

XX Congrés Nacional Català d'Urgències i Emergències

Urgències, voluntat de ser

Comunicacions Orals Sessió 1

Seva, 25 i 26 d'abril de 2013

Hotel El Montanyà. Seva (Barcelona)

So  **MUE**
www.socmue.cat
Societat Catalana de
Medicina d'Urgències i Emergències



www.congresurgencies.cat



ANÀLISI DE L'ÚS D'UN DISPOSITIU DE CONTROL DE TEMPS DURANT LA RESSUSCITACIÓ CARDIOPULMONAR

Sergi Mayol Barrera; Oscar Grima Cervantes; Javier Berbel Castro
Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Servei SEM

Introducció: Controlar de forma eficaç els temps d'execució establerts per les Guies Internacionals sobre Ressuscitació Cardiopulmonar (RCP), es una tasca feixuga degut a que es disposen de pocs recursos que ajudin a aquesta tasca. Controlar els temps des de un Smartphone pot ser una bona solució.

Objectius: Analitzar la relació existent entre la utilització o no d'un dispositiu de control de temps (DCT) i el desenvolupament de l'assistència durant la RCP.

Metodologia: Estudi experimental, aleatoritzat, prospectiu, de juny de 2012 a gener de 2013. La mostra constà de 35 assistències de pacients amb Aturada Cardiorespiratòria (ACR) als que, de manera aleatoritzada, se'ls aplicà o no la utilització del DCT. Pel recull de dades es contestà una enquesta per part del personal sanitari participant a les assistències, havent-los instruït prèviament en la utilització del dispositiu. Es recolliren variables demogràfiques, del desenvolupament de l'assistència i del grau de satisfacció. En les variables s'utilitzà una escala numèrica on 1 era cap/dolent i 5 alt/bo. Estadística: descriptiva, Khi quadrat i t-Student.

Resultats: Es recolliren 152 enquestes de 35 assistències, dels que 84 (55,3%) utilitzaven DCT i 68 (44,7%) no. Els que utilitzaren DCT vs els que no, diferien en: el seguiment dels temps d'execució de forma exacta (97,6% vs 36,7%; $p < 0,001$), el grau d'adhesió als temps d'execució (4,3 vs 3,4; $p < 0,001$), el control de les alternances en les compressions toràciques (4,4 vs 3,6; $p < 0,001$), el grau d'efectivitat a l'hora d'administrar fàrmacs (4,4 vs 3,8; $p < 0,001$) i el grau de dificultat per seguir els temps d'execució (1,8 vs 3,6; $p < 0,001$).

Conclusió: La utilització d'un DCT millora significativament el control dels temps d'execució protocolitzats a les Guies Internacionals sobre RCP.

Paraules clau: Dispositiu de control de temps, RCP, temps d'execució

UTILIZACIÓN DE UNA ESCALA DE VALORACIÓN NEUROLÓGICA SIMPLE EN LA ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA DEL ICTUS AGUDO EN LA REGIÓN DEL BARCELONÉS NORTE Y MARESME

Montse Gorchs Molist; Marisol Querol Gil; Natalia Pérez de la Ossa; David Carrera ; Xavier Jiménez Fábrega; Vicens Chicharro; SEM, HUGTiP; Ambulàncies La Pau.

INTRODUCCIÓN:

El accidente cerebrovascular es una emergencia médica tiempo dependiente. El objetivo del código ictus es disminuir el tiempo entre el inicio de los síntomas y el acceso a un diagnóstico y tratamiento especializado.

El reconocimiento precoz de los síntomas del ictus por parte de los equipos de emergencias es imprescindible. La utilización de escalas neurológicas simples permiten una sospecha diagnóstica certera y nos dan información muy valiosa sobre la gravedad del paciente.

OBJETIVOS

Analizar la sensibilidad y especificidad de la escala RACE para detectar un ictus agudo a nivel prehospitalario.

Analizar si la puntuación obtenida en la escala RACE a nivel prehospitalario es capaz de valorar la gravedad del ictus agudo, correlacionándose con la puntuación obtenida en la escala NIHSS a nivel hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de la escala a partir de los ítems de la National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) y validación retrospectiva (2010-2011) ; Valora 6 ítems: paresia facial, paresia braquial, paresia crural, desviación oculocefálica, agnosia y afasia.

Después de un programa de formación a Técnicos en Transporte Sanitario del SEM, con una sesión de cada tres meses durante un año, se implementa la escala RACE en la valoración a nivel prehospitalario del ictus agudo.

RESULTADOS

La escala RACE se cumplimentó en 206 pacientes (el 56% de las activaciones del código ictus).

La precisión de la escala RACE para predecir un ictus fue alta, con una eficiencia del 79,5%, con una sensibilidad del 88,8%, una especificidad del 33,3% , un VPP del 88,8% y un VPN del 33,3% para el diagnóstico de ictus agudo. La escala Race presentó una buena correlación con la escala NIHSS ($r = 0.75$; $p < 0.001$).

