumenta el número de complicaciones, aportando así mayor seguridad en la realización de punciones lumbares.

Poster 076

ANÁLISIS DE LA PATOLOGÍA TRAUMATOLÓGICA PEDIÁTRICA ATENDIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO (SUH)

Autores:

María Eugenia Ceinos Ruiz, Claudia Pañeda García, Lorena Delgado Alonso, Marta Moya de la Calle, Rosa Castellanos Flórez, Patricia Bustamante Marcos

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Conocer los motivos de consulta más frecuentes en un SUH, de patología traumatológica infantil. Los datos analizados, servirán para mejorar el itinerario formativo de los residentes, reforzando las áreas de conocimientos necesarias y fomentando el posterior desarrollo de protocolos y vías clínicas.

Método:

Estudio descriptivo, prospectivo, de los niños (0-14) atendidos en el SUH en el 2017, por motivos traumatológicos. Se analizaron la edad, el sexo, los motivos de consulta, la fecha de atención, el destino y servicio responsable al alta, la escala de triaje, las lesiones y localizaciones de las lesiones más frecuentes.

Resultados:

La muestra obtenida fue de 4940 pacientes, de 0-14 años. De estos el 44% fueron mujeres y 56% varones. Los pacientes preescolares (0-4 años) incluidos supusieron el 24% de la muestra, los escolares (5-11 años) el 56 % y los de ESO (12-14 años) el 20 %. Los meses de marzo a mayo, seguidos por septiembre, octubre y noviembre fueron los que más demanda asistencial, destacando un descenso significativo en los meses de verano. EL destino fue alta 74%, ingreso 2% y consulta al alta el 24%.

Según el triaje menos del 1% fueron P1, el 1% P2, el 4% P3, el 75% P4 y el 20% P5. La localización de la lesión fue en cabeza y cuello el 23%, politraumatismo 1%, tronco y abdomen el 2%, extremidad superior el 37% y extremidad inferior el 33%. Dentro de la patología de cabeza y cráneo, destacaron las heridas, dentro de la patología de ES destacaron las fracturas de antebrazo y codo, seguidas por las contusiones de mano y muñeca. En la extremidad inferior destacaba la cojera no traumática, seguida por esguince o patología ligamentosa a nivel de tobillo, así como el traumatismo banal en el pie. Dentro de la patología propia de la infancia lo más frecuente fueron las epifisiolisis, seguidas de la pronación dolorosa, la fractura en tallo verde y la fractura en rodete de la extremidad superior.

Conclusiones:

Las patologías de la infancia más frecuentes fueron las epifisiolisis de ES, seguido por la pronación dolorosa y las fracturas en rodete y tallo verde. En la EI destacaban la cojera idiopática y los esguinces de tobillo. Ante los resultados se realizó formación específica en estas áreas y se desarrollaron vías clínicas rápidas, que han mejorado mucho la asistencia y calidad en estos pacientes.

Poster 077

HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LA LUCHA POR LA VIDA

Autores:

María Sanz Rodríguez, Raquel Ordás Linacero

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

- Describir las actividades relacionadas con la humanización de los cuidados.
- Resaltar la importancia de la humanización de los cuidados enfermeros.

Métodos:

Se han consultado artículos científicos de enfermería relacionados con la humanización de cuidados entre los años 2014 y 2019, revisándose para ello bases de datos como SciELO, Google académico y Pubmed, además de revistas enfermeras.

Resultados:

La humanización de cuidados enfermeros es un término basado en valores con el que se pretende promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar un entorno saludable que favorezca el mantener al paciente en las mejores condiciones.

En muchos artículos se habla de un decálogo de actividades que engloban el término de humanización de cuidados enfermeros, aunque realmente engloba mucho más.

Conclusiones:

Creando conciencia sobre la necesidad de humanizar los cuidados enfermeros se logra una atención de alta calidad respondiendo a las aspiraciones del usuario, demostrando así que la humanización está íntimamente ligado a la calidad.

Poster 078

ENFERMEDAD DE LYME EN EL ÁMBITO LABORAL RURAL

Autores:

María Celeste Santiago Valladolid, María Santamaría Francés, Raúl Soto Cámara, Mar Peña Muñoz, Sandra Marijuán Azofra, Cristina Inés Simón Serna

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

Realizar un plan de cuidados en un paciente con eritema migratorio, instruyéndole en medidas de protección personal para evitar las picaduras de garrapatas y otros vectores.

Métodos:

Desarrollo de un caso clínico de un varón de 40 años que dedica su labor profesional a la actividad comercial de productos agropecuarios.

Acude a urgencias por presentar desde hace unos días una extensa lesión anular de borde eritematoso en costado derecho que ha ido aumentando de diámetro de forma rápida, acompañada de fiebre, escalofríos y fatiga. Refiere picor inicial.

Resultados:

Entre los efectos derivados de la exposición a agentes biológicos en profesionales que trabajan con animales y al aire libre, destacan las dermatitis de contacto, las reacciones alérgicas y uno de los más importantes: la posibilidad de contraer una zoonosis.

La enfermedad de Lyme, un trastorno multisistémico provocado por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi*, es una enfermedad causada por la mordedura de una garrapata

Conclusiones:

La medida profiláctica más eficaz para la prevención de la enfermedad de Lyme y otras enfermedades transmitidas por garrapatas consiste en evitar la picadura de las mismas.

La prevención incluye limitar las actividades al aire libre en áreas endémicas, utilizar repelentes contra estas, vestir camisas de colores claros y mangas largas, pantalones plegados dentro de los zapatos, realizar la inspección frecuente de la piel (fundamentalmente de axilas, ingle, huecos poplíteos) para la detección temprana y eliminación correcta de las garrapatas.

El empleo de vacunas no es una alternativa disponible hoy día.

Poster 079

UN EXOFTALMOS... QUE ESCONDE ALGO

Autores:

Laura Hernando López, Marta González Calabaza, Iria Pereira Prada, Mónica Santos Orus, Juan Manuel Santos Escudero, Sonia Gayol Huerga

Tipo de profesional:

Médicos

Introducción:

Los meningiomas constituyen del 15 al 23% de los tumores primarios intracraneales siendo los extraparenquimatosos más frecuentes. Su incidencia es de 6/100.000 habitantes por año, representando el único tumor intracraneal más frecuente en mujeres y alcanzando la mayor incidencia durante la sexta y séptima década de la vida. La clínica varía en función del tamaño y estructura comprimida, siendo esencial para su diagnóstico, una anamnesis y exploración física completa y la realización de pruebas de imagen como la RMN y TC craneal.

Metodología:

Mujer de 69 años, independiente ABVD, sin antecedentes médico-quirúrgicos, acude a Urgencias por sensación de arenilla en ambos ojos, lagrimeo y secreción purulenta de una semana de evolución, sin pérdida de agudeza visual. Desde triaje, pasa al área de urgencias oftalmológicas. Durante la anamnesis, refiere repetidos episodios previos similares en los últimos seis meses que no trató farmacológicamente. Exploración física: constantes normales. Exploración oftalmológica: Exoftalmos derecho. AV 0.75 ambos ojos, no mejoría con estenopeico. PIO ojo derecho aumentada a la digitopresión. MOI y MOE conservados, no diplopía. BMCA ambos ojos: conjuntiva hiperémica, reacción papilar tarsal inferior, fluoresceína negativa. Exploración neurológica: orientada en tres esferas, pares craneales sin alteraciones. Fuerza, sensibilidad y tono conservado, no alteraciones de la marcha. ROT presentes. No disimetrías, Romberg y signos de irritación meníngea negativos. Pruebas complementarias. TAC: masa parasagital occipital derecha de 3.1 x 2.5cm con extensión hacia fosa temporal y componente intraorbitario extraconal. Márgenes bien definidos, calcificación puntiforme en su espesor con realce intenso y homogéneo tras administración de contraste.

Hallazgos sugestivos de meningioma parasagital occipital y del ala mayor del esfenoides derecho.

