

# XIX Congrés Nacional Català d'Urgències i Emergències

Sant Cugat del Vallès • 28, 29 i 30 de març de 2012



## Comunicacions Orals Sessió 2

Urgències: persones cuidant de persones

 Capio Hospital General de Catalunya





## OPINIÓ DELS PROFESSIONALS DE L'ATENCIÓ URGENT SOBRE LA CREACIÓ DE L'ESPECIALITAT EN MEDICINA D'URGÈNCIES I EMERGÈNCIES

Cristina Netto Miranda; Emilia Cortés Lopera; Miquel Sánchez Sánchez;  
Manel Berrocal Corredó; Victor Pérez Clavería; Emili Gené Tous  
Servei d'Urgències. Fundació Hospital Esperit Sant. SoCMUE

**Introducció** La creació de l'especialitat en medicina d'urgències i emergències (urgentologia) és un dels objectius de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. S'han publicat dos estudis sobre la necessitat d'una formació específica però no sobre la opinió dels professionals que treballen a urgències. **Objectiu** Conèixer la opinió dels professionals dedicats a atendre als pacients amb patologia urgent sobre la necessitat de creació de l'especialitat d'urgentologia. Identificar els principals motius. **Metodologia** Estudi prospectiu mitjançant enquesta d'opinió anònima realitzada als assistents al "XVIII Congrés Nacional Català" al març de 2011. S'han recollit dades demogràfiques (edat i sexe), professió, centre i àrea de treball, anys d'experiència al servei d'urgències. **Motius principals** per a la creació de l'especialitat. **Anàlisi** realitzada amb SPSS 15.0. **Resultats** D'un total de 370 inscrits al congrés, es van recollir 169 enquestes (45,6%). L'edat mitja va ser de  $39 \pm 25$  anys, 62,1% homes. El temps d'experiència a urgències de  $11 \pm 7,1$  anys. **Categoria professional:** 49,7% metges, 44,4% infermeria (DUI), 5,3% tècnics en transport sanitari (TTS). **Àrees d'atenció:** 67% atenció urgent hospitalària, 23,1% emergències extrahospitalàries i el 3,6% urgències d'atenció primària. El 94,7% dels enquestats va considerar necessària la creació de l'especialitat. **Els motius:** "Garantir una assistència de qualitat": 69,8%, "Assegurar el futur i viabilitat dels serveis d'urgències": 17,12%, "Tenir un títol d'especialista": 7,73%, "No ser menys que altres especialitats": 6,07%. El metge va considerar l'especialitat menys necessària que el professional no mèdic (DUI, TTS) 89,3% vs 100% ( $p=0,001$ ), els assistents al congrés la van considerar més necessària que els moderadors o comitè 98,8% vs 88,4% ( $p=0,04$ ). No hi va haver diferències significatives en la resta de variables. **Conclusions** La opinió del professional que treballa als serveis d'urgències es favorable a la creació de l'especialitat en urgentologia. El principal motiu es la possibilitat de garantir una assistència de qualitat.



## ÉS LA PROTEINA C REACTIVA UN MARCADOR DE MAL PRONÒSTIC EN LA NEUMÒNIA DEL PACIENT VIH?

Perelló R(1), Castañeda M(1), Foix A(1), Camón S(1), Miro O(1).  
Servei d'Urgències de l'Hospital Clínic. Barcelona.

**Introducció:** la proteïna C reactiva (PCR) s'utilitza per valorar el pronòstic evolutiu davant qualsevol agent infecció. Volem valorar la seva utilitat en el pronòstic de la neumònia (NAC) en el pacient VIH, ja que actualment és una de les principals causes de mortalitat en aquest grup de pacients. Pacients i mètodes: estudi prospectiu de 3 anys de duració. Es varen incloure pacients VIH amb NAC que consultaren al nostre servei d'urgències. A tots ells se'ls hi va determinar el valor de la PCR, sempre que el quadre clínic presentara més de 24h d'evolució. Com a variables independents es varen analitzar el valor de l'escala de APACHE II, de la pressió arterial sistòlica (PAS), de la freqüència cardíaca (FC) i respiratòria (FR) i de la pressió arterial d'oxigen (PO<sub>2</sub>) a l'ingrés. Els endpoints primaris van ser la mortalitat als 30 dies, l'ingrés a l'UCI i la necessitat de ventilació mecànica (VM). L'endpoint combinat va ser l'aparició de qualsevol d'aquests tres events. Resultats: es van diagnosticar 159 pacients VIH con NAC. L'anàlisi de les variables va mostrar que la FR elevada, la PO<sub>2</sub> baixa i l'escala APACHE II condicionaven l'ingrés a l' UCI, mentre que la PO<sub>2</sub> i el valor d'APACHE II condicionaven la necessitat de ventilació mecànica. En quant a la mortalitat cap de les variables va mostrar ser significativa, tot i que per l'endpoint combinat les tres si ho varen ser. La PCR no va ser significativa en cap cas. Conclusió: la PCR no serveix com a marcador de mal pronòstic en la NAC del pacient VIH, però altres paràmetres han mostrat tenir poder discriminatiu.



