



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 333/24 - MUJER 90 AÑOS CON PARADA CARDIORESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA

R. García Hernández<sup>1</sup>, M. García Amaro<sup>2</sup>, M. Minguela Puras<sup>3</sup>, G. Santos Rielo<sup>4</sup>, M. Plans Tena<sup>5</sup>, M. Fernández-Amigo Aguado<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid.<sup>2</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid.<sup>3</sup>Tutora de Residentes. Centro de Salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid.<sup>4</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid.<sup>5</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Anciana que se desvanece sentada en sala de espera. Previamente pérdida de visión y sudoración según su hija. Dos residentes, dos adjuntos y una enfermera comprobamos que no responde, no respira, no tiene pulso, cianótica. Iniciamos protocolo de emergencia. Médico 1 contacta con 112, médico 2 con celador (sube DESA, maletín de urgencias y medicación) y la administración (reparte los pacientes de los que atendemos la urgencia). La enfermera trae oxígeno. Médicos 3 y 4 trasladan la paciente al suelo. Comienzan compresiones torácicas. Tras oxígeno en mascarilla al 50% y 2 tandas de compresiones torácicas, recupera conciencia. En posición de seguridad, comienza a hablar. Se baja en silla de ruedas a sala de urgencias. Médico 1 y 2 informan a la hija y recopilan información clínica: consultaba por fiebre de 2 días, como antecedentes personales es hipertensa, fibrilación auricular en tratamiento con acenocumarol, ictus embólico en 2011 y hace 1 mes ingresó por meningoencefalitis.

**Exploración y pruebas complementarias:** ECG: arritmia sin isquemia o bloqueos, le monitorizamos y canalizamos vía, destaca desaturación a 90% sin oxígeno y sibilancias a la auscultación. Es trasladada por 112 al hospital donde permaneció 15 días.

**Juicio clínico:** Gripe A con hipoxemia grave.

**Diagnóstico diferencial:** PCR no desfibrilable.

**Comentario final:** El objetivo fue reconocer precozmente la emergencia vital fuera de la sala de urgencias e instaurar protocolo de emergencia del CS. Posteriormente analizamos la intervención. Aciertos: Gracias al protocolo de emergencias del CS y al plan docente, con manejo de PCR, se actuó organizada y rápidamente. Fallos: No separar el escenario de atención mediante barrera en sala. No monitorizarla allí. Dada la excepcionalidad de estos casos en AP deberíamos practicar con simulacros, y en distintos escenarios del CS, la atención por el equipo. Registrar errores y así poder mejorar.

### Bibliografía

Perkins GD, Travers AH, Considine J, et al. Part 3: Adult basic life support and automated external defibrillation: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency

Cardiovascular Care Science With Treatment .Recommendations. Resuscitation 2015.

**Palabras clave:** Parada cardiorespiratoria. Atención Primaria.