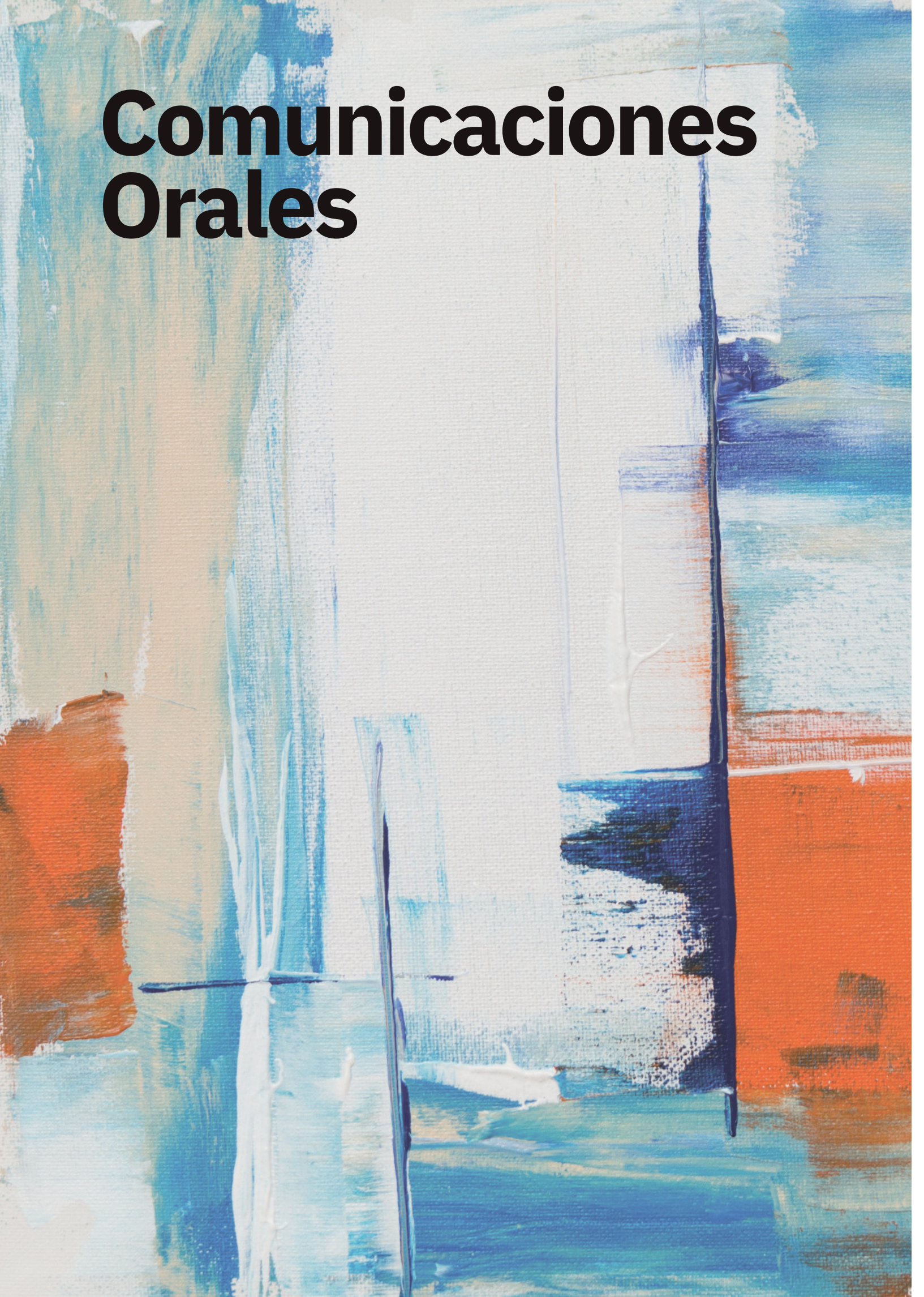
Resultados:

Se comenta con Neurocirugía quien cita a la paciente de forma preferente para ampliar estudios. Se pauta tratamiento para conjuntivitis vírica.

Conclusiones:

El meningioma es un hallazgo casual en la mayoría de los casos. Esto es debido a un mayor uso de pruebas de imagen y a ser silentes hasta estadios avanzados. El tratamiento de elección es quirúrgico, reservando radioterapia y radiocirugía estereotáctica para casos irresecables y pudiendo optar por observación en tumores de menor tamaño. Es importante la sospecha diagnóstica ante cualquier signo para su diagnóstico y terapéutica precoz.

Comunicaciones Orales



Comunicación 002

ADHERENCIA A LA GUÍA CLÍNICA DE SEPSIS EN URGENCIAS DEL HOSPITAL BIDASOA

Autores:

Ion Koldobika Iribar Diéguez, Itziar Vergara ,Kalliopi Vrotsou

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

- Describir la adherencia de un servicio de urgencias hospitalario a las recomendaciones de la Guía Clínica (GC) de sepsis
- Identificar factores asociados a la misma.

Método:

Estudio transversal. Se identificaron los casos codificados (CIE9 y CIE10) para: Sepsis/septicemia, sepsis severa, y shock séptico durante el periodo comprendido entre enero 2015 y abril 2018. El estudio fue aprobado por el CEIC de referencia. Se evaluó la adherencia a las 4 recomendaciones sólidas de la GC de sepsis implantada en 2014 con los criterios de respuesta inflamatoria sistémica: Hemocultivos preantibiótico; antibiótico en <2h; fluidoterapia; Noradrenalina (NA) si precisa; y a la recomendación débil: lactato como biomarcador. Se extrajeron de la literatura los factores relacionados con la adherencia.

Toda la información se obtuvo de la historia clínica electrónica. Se consideró como cumplimiento global de la GC, una adherencia >85% de las recomendaciones.

Resultados:

Se revisaron 240 casos. La adherencia global fue del 34%. Ninguna recomendación sólida alcanzó el 85% de cumplimentación (hemocultivos: 65%, fluidoterapia: 66%, y la terapia con NA: 66%), y la recomendación débil: 35%. Entre los factores relacionados con la adherencia destaca el tiempo de permanencia del paciente en urgencias (no siempre de forma unidireccional), la edad (más adherencia en pacientes jóvenes), el diagnóstico de sepsis grave o shock séptico, y el destino (derivados a UCI, presentan mayor adherencia).

Conclusiones:

La adherencia a la GC de sepsis en nuestro Servicio de Urgencias es muy baja. No se identifican factores claros sobre los que actuar para mejorarla. Solo una mayor concienciación de sus beneficios, y recordatorios periódicos, y la implantación de los criterios SOFA podrían mejorar la adherencia a esta guía.

Comunicación 003

CASUÍSTICA EN LA ACTIVACIÓN DEL VEHÍCULO DE LOGÍSTICA SECUNDARIA AL EMPLEO DE UN SISTEMA DE RETENCIÓN INFANTIL

Autores:

María Hernández Sánchez, Francisco Castellanos Muñoz, Marta Castellanos Muñoz, Leonardo Ramírez Freire, Julián De La Cuerda Del Olmo, Ricardo Arnúero García-Valcarcel

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

Estudiar la casuística en el empleo de un sistema de retención pediátrica (SRP) que posibilita el traslado en vehículos sanitarios a menores, utilizado de forma procedimental por SAMUR-Protección Civil (SPC) desde el año 2011.

Métodos:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Población de estudio: pacientes atendidos trasladados con dicho sistema de retención infantil (SRI), conllevando la activación de recurso extraordinario (2011-2018).

Variables: demográficas, clínicas y tipología del incidente. Información obtenida de la base de datos de SPC.

Resultados:

Se revisaron 167 informes asistenciales en los que se activó al Vehículo de Apoyo Logístico.

Los años observados fueron los siguientes: en el 0,60% de informes del año 2011 se realizó la activación de este vehículo para el empleo de SRP. En los años posteriores se obtuvieron los siguientes porcentajes: 2014 (5,42%), 2015 (29,52%), 2016 (41,57%), 2017 (14,46%) y 2018 (6,63%). De los años 2012 y 2013 no se han encontrado datos.

En cuanto a los días de la semana, el lunes fue el día con mayor número de activaciones por esta causa (14,46%). En el resto de los días, estos fueron los resultados: martes, 9,64%; miércoles y sábado, 13,86%; jueves, 8,43%; viernes, 21,69%; y domingo, 18,07%.

A lo largo de estos años, la mayor incidencia al respecto se produce en turno de tarde, con el 51,81%. Mientras que en los otros turnos nos encontramos con el 33,73% (mañanas) y 14,46% (noche). Los viernes destacan por ser el día de la semana con mayor número de traslados infantiles (21,69%).

La causa asociada más frecuente es la caída casual (24,70%). En los casos de accidente con menos de 3 víctimas, heridas y convulsiones el porcentaje es del 13,25%.