CONCLUSIONES

La escala RACE presenta una elevada sensibilidad, pero una baja especificidad para detectar el ictus a nivel prehospitalario .

Se confirma con este estudio, la capacidad de la escala RACE para valorar la gravedad del ictus agudo a nivel prehospitalario.

Estos datos permitirían aportar mayor información clínica al centro receptor del código ictus, antes de la llegada del paciente al hospital, y así poder planificar la atención y los tratamientos en función de la gravedad de cada paciente.

TRIAJE AVANZADO: DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA CON CARBÓN ACTIVADO

D. Vernet, R. García, S. Plana, S. Nogué
Hospital Clínic

Introducción: Las intoxicaciones agudas son un motivo frecuente de atención en los servicios de urgencias.

Objetivo: Evaluar si un protocolo de triaje avanzado con carbón activado (TACA) para el tratamiento de las intoxicaciones medicamentosas agudas (IMA), reduce el intervalo de tiempo en el inicio de la descontaminación y si tiene una repercusión clínica favorable en la evolución.

Método: Estudio prospectivo durante un año. Se diseñó un protocolo de triaje avanzado para que enfermería administrase de forma autónoma el carbón activado a IMA que reuniesen unas determinadas características basadas en el tipo de medicamento, tiempo transcurrido desde la ingesta y evaluación neurológica del paciente. Se evaluaron los tiempos de asistencia, los efectos secundarios del carbón y la derivación del paciente. En paralelo, se recogieron las mismas variables de un grupo control de IMA reclutado previamente.

Resultados: Se han incluido 68 pacientes. Su mediana de edad fue de 39 años y el 47% eran mujeres. El tiempo medio entre la llegada a urgencias y la administración del carbón fue de 25 min. El 35,3% de los casos recibieron el carbón antes de los 20 min, cumpliendo con el indicador de calidad. Cuatro pacientes vomitaron el carbón pero no se registró ninguna broncoaspiración. En comparación con el grupo control, los pacientes TACA tuvieron una reducción significativa ($p < 0,001$) del tiempo puerta-carbón ($p < 0,001$) e ingesta-carbón ($p < 0,001$) y un mejor cumplimiento del indicador de calidad ($p < 0,001$). No hubo diferencias en las horas de estancia en urgencias ni en el destino del paciente. No se registró mortalidad.

Conclusiones: La implantación del TACA ha reducido significativamente el tiempo Puerta-Carbón e Ingesta-Carbón, mejorando a su vez el cumplimiento de este indicador de calidad. No se ha reducido el tiempo de estancia en el área asistencial ni en el servicio de urgencias.

COMPARACIÓ DE DOS MÈTODES D'EXTRACCIÓ DE SANG: PUNCIÓ DIRECTA I CATÈTER VENÓS PERIFÈRIC

Nativitat Ortells Abuye; Teresa Busquets Puigdevall; Maribel Diaz Bergara; Inma Sánchez Pérez;
Marta Paguina Marcos
Hospital de Palamós . Servei d'Urgències

Introducció: Els pacients hospitalitzats es sotmeten a tècniques invasives, sent una de les més realitzades la punció venosa directa (PVD).

Objectiu: Analitzar la concordança i equivalència dels mètodes d'extracció PVD i catèter venós perifèric (CVP).

Metodologia: Estudi transversal mitjançant disseny creuat simple amb mesures intrasubjecte entre octubre de 2011 i maig de 2012 a un hospital comarcal. Mostra (risc = 5%, potència = 80%): 272 hospitalitzats, de 18 o més anys, que requerien controls analítics. Per cada analítica es va extreure una mostra per PVD i una per CVP. Variables: sexe, edat, mètode d'extracció, clíniques i 18 determinacions (amilasa, calci, colesterol, creatinina, creatina quinasa, glucèmia, GOT, potassi, sodi, urea, hematies, hemoglobina, leucòcits, plaquetes, protrombina, pH, pVCO₂ i pVO₂). Anàlisi: descriptiva univariable (freqüències), bivivariable amb nivell de confiança del 95% (coeficient de correlació lineal de Pearson $-r$ -, coeficient de concordança de Lin $-rL$ -), i anàlisi d'equivalència (interval d'acord del 95% de Bland-Altman inclòs a l'interval clínicament acceptable), utilitzant SPSS 18.

Resultats: 52,6% homes, edat mitjana de 75 anys (DE = 15,6), 8,8% i 43,4% amb medicació contínua i intermitent, respectivament. Es realitzaren 9.693 determinacions. Les mesures obtingudes amb ambdós mètodes presentaren una associació lineal positiva significativa amb valors de $r > 0,8$ ($p < 0,001$) per a totes les determinacions, excepte per a pVO₂ amb $r = 0,405$ ($p < 0,001$). A més, tingueren un acord absolut molt bo amb $rL > 0,8$, excepte per a pVO₂ amb concordança bastant baixa ($rL = 0,336$). Els dos mètodes foren equivalents en 16 de les 18 determinacions estudiades (88,9%), excepte per a pVCO₂ i pVO₂, on hi hagueren diferències clínicament rellevants en més del 13% dels casos.