## IMPACTA SOBRE EL SERVEI D'URGÈNCIES D'UN PROGRAMA D'ATENCIÓ AL PACIENT FRÀGIL COMPLEX (II).

Francisco Casarramona Lobera; Alberto Verdaguer Munujos; Pol Perez Sust;  
Nicolas Moron Carande; Anton Peter Reth Fuster; Manuel Daza Lopez  
Hospital de Mataró; Servei d'urgències

**INTRODUCCIÓ:** L'abril del 2011 s'inicià el programa de gestió de casos (GC) per l'atenció al pacient fràgil complex (PFC): >60anys, 2 o mes ingressos en<12mesos, amb total d'estàncies>9dies. Al menys una patologia crònica com a motiu de l'ingrés. Posta en marxa d'hospital de dia, infermeres GC, redefinició de l'activitat dels especialistes: suport a Geriàtrics, atenció a població diana al S. d'urgències (SU) i creació d'una Unitat de Medicina Major Ambulatoria (UMMA).

**OBJECTIU:** Anàlisi de l'impacta del programa PFC sobre la activitat del SU.

**METODOLOGIA:** Població diana: 1160 pacients. Comparació de les dades assistencials a urgències els períodes gener-desembre 2010-2011 (per grups d'edat i dels PFC, número d'assistències, percentatges d'ingrés, costos de laboratori, radiologia i farmàcia).

**RESULTATS:** -Urgències MÈDIQUES (34.519-33.170): de 15-64anys, reducció de consultes 1,55%, d'ingressos 0,18%. 65-74anys 4,53% i 1,12% respectivament. 75-80anys 8,43% i 2,02%. >80anys 8,96% i 3,08%. Total 3,91% consultes i 1,45% ingressos menys (782 ingressos menys). QUIRÚRGIQUES (50.570-48.192): de 15-64anys reducció de 1,55% de consultes i 0,18% d'ingressos. 65-74anys 4,53% i 1,12% respectivament. 75-80anys 5,12% i increment del 0,16% d'ingressos. >80anys 4,18% i 1,81% de reducció. Total 4,70% consultes i 0,09% ingressos menys (184 ingressos menys). -Assistències PFC: reducció de 21,9% (736 menys). Ingressos: reducció 20,9% (448 menys), que representa el 57,28% de la reducció total d'ingressos mèdics -Els resultats preliminars mostren una reducció de costos de >20% de laboratori, 18% en radiologia i 10% en farmàcia dels PFC. -Derivacions del SU a UMMA 310 pacients.

**CONCLUSIONS:** El programa d'atenció al PFC, tot i iniciar-se a l'abril del 2011, aconsegueix: -Reducció d'assistències >8% en >75 anys del grup mèdic vs el 4% global. -Reducció d'assistències de PFC un 21,9% (1256 assistències menys). -Reducció d'ingressos de PFC un 20,9% (448 ingressos menys). -Reducció significativa costos de radiologia, laboratori i farmàcia dels PFC.



## VALORACIÓN DEL CÓDIGO IAM DESDE SU INSTAURACIÓN EN LA USVA KM01(2009-2011)

M<sup>a</sup> José Moya; Joaquín Ríos; Silvia Solà; Lluís Castella; Pilar Sánchez  
Consorci Sanitari de Terrassa

**INTRODUCCIÓN:** El dolor torácico es una de las patologías más frecuentes en los servicios de urgencias y emergencias de nuestro país, por lo que es importante poder identificar un infarto agudo de miocardio a tiempo. **OBJETIVOS:** El objetivo principal es conocer si el tiempo transcurrido entre el primer electrocardiograma y la realización de la angioplastia primaria es inferior a 120 minutos. Los objetivos secundarios son conocer el tiempo transcurrido entre la realización del electrocardiograma (ECG) y la activación del Código IAM. **METODOLOGÍA:** Se trata de un estudio descriptivo para el que se han recogido retrospectivamente los datos a través de la revisión de las historias clínicas rellenas por el personal de la USVA del Hospital de Terrassa. **RESULTADOS:** Desde junio del 2009 hasta el 1 de noviembre del 2011 se han realizado 308 Códigos IAM. La edad media de los pacientes es de 63'2 años; un 77% eran hombres y un 23% mujeres. Los alertantes de este Código son la propia USVA con un 18%, el Hospital de Terrassa con un 31%, Hospital Mutua de Terrassa con un 27% y, por último, con un 15% los CAPs. El destino más frecuente es el Hospital Clínico con un 64% y Hospital Mutua de Terrassa con un 32%. El tiempo ECG-Activación del Código fue de un 39% de 0-15', un 22% de 16-30' y un 21% > 60'. Y el tiempo ECG-ACTP fue de 40% de 61-90', 13% de 91-120'. **CONCLUSIONES:** Con este estudio se llega a la conclusión que todavía tendría que disminuir más el tiempo ECG-Activación del Código, habría que mejorar la gestión de los alertantes para que el tiempo fuera menor y habría que disminuir el tiempo ECG-ACTP ya que todavía siguen siendo altos.



## DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES: CONEIXEMENT I PREDISPOSICIÓ A FER-HO, ANÀLISI DES D'UNA PERSPECTIVA DE GÈNERE

Albert Antolí, B.-J. Szóny, Óscar Miró, Miquel Sánchez  
Àrea Urgències, Hospital Clínic. Grupo Investigación  
"Urgencias: Procesos y patologías", Fundació Clínic. Barcelona

**INTRODUCCIÓ:** El document de voluntats anticipades (DVA) és un instrument, legalitzat el 2001 a Catalunya en el context del respecte a l'autonomia del pacient, mitjançant el qual es poden reflectir els desitjos del pacient quan per incapacitat aquest no es pot manifestar directament.

**OBJECTIUS:** Avaluat, des d'una perspectiva de gènere, en pacients amb malaltia crònica que consulten a urgències el coneixement del DVA i la seva predisposició a redactar-ho, i contrastar amb els DVA finalment aportats.

**METODOLOGIA:** Estudi observacional, descriptiu, sense intervenció, amb inclusió prospectiva i consecutiva de pacients en un semestre del any 2010. Es van consignar característiques clínic-demogràfiques i es va realitzar una entrevista-enquesta oral i anònima sobre aspectes de coneixement del DVA i la predisposició a la seva redacció. Així mateix, es van analitzar els DVA presentats en el servei d'atenció a l'usuari (SAU) de l'hospital en els últims anys

**RESULTATS:** Es van incloure 319 pacients (196 homes i 123 dones). El coneixement va ser 17,3%, discretament superior en homes (18,5%) que en dones (15,4%) p 0,589. Estaven a favor de redactar-ho un 75,9% (dones 77,6% i homes 75,0%, p 0,822). Les dones finalment van concretar i van aportar DVA al SAU en major mesura: 33 documents enfront 14 aportats per homes (2010-2011)

**CONCLUSIÓ:** Els nostres resultats, en línia amb estudis previs, mostren un deficient coneixement i arrelament dels \*DVA, sense que s'apreciïn diferències significatives quant a homes i dones, no obstant aquestes últimes estan lleugerament més predisposades i finalment atorguen en major nombre. És descoratjador l'escàs nombre de DVA registrats, per la qual cosa ha de reflexionar-se i escometre accions que permetin millorar la penetració en la nostra societat d'aquest tipus de documents, de tal forma que el seu ús passi a ser habitual en el procés assistencial.



## Ventilació Mecànica No Invasiva a Catalunya. Estudi VINCat.

Javier Jacob, Abora Sergio Rial, Melany Pestaña, Eva Lista,  
Joan Ramon Perez Mas, Ignasi Bardes  
Hospital Universitari de Bellvitge

**Introducció:** no es coneix amb certesa el tipus d'activitat dels serveis d'urgències dels hospitals catalans en relació a La Ventilació Mecànica No Invasiva (VNI). **Objectiu:** conèixer el tipus d'activitat que fan els serveis d'urgències del territori català en relació a la VNI. **Metodologia:** l'estudi VINCat va consistir en passar una enquesta per recollir l'activitat de la VNI al serveis d'urgències hospitalaris catalans. Es va realitzar a 32 hospitals de tot el territori, recollint dades d'infraestructura a urgències, característiques e indicacions de la VNI i de registre i formació en la tècnica. **Resultats:** dels 32 hospitals, 29 (90.6%) fan servir la VNI al servei d'urgències i en 26 (81.3%) la tècnica la realitza el facultatiu d'urgències. El 65.6% utilitza BIPAP i CPAP. En 20 hospitals (62.5%) el ventilador es del servei d'urgències. Un 43.8% te un ventilador de invasiva i un 59.4% te un respirador de no invasiva per fer la tècnica. Un 31.8% disposa d'un sistema no mecànic. La interfase més utilitzada es la nasobucal (87.5%). La indicació clínica més freqüent es la insuficiència cardíaca aguda (93.8%) i en 2º lloc la malaltia pulmonar obstructiva crònica aguditzada (84.4%). El 62.5% utilitza la tècnica en pacients amb indicació de no intubar. Fins un 68.8% te un protocol de VNI a urgències, i el 46.9% l'ha realitzat conjuntament amb altres serveis. Nomes el 37.5% registra l'activitat, un 43.8% realitza formació de VNI, la majoria al seu propi centre (65.6%) o externa acreditada (50%), El 93.8% formaria part d'un grup de treball propiciat SocMUE. **Conclusions:** la VNI es una tècnica d'elevada aplicació als serveis d'urgències i que depèn en la seva gran majoria del facultatiu d'urgències. Es pot millorar la dotació de ventiladors específics de no invasiva. Les indicacions de la tècnica segueixen les recomanacions que fa l'evidència científica actual.