Conclusiones:

Desde de la incorporación de los Sistemas de Retención Pediátrica en nuestro Servicio la activación del Vehículo de Apoyo Logístico para su uso ha aumentado progresivamente a lo largo de los años, disminuyendo con su implantación gradual desde 2017 en las unidades de Soporte Vital Avanzado.

De esta forma, dicho vehículo queda disponible para otras necesidades operativas y además, se elimina el tiempo de espera del dispositivo por parte las unidades asistenciales y los propios pacientes.

Comunicación 008

APLICABILIDAD DE LOS DISTINTOS DISPOSITIVOS HEMOSTÁTICOS PARA HEMORRAGIAS MASIVAS

Autores:

Hugo Rojo Seguí, María García Fugarolas, Marta Gañán Catalina, Inés Domínguez Rivas, Cristina Ruiz Núñez, M^a Elvira Paredes Berzosa

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

- 1- Identificar los dispositivos hemostáticos actuales disponibles.
- 2- Enumerar el dispositivo hemostático adecuado dependiendo de la situación del paciente en la urgencia vital.

Métodos:

Revisión bibliográfica narrativa. Búsqueda entre abril y septiembre de 2019. En primer lugar se utilizó Google Académico como motor de búsqueda, las bases de datos empleadas fueron ELSEVIER y MEDLINE, además de la técnica bola de nieve. Las palabras claves empleadas: hemorragia masiva, agentes hemostáticos, dispositivos de hemostasia, urgencia vital...

Resultados:

Se considera tiempo dependiente al trauma grave, es decir, a menor brevedad de actuación mayor posibilidad de supervivencia. La consecuencia más importante es la hemorragia, considerándose la causa principal de morbilidad, pero también de causa evitable de muerte con un adecuado tratamiento. Por ello, la necesidad de conocimiento por los profesionales de la salud para controlar y minimizar la hemorragia es crucial, puesto que mejoraría la esperanza de vida de los pacientes hasta que son atendidos por un equipo especializado en el ámbito hospitalario.

Entre los dispositivos hemostáticos actuales dependiendo de su clasificación, podemos encontrar: concentradores de los factores de coagulación (*Quick Clot*), sellado mucoadhesivo en la zona perilesional (*HemCon*, *Celox*, *Mini Sponge Dressing*), activadores exógenos de la cascada de coagulación (*Combat Gauze* y Selladores de fibrina seca) y fármacos antihemorrágicos antifibrinolíticos (Ácido Tranexámico). Se podrían utilizar por si solos o en combinación con torniquetes.

El profesional de enfermería en el SVBA tiene autonomía para aplicar los dispositivos hemostáticos en situaciones críticas, ya que en la práctica se centra en la vía circulatoria.

Conclusiones:

- La gran variedad de productos y formatos, junto a la disponibilidad y accesibilidad para cualquier institución o particular en unión a un adecuado conocimiento de los profesionales y los ciudadanos, puede ser el punto de inflexión para una mayor supervivencia en la primera asistencia sanitaria inmediata.
- Se realizará una valoración de la cantidad de hemorragia, la situación del paciente, del entorno y del material disponible para lograr la hemostasia con la mayor brevedad posible, evitando llegar al shock hipovolémico e incluso la muerte.

Comunicación 016

PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO EN ANCIANOS EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

Autores:

Rosa María Cárdena García, Inés Cárdena García.

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

Determinar la frecuencia de factores de riesgo de maltrato en ancianos asistidos por la UME de Segovia.

Métodos:

Estudio cuantitativo descriptivo relativo a las personas mayores de 65 años atendidas por la UVI móvil de Segovia entre el 1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2017. Se selecciona por medio de un muestro de conveniencia a 365 ancianos. Se emplea un cuaderno de campo de recogida de datos con consentimiento previo del paciente o del tutor según el caso. Los instrumentos que se emplean son: Cuestionario de Pfeiffer, Índice de Katz y Cuestionario de Yesavage abreviado. El análisis de datos se realiza con SPSS 22.0.

Resultados:

La muestra seleccionada es homogénea por género, por edad el grupo mayoritario es el de 71 a 90 años (67.9%), siendo la media de 80 años, el estado de salud mayoritario es regular (41.6%), el grado de dependencia leve y moderado suponen en total un 56.7%, la mitad de la muestra no presenta deterioro cognitivo (50.4%), la frecuencia de incontinencia urinaria es de un 72.1%, el 24.4% vive en aislamiento social (24.4%), la mayoría no presenta antecedentes de maltrato (97.3%), la situación actual es estresante en la mitad de los casos (51.2%), el 24.4% tienen algún trastorno psicopatológico, abusan del alcohol el 13.2%, pocos viven en instituciones (15.6%) y la relación con el cuidador es buena en el 86% de los casos.

Conclusiones:

Como era de esperar, la población seleccionada es bastante envejecida, lo que ya en sí supone más riesgo de padecer maltrato. Las personas con riesgo de maltrato por estado de salud general, deterioro cognitivo y dependencia, suponen casi la mitad de la muestra. Incontinencia urinaria es el factor más común. Los antecedentes de malos tratos son escasos y la relación con el cuidador parece buena en la mayoría de los casos.

Comunicación 020

HUMANICEMOS LA UCI VALORANDO LAS EMOCIONES

Autores:

Berta Pascual Pérez, Noelia Gallego Ausín.

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

Identificar y analizar la mejor evidencia disponible para la atención de cuidados en Unidades de Cuidados Intensivos más abiertas.

Métodos:

Revisión bibliográfica y descripción del proceso:

1- Selección de palabras clave en fuentes de información

2- Selección de documentos válidos y de calidad

3- Analizar los documentos, sintetizar y extraer conclusiones. Estrategia de búsqueda:

- Búsquedas en Bases de Datos: PubMed, Cochrane, ClinicalKey, con acceso a través de la página web (www.portaldesaludcastillayleon.es)
- Palabras claves: “Humanización”, “UCI abierta”, “Unidad de cuidados intensivos”, “visita abierta” Período de búsqueda Junio –Septiembre 2018.
- Criterios de inclusión: Artículos en español publicados entre 2010-2018.
- Selección de documentos: La selección final viene definida por artículos que se ajustan al tema de estudio, evitando duplicados, o textos incompletos, eligiendo los más relevantes.

Resultados:

Se identificó un total de 16 publicaciones que responden al objetivo de esta revisión bibliográfica, tras su lectura crítica seleccionamos un total de 7 artículos, por su calidad científica. La separación familiar es una de las causas de sufrimiento y estrés para el paciente crítico, y sus familias. Lograr un contacto más próximo y continuado disminuye la ansiedad y minimiza la experiencia traumática de su paso por UCI.

Conclusiones:

Conseguir abrir las puertas de la Unidad sería un paso importante en la gestión de sus emociones, aunque ello nos suponga esfuerzo adaptativo, debemos atender esta necesidad de cercanía.

Comunicación 021

COMPARATIVA DE DIFERENTES ESCALAS PARA IDENTIFICAR ACCIDENTES CEREBROVASCULARES

Autores:

Elena Gimeno Ferragut, Adrián Corral Urgel, Laura Toledo Luque, Cristina Mesquida Sanchez, Sergio Lopez Ruiz,

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

El objetivo principal es determinar la fiabilidad de diferentes escalas de identificación de accidente cerebrovascular.

Métodos:

El método utilizado para esta revisión bibliográfica ha sido una revisión de diferentes bases de datos como Pubmed y Cochrane, de las cuales se seleccionaron 12 artículos.

Resultados:

Se revisaron diferentes estudios sobre escalas que presentaron resultados variables, pese a ello, podemos afirmar que la escala Recognition of Stroke in the Emergency Room (ROSIER) y la escala Face Arm Speech Time (FAST) utilizadas en el ámbito de urgencias hospitalarias, detectaron en aproximadamente en un 88% de los casos aquellos pacientes que presentaron accidente cerebrovascular. Además, en diversos estudios se ha detectado que en la atención extrahospitalaria la escala Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS) presentó una gran sensibilidad pero también dio más falsos positivos.