Conclusions: Cal considerar la CVP com alternativa a la PVD, doncs són equivalents en aproximadament el 90% de les determinacions i beneficia considerablement al pacient.

EL GRAU DE TRIATGE EN URGÈNCIES CANVIA SEGONS L'ESCALA DE VALORACIÓ DEL DOLOR UTILITZADA?

Marta Paguina Marcos; Nativitat Ortells Abuye; Isabel Morató Lorente
Hospital de Palamós. Servei d'Urgències.

Introducció: El dolor és la primera causa d'assistència a un servei d'urgències (SU). Les escales més utilitzades en els SU són la Escala Visual Analògica (EVA) i la Escala Numèrica (NRS).

Objectiu: El primer objectiu del nostre estudi és veure la concordança entre escala visual analògica i escala numèrica. El nostre segon objectiu és veure si la utilització d'una escala o una altra modifica el grau de triatge.

Mètode: Estudi observacional descriptiu prospectiu realitzat en el servei d'urgències d'un hospital comarcal. Es van incloure a pacients de 14 anys o més que consultaven per dolor. Es va valorar l'escala EVA i NRS. Les dades van ser incloses en una base de dades i es va realitzar una estadística descriptiva mitjançant freqüències i una prova de Levene i test ANOVA, el coeficient de correlació de Lin, així com el mètode Passing i Bablok amb un nivell de confiança del 95% amb el programa SPSS 18.

Resultats: La mitjana de l'escala EVA va ser 6,27 (desviació típica 2,025; IC 5,91-6,62), mentre que la NRS va ser 7,54 (desviació típica 1,938; IC 7,20-7,88). El anàlisi de la variància indica que la mitjana de la NRS és superior a l'EVA ($p < 0,001$). El coeficient de correlació de Lin és 0,652, i indica un acord absolut entre regular i bo. El grau de triatge en utilitzar l'escala EVA se situa en grau 3 (69,5%), i grau 2 (19,5%), 25 triatge mentre que en utilitzar l'escala NRS grau 3 (41,4%), i grau 2 (54,7%) ($p < 0,001$)

Conclusions: Les escales no són intercanviables i aconsellem la utilització de l'escala EVA en els serveis d'urgències des del triatge fins l'alta del pacient.

FACTORS PREDICTIUS DE LA TIPOLOGIA D'INGRÉS DEL PACIENT AMB MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA AGUDITZADA

Laura Guarro, Ester Davant, Helena Guardiola, Josep Maria Modol, Laura Pastor, Ana Carreres
Hospital Universitari Germans Trias I Pujol

Introducció: Les aguditzacions de la MPOC (AMPOC) suposen el 2-3% de les consultes a Urgències. El 40% de les AMPOC requereixen ingrés hospitalari que pot fer-se en unitats d'hospitalització convencional o en unitats de curta estada.

Objectiu: Establir una taula classificatòria que permeti predir des d'Urgències la durada de l'ingrés del pacient amb AMPOC

Metodologia: Estudi prospectiu observacional que inclou pacients d'Urgències amb AMPOC de >40 anys que ingressen a un hospital de 600 llits. En funció de 15 variables que fan referència als antecedents i a l'episodi actual es defineixen 3 grups: grup A (pacients sense cap variable de gravetat), grup C (> 5 variables de gravetat) i grup B (no inclosos en cap dels altres dos) Establim tres durades d'ingrés: curt (<3dies), intermig (3-6 dies) i llarg (>=7 dies).

Resultats: S'inclouen 90 pacients, 84 homes i 6 dones amb una mediana d'edat de 74 anys: 4 (4,4%) del grup A, 62 (68,9%) del B i 24 (26,7%) del C. Estadets mitjanets i tipus d'ingrés pels grups A, B i C respectivament: 2 dies (75% ingrés curt), 4,9 dies (77,4% ingrés intermig) i 8,3 dies (66,7% ingrés llarg) ($p < 0,001$). Variables que s'associen a ingrés llarg: >2 ingressos l'any anterior, dispnea grau IV en situació basal, cor pulmonale crònic, presa d'opiacis en situació estable, colonització per Pseudomonas, OCD i $pO_2 < 60$. No hi ha hagut diferències en: Índex de Charlson, pCO_2 basal, FEV1, freqüència respiratòria, temperatura, recompte leucocitari, presència de signes d'insuficiència cardíaca dreta ni pCO_2 en l'episodi d'AMPOC.

Conclusions: Es pot predir l'estada hospitalària i també el recurs més adient per a l'ingrés dels pacients amb AMPOC mitjançant una taula que combina les 15 variables. L'estada del pacient amb AMPOC ve més determinada per la situació basal del malalt que pels paràmetres de l'agudització.