Conclusiones:

En conclusión, debido a que el accidente cerebrovascular puede dar lugar a daño cerebral e incluso a la muerte, es importante la detección precoz para poder iniciar el tratamiento correcto y minimizar las consecuencias derivadas de dicho trastorno. Por un lado, se ha evidenciado que en el ámbito hospitalario se debería recomendar el uso de la escala ROSIER sobre la escala FAST, ya que, pese a que presentan una sensibilidad y especificidad similares, se han realizado muchos más estudios sobre la ROSIER que demostraron su sensibilidad de forma sistemática. Por otro lado, la evidencia nos indica que en el ámbito de urgencias extrahospitalarias el personal sanitario debería utilizar la escala CPSS, pese a ello, debemos recomendar investigar más a fondo el uso de las diversas escalas ya que pese a que la escala CPSS presenta mayor sensibilidad, también presenta una menor especificidad que la escala ROSIER, detectando más falsos positivos.

Comunicación 022

SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA

Autores:

Marta Gañán Catalina, Inés Domínguez Rivas, Cristina Ruiz Núñez, M^a Elvira Paredes Berzosa, Hugo Rojo Seguí, María García Fugarolas

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

El Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) se conoce como la muerte del menor de un año de vida cuya causa permanece inexplicable. Se considera una de las principales muertes, a pesar de haber descendido dicha incidencia en los últimos años en los países desarrollados.

Ante esta tragedia, en la mayoría de los casos, cuando el lactante es llevado a urgencias ya se encuentra muerto. Por ello, en dicha revisión bibliográfica, se proponen los siguientes objetivos:

- Comprender la intervención de enfermería durante la vida del lactante, aportando a los padres una serie de recomendaciones para su prevención.
- Contribuir al conocimiento sobre el SMSL, identificando los factores de riesgo que hacen vulnerable al lactante.
- Abordaje por parte de los profesionales sanitarios ante el duelo.

Métodos:

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica narrativa, entre los meses de Febrero y Agosto del año 2019, utilizando bases de datos y buscadores. Para la cual se han seguido unos criterios de inclusión y exclusión.

Resultados:

En este apartado se incluyen las intervenciones de enfermería durante el embarazo de la mujer; durante la vida del lactante (recomendaciones, posibles complicaciones, monitorización para población de riesgo como control y programa de salud infantil); y tras la muerte del lactante, incluyendo el abordaje al duelo.

Epidemiológicamente, constituye la primera causa de muerte postneonatal en los países desarrollados, representando la quinta causa de muerte postnatal en España. En España la tasa de mortalidad es muy baja, esto es debido a la actuación sanitaria que se lleva a cabo para intentar prevenir dicha tragedia.

Conclusiones:

Enfermería, junto con el equipo de profesionales sanitarios, ha de tener una actuación prenatal, postnatal y post mortem. Dedicándose a detectar factores vulnerables, proporcionar recomendaciones para prevenir el SMSL, aportar conocimientos sobre las posibles complicaciones de estas y acompañar durante el duelo.

Comunicación 024

ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, ¿SABEMOS CÓMO ACTUAR?

Autores:

Cristina Ruiz Nuñez, M^a Elvira Paredes Berzosa, Marta Gañán Catalina, Inés Domínguez Rivas, Hugo Rojo Seguí, María García Fugarolas

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

El trabajo se centra en cómo conseguir una adecuada atención de urgencia en los casos de violencia de género en las tres vertientes: prevención, detección y actuación.

Se ha de sensibilizar a los profesionales ante la importancia de la detección precoz y concretar la actuación inmediata y los pasos a seguir ante un caso de violencia de género.

Métodos:

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos publicados en las principales bases de datos: SCielo, Cuiden, Pubmed, Dialnet y el buscador Google académico.

Los criterios de inclusión fueron artículos en español o inglés publicados a partir del año 2008.

Como descriptores se usaron “violencia de género”, “atención”, “urgencias” y “guías”.

De 15 artículos revisados sólo 5 cumplían con los criterios de inclusión y correlacionaban la violencia de género con la atención en urgencias.

Resultados:

Una buena atención de urgencia a la violencia de género, comienza con la vigilancia a los signos de sospecha, siempre evaluando el riesgo de la víctima.

Cuando se confirma el caso, se ha de realizar una intervención adecuada.

Tras consultar diversos protocolos, el que sigue el Sistema de Salud de CYL resume correctamente los principios de estos cuidados: el "Método ERES":

1- Escucha activa

2- Reconocimiento de la situación

3- Evaluación de riesgos

4- Servicios de apoyo

Siempre se ha de priorizar el bienestar y la seguridad de la mujer, obteniendo como resultado final el control de la situación y/o derivación a otros servicios si precisa.

Conclusiones:

Una adecuada formación e información del personal de los servicios de urgencias, nos garantizará una mejor calidad asistencial a la violencia de género.

Se ha de trabajar más la detección precoz y la adquisición de responsabilidades por parte de los profesionales.

Simplificar y detallar con más profundidad el proceso de la atención urgente a la violencia de género, ayudará a mejorarla.

La elaboración de un protocolo común que abarque a los diferentes servicios de urgencias, facilitaría el trabajo en equipo y la coordinación entre los anteriores.

Comunicación 028

VALORACIÓN Y ACTUACIÓN ANTE LA INTOXICACIÓN POR SETAS

Autores:

Mónica Álvarez Ruiz, Irene Celiméndiz Ferrández

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

Describir la sintomatología clínica y la actuación en urgencias en caso de una posible intoxicación por setas.

Método:

Revisión bibliográfica en guías, protocolos y fuentes especializadas (Pubmed, Medline, Dialnet, Cuiden) referente a intoxicaciones por setas para la posterior elaboración del documento.

Resultado:

La intoxicación aguda viene definida como un síndrome clínico secundario a la introducción de un toxico en el organismo. En España hay 1500 variedades de setas, de las cuales son tóxicas entre el 50 y 70 % y provocan entre 200-400 casos anuales que necesitan tratamiento e ingreso hospitalario. Lo más importante es saber distinguir entre una intoxicación benigna de una potencialmente grave. La valoración del paciente debe hacerse siguiendo el método ABCDE y completando la historia clínica con una buena anamnesis conociendo el número de personas afectadas, tiempo transcurrido desde la ingesta hasta la aparición de la sintomatología, tipo de síntoma predominante y morfología de las setas. Podemos encontrar dos grandes grupos de intoxicaciones en función de su periodo de latencia: periodo de latencia breve (<6 horas) y periodo de latencia largo (>6 horas). Las manifestaciones clínicas van desde una presentación subclínica a un fallo fulminante y se pueden agrupar en distintos grupos. Las más importantes las podemos agrupar según efecto que producen en síndromes alucinógenos, colinérgico, pseudoantabús, hepatotóxico, hidracínico y nefrotóxico. El tratamiento consiste en prevenir o disminuir la absorción del tóxico, neutralizar el tóxico y facilitar su eliminación. Para ello emplearemos tratamiento sintomático además del aspirado-lavado gástrico y carbón activado (excepto en setas alucinógenas, pseudoantabús y nefrotóxicas), hemodiálisis en caso de setas nefrotóxicas, y diuresis forzada y hemoperfusión en caso de efectos hepatotóxicos. En algunos casos se puede requerir de trasplante hepático.

Conclusiones:

Las intoxicaciones por setas pueden ser potencialmente mortales. La mortalidad ha disminuido del 80% al 10% gracias a la aplicación de medidas más adecuadas de soporte y tratamiento. Es importante conocer la sintomatología que puede darse en las diferentes intoxicaciones para saber actuar en consecuencia y mejorar así el pronóstico del paciente.

Comunicación 030

COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN URGENCIAS

Autores:

Irene Celiméndiz Ferrández, Mónica Álvarez Ruiz

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

Describir el modo de actuación ante la comunicación de malas noticias en los diferentes contextos y situaciones de urgencias, de tal manera que se consiga el mínimo impacto dentro de la gravedad de la noticia.

Métodos:

Se realiza una revisión bibliográfica incluyendo artículos de las bases de datos Dialnet, Cuiden, Scielo y Google académico, acotando la búsqueda con los descriptores: "malas noticias", "comunicación", "urgencias" y "habilidades de comunicación".

Resultados:

En el departamento de urgencias y emergencias, en múltiples ocasiones el personal sanitario tiene que enfrentarse a la situación de comunicar malas noticias a los pacientes y/o familiares. Para este proceso es necesario la adquisición de habilidades de comunicación.

La comunicación viene definida como un proceso en el que se intercambian información y emociones entre un emisor y un receptor. Dentro de la misma debemos tener en cuenta dos componentes: el verbal y el no verbal, el cual es fundamental a la hora de dar malas noticias. Algunas de las cualidades para una buena comunicación son la cordialidad, el respeto y concreción, la empatía, la asertividad y la escucha activa.

Por otro lado, podemos definir mala noticia como aquella que altera negativamente la perspectiva del paciente en relación con su futuro y generalmente son diagnósticos o situaciones de mal pronóstico.

Es importante saber que no existe una regla universal para transmitir este tipo de informaciones y que hay que tener en cuenta tanto los factores dependientes del profesional como los dependientes del paciente (como son la gravedad del diagnóstico, el apoyo social,...).

Una de las estrategias es la descrita por Buckman en un protocolo dinámico de 6 pasos que consiste en: preparar el entorno más adecuado, averiguar cuánto sabe el paciente, cuánto quiere saber, compartir la información, responder a sus sentimientos y realizar un seguimiento del proceso.

Conclusiones:

A pesar de que la comunicación de malas noticias sigue siendo una tarea complicada e incómoda para el personal sanitario, está demostrado que una buena formación y aprendizaje en habilidades de comunicación puede capacitar al profesional para afrontar estas situaciones y mejorar el afrontamiento por parte del paciente y/o familiares.

Comunicación 031

AGRESIÓN SEXUAL INFANTIL: PERFIL DE LA VÍCTIMA EN EMERGENCIAS

Autores:

Laura Martos Torrecilla, Oscar Allas Martín, Dana Roxana Ionica

Tipo de profesional:

TES

Objetivos:

Estudiar el perfil de la víctima de agresión sexual infantil así como el momento y situación en que se produce la agresión.

Métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo de todas las víctimas de agresión sexual menores de 18 años atendidas por el Servicio de Emergencias Prehospitalario SAMUR- Protección Civil, en la ciudad de Madrid. El estudio incluye a los pacientes atendidos durante los últimos cinco años (2014-2018). Variables estudiadas: edad, sexo, franja horaria, día de la semana, lugar.

Resultados:

Se produjeron 47 casos. El 95,7% de los casos de agresión sexual en menores se realiza sobre el sexo femenino. Las edades en las que se concentra el 76,5% de los casos son entre los 13 y los 17 años. Respecto a la franja horaria predominante en el que suceden estos casos es la noche (22:00pm-6:59am) con un 44,7%, seguido de la mañana (7:00am-13:59pm) con un 34% y de la tarde (14:00pm-21:59pm) con un 21,3%. El fin de semana es el periodo en el cual más se concentra, englobando entre el sábado y domingo el 42,5 % de los casos. El 73,9% de los casos se localizan en vía pública, un 17,4% en locales, un 6,4% en instituciones y un 2,1% en domicilios. La penetración se consumó en un 38,3% de los casos. De los 5 años estudiados, los dos últimos años han supuesto un incremento de casos de un 60,8%.

Conclusiones:

La agresión sexual en menores tiene un perfil muy marcado en el sexo femenino y con una edad comprendida entre 13 y 17 años. Además de que el fin de semana y la franja de horaria nocturna tiene mayor peso que el resto de días o franjas horarias. El análisis de este problema puede ayudar a la sensibilización de la población así como la protección de los niños y las niñas frente a todas las formas de violencia y, en concreto, del abuso y explotación sexual.

Comunicación 032

EL PACIENTE NEUROCRÍTICO EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS EN LA PROVINCIA DE SEGOVIA: USO DEL ÁCIDO LÁCTICO COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA

Autores:

Carmen Del Pozo Pérez, Carmen M. Martinez Caballero, Rafael Caldevilla Romera, Rocio Varas Manovel, Carlos Navarro García, Francisco Martín Rodríguez

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Analizar las asistencias realizadas por la unidad medicalizada de emergencias (UME) de la provincia de Segovia de pacientes neurocríticos. Valorar el uso del ácido láctico en emergencias extrahospitalarias en pacientes neurológicos.

Método:

Se realiza un estudio observacional prospectivo longitudinal de cohortes durante el período Enero a junio de 2019, incluido dentro del proyecto de investigación preNEWSL. Se recogen los pacientes mayores de edad atendidos y derivados al hospital por Unidad Medicalizada Emergencia (UME) en la provincia de Segovia con los siguientes diagnósticos: AIT, alteración del nivel de conciencia, cefalea, código ictus, coma, convulsiones, y vértigo. Se analizan variables demográficas (edad, sexo), variables derivadas de la exploración clínica del paciente (FR, SpO2, FC, TAS, TAD, TAM, TT y escala de GCS). Se obtienen valores de lactato en el primer contacto prehospitalario con el paciente. Los datos evolutivos del paciente se obtuvieron al mes mediante la revisión de la historia en Medora o Jimena. (días ingreso, mortalidad...)

Resultados:

De los 222 pacientes incluidos dentro del registro preNEWS-L en la provincia de Segovia se incluyen 47 pacientes dentro de nuestro estudio. 60% (28) hombres y un 40% (19) mujeres. La edad media del conjunto estudiado se sitúa en los 67 años (RIQ 27-97 años). Si tenemos en cuenta únicamente las convulsiones la edad media desciende a los 56 años (RIQ 27-84 años) suponiendo un 38% (18) del total de los casos estudiados. Se activó el código ictus en un 40% (19), 47% (9) de los cuales fueron mujeres. La mortalidad a las 48h fue del 4% (2) En cuanto a la distribución de los valores del ácido láctico, se obtiene un p50 de 4,6 mmol/L. Los valores extremos se corresponden con 20,4 mmol/L y el diagnóstico de convulsiones p50 12,85 mmol/L ($p < 0.001$)

Conclusiones:

El ácido láctico parece mostrarse como una herramienta, de bajo coste, y de potencial utilidad en el medio extrahospitalario en el diagnóstico diferencial de las convulsiones. Un aumento muestral sería deseable para confirmar los resultados obtenidos.

Comunicación 033

USO DEL NATIONAL EARLY WARNING SCORE 2 (NEWS2) EN LA UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS DE SEGOVIA PARA DETECTAR PACIENTES DE ALTO RIESGO

Autores:

Carmen Del Pozo Pérez, Juan José Fernández Carbajo, Laura María García Sanz, Teresa Herrero de Frutos, Rosa María Cárdena García, Francisco Martín Rodríguez

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Evaluar la capacidad predictiva del NEWS2 para detectar pacientes de alto riesgo (mortalidad en menos de 48 horas desde el evento índice) en el contexto prehospitalario.

Método:

Estudio observacional prospectivo longitudinal de cohortes, entre el 1 de Enero y el 30 de Junio de 2019, con pacientes mayores de 18 años, atendidos y evacuados consecutivamente por la Unidad Móvil de Emergencias al Servicio de Urgencias del Hospital General de Segovia. Fueron criterios de exclusión: parada cardiorrespiratoria, exitus previo o durante el traslado, embarazadas, pacientes con patología psiquiátrica o dados de alta in situ. Los parámetros fisiológicos, así como las observaciones clínicas necesarias para realizar el NEWS2 fueron recogidos durante la primera toma de contacto con el paciente en la asistencia prehospitalaria. Los datos de ingreso y mortalidad precoz se obtuvieron mediante la revisión de la historia electrónica del paciente a los 30 días. Se calculó el área bajo la curva ROC (AUROC) de la escala NEWS2 en cuanto a la capacidad de detectar pacientes de alto riesgo, así como la mejor puntuación que ofrecía mayor sensibilidad y especificidad conjunta.

Resultados:

Un total de 222 pacientes fueron incluidos en nuestro estudio. La edad mediana fue de 65 años (RIQ: 43-82 años), un 69.8 % de ellos fueron hombres. La mortalidad a 2 días fue del 4.5 % (10 casos). El AUROC del NEWS2 fue de 0.802 (0.63-0.96; $p < 0.001$). El valor con mejor sensibilidad y especificidad de forma global fue de 6 puntos, sensibilidad del 80.0% (49.0-94.3), especificidad del 67.9% (61.4-73.8) y una odds ratio diagnóstica de 8.47 (1.75-40.97).

Conclusiones:

Los Servicios de Emergencias deberían valorar la implementación entre sus procedimientos el NEWS2 como una evaluación de rutina, ya que sirve de forma efectiva para predecir la mortalidad por cualquier causa y la detección de pacientes de alto riesgo de forma precoz. Tener conciencia de la situación fisio-patológica del paciente es básico para manejar la situación, en donde el diagnóstico precoz es fundamental.

Comunicación 043

¿EL DOLOR ES EL OLVIDO?

Autores:

María Victoria Barrabés Solanes, Hugo Martínez Faya, Mercedes Zaragüeta Escribano, Nora Rezola Merino, Eider Arbizu Fernández, Amaia Arrieta Salinas

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

- Reflexionar sobre la iatrogenia que podemos causar a los pacientes
- Valorar su inclusión dentro del diagnóstico diferencial, sobre todo cuando la etiología es incierta.

Método:

Mujer de 66 años, con antecedentes de tiroidectomía total (2011), prótesis total de cadera (2012) y dos cólicos nefríticos no complicados desde 2012, acude a urgencias extrahospitalarias por dolor, de 4 horas de evolución, en fosa renal derecha que se irradia a ingle. No fiebre, ni disuria, ni poliaquiuria. Refiere mal control con paracetamol y nolitil EF: Estable hemodinamicamente, ACP normal, abdomen normal, succión renal negativa y el resto de exploración normal. Se administra Ketorolaco iv y SF 500ml iv. Tras 20 minutos, presenta mejoría completa, se decide alta con analgesia. Mientras se va, inicia cuadro brusco de nauseas sin vómitos, se administra Metoclopramida im y se va al domicilio. Quince minutos después, su marido trae de nuevo a la paciente, había comenzado con amnesia retrograda, agitación y confusión temporo-espacial. EF: : TA: 180/100 85 lpm Sat: 98% T: 35.8°C Glu:126 Desorientada en tiempo, orientada en lugar, reconoce a su marido, amnesia de lo sucedido durante la tarde, asocia mirada perdida y nerviosismo. Repite continuamente que "me pasa algo grave", resto de exploración normal.

Resultados:

Los resultados de las analíticas de sangre y orina, radiografía de tórax, ECG y TC craneal fueron normales y no justificaban la amnesia. Tras descartar organicidad, se sospechó de reacción adversa medicamentosa al ketorolaco, ya que los síntomas empezaron a los 20 minutos de su administración y cesaron pocas horas después, coincidiendo con la vida media del fármaco. Tampoco había signos ni síntomas que lo situaran dentro de un síndrome neuroléptico.

Conclusiones:

Entre los diagnósticos diferenciales para amnesia y confusión debemos: descartar organicidad, valorar también el estrés como desencadenante y no olvidar la iatrogenia, en este caso como reacción adversa medicamentosa.

Comunicación 045

GRYPE: ¿SIEMPRE TAN INOFENSIVA?

Autores:

Hugo Martínez Faya, Amaia Arrieta Salinas, María Victoria Barrabes Solares, Ana María García Arellano, Amaya Ibarra Bolt, Mercedes Zaragüeta Escribano

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Ilustrar a través de un caso clínico como hasta la patología más leve puede presentar complicaciones importantes, siendo necesario pensar en ellas para poner un tratamiento precoz adecuado.

Método:

Mujer de 50 años con síntomas gripales de 12 horas de evolución, que acude con intensa agitación psicomotriz y disartria tras sufrir TCE facial en su domicilio. A su llegada al Servicio de Urgencias persiste agitación con desconexión del medio, precisando Midazolam y, posteriormente, Propofol. En la exploración física destaca febrícula de 37,5°C y obesidad. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos y auscultación pulmonar con crepitantes finos en ambas bases.

Resultados:

Inicialmente se realiza una radiografía de tórax que descarta la presencia de condensaciones en el parénquima pulmonar, analítica sanguínea y analítica de orina, ambas dentro de la normalidad. Ante dicha clínica se realiza TAC Craneal, que no aporta información sobre signos de patología aguda. Se decide realizar punción lumbar, siendo imposible la realización de esta por la agitación y la obesidad que presentaba la paciente. Se realiza Interconsulta a Neurología y se decide de forma conjunta ingresar a la paciente en Observación. Durante dicho ingreso, la paciente presentó mejoría espontánea y amnesia del episodio. Dada la dificultad técnica y mejoría clínica no se realiza punción lumbar ni se inicia tratamiento empírico, pero se realiza EEG que es normal. Se recoge muestra nasofaríngea PCR gripe que resulta positiva. Tras nuevo episodio de agitación y alteración del lenguaje, se inicia tratamiento empírico con Aciclovir, siendo finalmente diagnosticada tras punción lumbar de meningoencefalitis por virus gripe.

Conclusiones:

Ante un cuadro de agitación psicomotriz de origen incierto y sin factores de riesgo debemos descartar: Infecciones del SNC, Crisis epilépticas siendo la agitación el aura y patología intracraneal. Dentro de las infecciones del SNC debemos descartar las encefalitis bacterianas y las encefalitis víricas, mucho más frecuentes. Dentro de estas la de mayor incidencia es la de origen herpético pero hay otra entidad estacional que tiene importancia y puede ser potencialmente grave e incluso mortal, se trata del virus de la gripe. Dicha entidad debemos tenerla en cuenta sobre todo en la época invernal ante un cuadro clínico compatible.

Comunicación 047

¡¡ ATENCIÓN AL PEATÓN!! FACTORES DE GRAVEDAD. LESIONES

Autores:

María Isabel Alcázar Romera, Natividad Muñoz Rodríguez, Juliana Sonia de Miguel Muñoz, Pedro Negredo García, José Luis Alcalde Pascual, Mario del Campo Alcázar

Tipo de profesional:

Enfermeros

Introducción:

La Biomecánica del impacto analiza los efectos producidos por impactos mecánicos sobre el cuerpo, existiendo el riesgo de lesión.

El atropello es la toma de contacto con distintos grados de intensidad de un vehículo con el cuerpo del peatón.

Objetivos:

- Exponer los factores que se relacionan con la mayor gravedad del peatón cuando es atropellado.
- Conocer las posibles lesiones físicas de un peatón al ser impactado por un vehículo.

Métodos:

Se revisó bibliografía sobre Biomecánica del impacto y Biomecánica de las lesiones. Se accedió a las estadísticas de la Dirección General de Tráfico.

Bases de datos consultadas: PubMed y Sciente Direct. Las palabras clave empleadas en la búsqueda fueron “accidents”, “pedestrians” y “Biomechanical Phenomena”. Se seleccionaron los artículos que se ajustaban al estudio.

Resultados:

En 2017 se produjeron en España 13.501 atropellos con un total de 14.673 víctimas, de las cuales 351 fallecieron y 1.940 fueron hospitalizadas.

Una vez revisados y analizados los estudios y publicaciones seleccionados sobre la Biomecánica del impacto se constató que los factores que se relacionan con mayor gravedad fueron:

- La edad, niños y ancianos “los más vulnerables”, el sexo femenino y la baja estatura.
- La velocidad del vehículo “ ≥ 60 km h” y su parte delantera: en uve, angulosa, alta y plana.

Las lesiones sufridas en general fueron en extremidades, cabeza y tórax, producidas en cuatro tiempos:

- 1-** Impacto sobre parachoques delantero y luna: traumatismo craneoencefálico, contusiones, heridas, fracturas simples, complicadas y abiertas de huesos largos. Pelvis, rodilla y ligamentos de la rodilla contralateral.
- 2-** Caída sobre capó y suelo: fracturas y lesiones broncopulmonares en el tórax, fracturas de huesos largos en EESS, fracturas vertebrales con o sin afectación medular.
- 3-** Aplastamiento por ruedas y suelo: lesiones en órganos y vísceras torácicas, abdominales y pélvicas.
- 4-** Arrastre.

Conclusiones:

El análisis de los factores según la Biomecánica de impacto en el atropello, dará una información a los servicios de emergencias para poder sospechar posibles lesiones en el peatón.

El accidente puede parecer de poca gravedad y sin embargo existir lesiones que en un principio pasen desapercibidas.

Comunicación 054

COMPARATIVA ENTRE COLOIDES Y CRISTALOIDES EN EL REEMPLAZO DE LÍQUIDOS ANTE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA

Autores:

Laura Toledo Luque, Adrian Corral Urgel, Elena Gimeno Ferragut, Sergio Lopez Ruiz, Cristina Mesquida Sanchez

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

El objetivo de esta revisión es comparar los efectos de los cristaloides y los coloides ante un paciente que precise de manera urgente un reemplazo de líquidos.

Métodos:

El método utilizado para llevar a cabo esta revisión bibliográfica ha sido la búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Pubmed, Cochrane, Cinahl y Medline de las cuales se seleccionaron 10 artículos.

Resultados:

Se han evaluado diferentes comparativas, por un lado, se evaluó la tasa de mortalidad de los pacientes críticos a los 30 y 90 días, tras lo cual se evidenció que no existían diferencias significativas entre el reemplazo de líquidos con cristaloides o con coloides como almidones, albúmina o dextranos. Por otro lado, se evaluó la necesidad de recibir transfusiones de sangre tras lo cual se evidenció que el uso de almidones aumenta esta necesidad frente al uso de cristaloides y el resto de coloides. Además, la administración de almidones produce un leve aumento en la necesidad de reemplazo renal en comparación a los cristaloides, la albúmina o los dextranos. Por último, en cuanto a los efectos adversos no se evidenciaron diferencias significativas, pero es cierto que un menor número de pacientes presentaron prurito o erupciones con el uso de cristaloides.

Conclusiones:

En conclusión, tras comparar el reemplazo de líquidos con cristaloides y coloides en pacientes en estado grave, se evidenció que no existen diferencias significativas en la tasa de mortalidad. Asimismo, se determinó que el uso de almidones puede aumentar la necesidad de trasplante renal y transfusiones sanguíneas en comparación con los cristaloides, la albúmina y los dextranos. Además, pese a que no se demostraron diferencias estadísticas en cuanto a los efectos adversos de unos y otros, se dio un número mayor de pacientes que presentaron erupciones cutáneas y prurito con el uso de los coloides.

Comunicación 058

COMPLICACIONES TARDÍAS DE LAS INTOXICACIONES POR MONÓXIDO DE CARBONO

Autores:

Angel Ascensino Bajo Bajo, María Cristina García Sánchez, Vega Riesco Cuadrado, Paula Queizán García, Maria Elvira Santos Perez, Juan José Salvador Sánchez

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

- 1- Conocer la incidencia de las complicaciones.
- 2- Correlacionar los niveles registrados de Carboxihemoglobina (COHb), la edad y la clínica inicial en la que se produce la intoxicación con el desarrollo de complicaciones.
- 3- Evaluar la calidad de asistencia prestada al paciente.

Método:

ESTUDIO OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO Y TRANSVERSAL Pacientes diagnosticados de intoxicación aguda por Monóxido de Carbono (CO) en el complejo asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA) (2011-2016) Que cumplan los requisitos de > 14 años y > 9% COHb Revisión sistemática de las Hª Clínicas. 2011- Marzo 2019

Resultados:

Edad media de los pacientes y sexo: 54 años y 51,8% de hombres con un nivel medio de Carboxihemoglobina de 15,3%. El 22.6% presentaron pérdida de conciencia. Existe significación estadística entre el desarrollo de lesiones cardíacas y la edad de los pacientes. NO existe significación estadística entre el desarrollo de lesiones cardíacas y los niveles de COHb. Existe significación estadística entre el desarrollo de lesiones vasculares periféricas y la edad de los pacientes.

Conclusiones:

- 1- Las complicaciones neurológicas, cardíacas y vasculares son frecuentes. Necesidad de buscar predictores de dichas complicaciones.
- 2- Existe una relación directamente proporcional y estadísticamente significativa entre la edad y la patología cardíaca y vascular periférica.
- 3- La pérdida de conciencia aumenta la probabilidad de desarrollar patología cerebrovascular.
- 4- Los indicadores de calidad son un buen instrumento.

Comunicación 061

SORIA: FIBRINOLISIS EXTRAHOSPITALARIA, TRATAMIENTO DE ELECCIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO ÁGUDO CON ELEVACIÓN DE ST (SCACEST)

Autores:

J. Sonia De Miguel Muñoz, Hortensia García Martínez, María Isabel Alcázar Romera, Natividad Muñoz Rodríguez, Pedro Negredo García, Jose Luis Alcalde Pascual

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

- Conocer el número de fibrinólisis prehospitalarias realizadas en Soria y en el resto de provincias de Castilla y León (CyL).
- Conocer las posibilidades de reperusión precoz de los pacientes susceptibles atendidos en Soria, al carecer de intervención coronaria percutánea (ICP).
- Identificar los factores que determinan el tiempo de traslado a una sala de hemodinámica.

Métodos:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo.

- Se revisó Código Infarto de CyL (protocolo vigente de julio de 2014 a agosto de 2019).
- Se solicitaron datos a la Gerencia de Emergencias Sanitarias (GES). Población de estudio: Pacientes fibrinolisados durante la vigencia del protocolo (CIE 410.1)
- Se analizaron los factores que influyen en el tiempo de traslado al hospital de referencia: Hospital Universitario de Burgos (HUBU) y Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV).

Resultados:

En el período de estudio en CyL, de 2645 SCACEST se fibrinolisó a 471 pacientes (17.80%). El mayor porcentaje corresponde a las provincias sin ICP: Soria (71.42%), Segovia (49.26%), Ávila (42.9%) y Palencia (35%). Las provincias que cuentan con angioplastia primaria presentan las menores cifras: Burgos (6.8%), Valladolid (13.17%), León (7.6%) y Salamanca (1.1%). El 90% de los pacientes atendidos en Soria fueron trasladados a su Hospital, que carece de ICP. Las largas distancias a Valladolid y Burgos, la orografía montañosa, una red viaria carente de autovías y la climatología adversa en invierno dificulta el acceso de estos pacientes a una sala de hemodinámica en menos de 90 minutos.

Conclusiones:

En el caso de Soria, la fibrinólisis extrahospitalaria es la estrategia de reperusión precoz de elección debido a la distancia hasta el centro útil. El cambio del centro de referencia de Valladolid a Burgos permite que el paciente sea candidato a ICP si se encuentra a menos de 100 km de Burgos en ausencia de factores adversos sobreañadidos. Para que esto sea posible hay que optimizar los tiempos de traslado directo en ambulancia al hospital de destino. En las poblaciones más distantes se precisa una mayor activación del helicóptero.

Comunicación 062

ACCIDENTE DE AUTOBÚS EN LA A-15, KM 24: UN ACCIDENTE DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS NIVEL 2

Autores:

Hortensia García Martínez, J. Sonia de Miguel Muñoz, Jose Luis Alcalde Pascual, Luis Alberto del Río Antón, Pablo González Barrientos, Jose Díez Andrés.

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Describir un Accidente de Múltiples Víctimas (AMV) Nivel II ocurrido en Soria. Detallar los equipos activados para asistencia prehospitalaria y derivación de los heridos.

Método:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Análisis de un caso real. Se solicitan datos a la Gerencia de Emergencias Sanitarias (GES) de Castilla y León relativos a pacientes atendidos y recursos activados. Se consultaron Hojas Clínicas Asistenciales de la UME de Soria. Población de estudio: pacientes atendidos en accidente de tráfico en Soria, A-15 km 24.

Resultados:

En el accidente hubo 47 personas implicadas: el conductor del autobús, 46 pasajeros y el conductor del camión, que resultó ileso. El primer equipo sanitario identificó a los heridos más graves y etiquetó con tarjeta roja a 9 y ninguno color negro. El resto se clasificó color verde y se agruparon en una zona segura a cargo de Guardia Civil. Posteriormente se identificó un fallecido fuera de la zona de impacto que se clasificó color negro. Tras la asistencia inicial, con una valoración más detallada y un segundo triaje, se realizaron los siguientes traslados a hospitales: - Pacientes rojos: 4. § PAC de Almazán: efectuó el triaje inicial. Soria § Helicóptero de Zaragoza: Zaragoza § Helicóptero de Burgos: Burgos. § Helicóptero de Salamanca: Valladolid. Pacientes amarillos: 1 § PAC de Arcos de Jalón: Soria Pacientes verdes: 41 en total a Soria § PAC Soria Urbana. § PAC de El Burgo de Osma. § UME de Calatayud. § Ambulancias convencionales de Nuevas Ambulancias Soria y otros sanitarios de la GES. § Ambulancias de Cruz Roja. § UME de Soria: Mando Sanitario. Una vez finalizado el incidente, traslada al conductor del autobús tras su requerimiento por Guardia Civil.

Conclusiones:

Soria es una provincia con escasos recursos sanitarios especializados. Ante un evento de estas características se hace necesaria la activación por el Centro Coordinador de Urgencias de recursos avanzados de otras provincias y otras Comunidades Autónomas y la derivación de los pacientes más graves a hospitales Nivel I.

Comunicación 068

UNA APP AL SERVICIO DE LA RCP

Autores:

José Luis Alcalde Pascual, María Jesús Redondo Lázaro, Sonia De Miguel Muñoz, Natividad Muñoz Rodríguez, Hortensia García Martínez, María Isabel Alcázar Romera.

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Mostrar una Aplicación (APP) para móvil o tablets que puede ser de gran utilidad en la Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP).

Método:

En 2016, la Fundación Científica Caja Rural (FCCR) de Soria patrocinó el desarrollo de la APP “Soria Corazón”. Una aplicación que entre otros aspectos de salud, tiene un apartado denominado “En caso de emergencia”. Su principal fundamento es que nos localiza el desfibrilador (DEA) más cercano a nuestra posición, considerando el horario en que estamos, situándonos en un mapa e incluso guiándonos hacia él. Ofrece la posibilidad de ayudar a un reanimador, tanto si ha recibido formación previa como si no, en la actuación ante una víctima inconsciente, con decisiones sencillas entre 2 opciones. Un contador de tiempo se activa cuando se enciende, permitiendo a los equipos de emergencias tener una idea exacta del tiempo de evolución. En todas las pantallas existe un acceso directo para hacer saltar una llamada al 112 sin salir de la aplicación.

Resultados:

Durante los meses previos la APP fue testada por profesionales de emergencias para recopilar sugerencias y mejoras. Se añadió unos textos breves de recuerdo para explicar cómo hacer una RCP básica con compresiones solas o compresiones y ventilaciones, y la actuación ante un atragantamiento, con la idea de que quienes recibían formación tuvieran un apoyo de recuerdo. Hasta la fecha actual se han producido 398 descargas. La evolución de los sistemas operativos ha provocado algún desajuste en la aplicación que ha sido preciso corregir.

Conclusiones:

La APP Soria Corazón es una ayuda en el ámbito de la RCP, localizándonos el desfibrilador disponible más cercano, acortando los tiempos hasta la desfibrilación, mejorando el segundo eslabón de la Cadena de Supervivencia (Desfibrilación Precoz), guiando y recordando la secuencia de actuaciones, controlando el tiempo de evolución, permitiendo la llamada directa al 112. Es gratuita y sin ánimo de lucro. Se necesita un control y actualizaciones permanentes por parte de los desarrolladores para evitar problemas en las funcionalidades de la Aplicación. Ello implica contar con la financiación oportuna.

Comunicación 069

SINCOPE REFLEJO CARDIOINHIBITORIO

Autores:

José Luis Alcalde Pascual, María Isabel Alcázar Romera, María Jesús Redondo Lázaro, Hortensia García Martínez, Sonia de Miguel Muñoz, Natividad Muñoz Rodríguez

Tipo de profesional:

Médicos

Objetivos:

Presentamos un caso de síncope reflejo de mecanismo cardioinhibitorio presenciado. Indicar la dificultad que existe para no confundirlo con una PCR en asistolia si no se tienen antecedentes previos conocidos.

Método:

Acude una Unidad Móvil de Emergencias (UME) a atender a una mujer de 66 años que ha sufrido una pérdida transitoria de conciencia. Cuenta que estando sentada ha notado una sensación de calor y mareo no recordando más hasta recuperarse. No indica dolor torácico, cefalea, palpitaciones ni otra clínica acompañante. Los testigos refieren que ha sido breve, sin movimientos convulsivos, con recuperación espontánea en poco tiempo. La exploración y constantes normales, ECG en ritmo sinusal a 85 lpm sin hallazgos. En bipedestación vuelve el mareo, tumbándola sin mejoría. En el monitor bradicardia progresiva entrando en asistolia, se inicia RCP con compresiones torácicas. En breves segundos recupera ritmo cardíaco. Posteriormente nueva bradicardia, se añadió 0,5 mgr de atropina IV manteniéndose estable hemodinámicamente durante el traslado.

Resultados:

En urgencia hospitalaria estable hemodinámicamente. Exploración anodina. Analítica normal salvo dímero D: 0,8. Angio TAC pulmonar normal. Ingres a cargo de cardiología. Analítica en planta sin alteraciones. ECG: Ritmo sinusal a 65 lpm. QRS estrecho. QTc normal. No alteraciones de repolarización. Sospechando un síncope vasovagal cardioinhibitorio se realiza test de mesa basculante resultando positivo con una asistolia de 12 segundos a los 20 minutos de la fase de basculación pasiva. Ecocardiograma transtorácico y Holter sin hallazgos La paciente es dada de alta con diagnóstico de síncope vasovagal cardioinhibitorio sin cardiopatía estructural.

Conclusiones:

Las pérdidas transitorias de conciencia son una de las patologías más frecuentemente atendidas por los servicios de emergencias. De ellas el síncope reflejo de mecanismo cardioinhibitorio es uno de los más prevalentes. El caso presentado fue presenciado y monitorizado por el equipo de emergencias, lo cual no es habitual. Ello favoreció la sospecha diagnóstica que se confirmó con la prueba del test de la mesa basculante. Sin tener antecedentes es fácil confundir un síncope reflejo de mecanismo cardioinhibitorio, del cual el paciente se recupera pasados unos segundos, de una PCR en asistolia e iniciar las maniobras de RCP.

Comunicación 075

LA GESTIÓN Y COMUNICACIÓN LLEVADA A CABO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE SORIA PARA TRASLADOS INTERHOSPITALARIOS EN UVI MOVIL

Autores:

Patricia Ibáñez García

Tipo de profesional:

Enfermeros

Objetivos:

- Describir los traslados interhospitalarios en UVI móvil gestionados por las enfermeras de Atención al Paciente de Soria.
- Obtener un mapa de situación de las dificultades de comunicación detectadas por la enfermera de Atención al Paciente.
- Proponer mejoras para solventar problemas que dificultan la comunicación

Métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron todos los registros de los traslados interhospitalarios urgentes y programados, durante los años 2018 y 2019, hasta el mes de septiembre (N=424).

Resultados:

Atención al Paciente (AP) es un servicio donde trabajan dos enfermeras, encargadas de gestionar los traslados interhospitalarios de 8:00-15:00 horas de lunes a viernes, tanto derivados de forma urgente como programados (solo aquellos con tarjeta sanitaria en Soria).

Las enfermeras de AP de Soria han registrado 243 traslados en UVI móvil en 2018, derivándose un 34,2% al Hospital universitario de Burgos (HUBU), un 43,6% al Hospital Universitario Clínico de Valladolid (HUCV), un 1,6% al Hospital Río Hortega de Valladolid (HRHV), un 0,4% al Hospital La Princesa de Madrid, un 0,4% al Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla y retornando un 19,75% al Hospital Santa Bárbara de Soria (HSBS). En este último año hasta septiembre se ha realizado 181 traslados, de los cuales un 70,1% al HUBU, un 3,9% al HUCV, un 1,1% al HRHV y un 24,9% de retornos al HSBS.

En cuanto a las incidencias o dificultades de comunicación respectivas a los años 2018 y 2019, un 0,41% y 2,21% fueron por anulaciones de los traslados sin comunicarlo al Servicio de AP, un 0,41% y 1,11% por la falta de medios de transporte, obligando a descitar a pacientes programados. Se demoraron los traslados, movilizand la UVI móvil de otra ciudad, en un 2,47% y 3,87%; sin movilizar el transporte de otra ciudad un 2,47% y 3,32%. Debido a la comunicación ineficaz por parte del Servicio de Emergencias Sanitaria con el HSBS, hubo un 0,82% y 1,66% de incidencias.

Como propuestas de mejora se ha construido un grupo de trabajo que está realizando un protocolo de actuación, para la gestión de los traslados, teniendo en cuenta los datos obtenidos en este estudio. Crear programas informáticos que relacionen el Servicio de AP con Emergencias Sanitarias facilitando la comunicación entre ambos y evitando así cualquier error telefónico.

Conclusiones:

En nuestra provincia se realizan un gran número de traslados por carecer de medios diagnósticos y/o tratamientos.

La colaboración entre profesionales y una comunicación efectiva del equipo es fundamental para solucionar las necesidades que requiere cada paciente. Disponer de protocolos de actuación, así como una documentación clara y completa sobre el traslado del paciente junto con la transmisión correcta de esta información, evita desconfianza entre profesionales sanitarios, eliminando así una barrera que deteriora la comunicación. La disposición de una única UVI móvil para traslados urgentes y programados genera barreras en la atención prestada a los pacientes.

XIV Congreso Regional **SEMES** Castilla y León
Luchando por la vida

Soria 24.25 octubre 2019

