

Conclusiones: Una estrategia promotora de la participación alcanza mejores logros en el desarrollo de una postura ante la educación en médicos con funciones docentes.

Prehosp Disast Med 2007;22(2):s168–s169

(276) Aptitudes Clínicas de Residentes de Urgencias en el abordaje de la Enfermedad Vascular Cerebral

J. Loria-Castellanos; J.M. Rocha-Luna

Instituto Mexicano del Seguro Social, Mexico City, Mexico

Objetivos: Construir, validar y aplicar un instrumento evaluar las aptitudes clínicas de los médicos residentes de Urgencias en el manejo de pacientes con enfermedad vascular cerebral.

Metodos: Estudio observacional, autorizado por el comité de investigación en que se evaluaron los 31 residentes de los 3 grados de la especialidad de urgencias de una de las sedes del Distrito Federal.

Para la construcción del instrumento se emplearon 3 casos clínicos reales de pacientes con Enfermedad Vascular Cerebral. La validez de contenido se obtuvo por consenso de 4 de 4 por expertos en urgencias e investigación educativa. Se realizó una prueba piloto en médicos internos de pregrado. La consistencia se determinó con la prueba de Kuder-Richardson. El instrumento validado se aplica en una sesión ex profeso, determinándose posteriormente las respuestas esperadas por azar a través de la prueba de Prez-Padilla. Se utilizó un análisis estadístico no paramétrico

Resultados: La versión final del instrumento se constituyó por 153 ítems distribuidos en 10 indicadores. La consistencia resultó de 0.92. La puntuación máxima fue de 124 y la mínima de 44. Se obtuvieron 25 respuestas esperadas por azar. El análisis estadístico no encontró diferencias entre los grados académicos. La mayoría de los residentes se ubicaron dentro del rango intermedio (41.93%) y alto (25.80%). En la mayoría de los indicadores los residentes de 3^{er} año obtuvieron mejores calificaciones.

Conclusiones: El instrumento construido tiene una adecuada confiabilidad. El proceso educativo en esta sede parece promover un proceso de reflexión y crítica por parte de los residentes.

Prehosp Disast Med 2007;22(2):s169

(277) Intoxicación por Tolueno

S. Ballestin Sorolla; E.R. Olivares; M.J. Jimenez Melendez; C. Carola Medina Sanz; S. Silvia Gangutia Hernandez; P. Lopez Galindo; A.B. Marin Floria; M.J. Pueyo Morer

Hospital Royo Villanova, Zaragoza, Spain

Los disolventes orgánicos son tóxicos. Los vapores que desprenden los disolventes orgánicos son más pesados que el aire, por lo que su mayor concentración está cerca del suelo. Estos vapores, cruzan las membranas celulares, y, debido a su gran solubilidad en grasas, alcanzan concentraciones altas en el SNC

Caso clínico: Varón de 50 años traido en UVI móvil por presentar, en su domicilio, episodio de pérdida de conciencia recuperada y posteriormente habla disrítica e incoherencia; se sospecha de estado de embriaguez.

En urgencias, paciente consciente, no orientado en tiempo ni espacio, somnoliento con constantes estables (T arterial 120/80, F.C. 72x/min, T 36,5, Saturación O₂ 96%), no feto enólico.

En la exploración neurológica destaca un paciente somnoliento, algo disartrico con Glasgow (3+4+6) 13/15, sin otra focalidad.

Pruebas complementarias: leucocitosis con desviación izquierda; radiografía torax sin alteraciones; ECG ritmo sinusal 64x/min sin alteraciones de la repolarización.

Evolución: Al observarse la discrepancia entre la exploración física y la primera orientación clínica se reinterroga a la esposa del paciente quien confirma la toma de alcohol y nos informa que había estado barnizando unos muebles con un producto, que va a buscar a domicilio, el barniz lleva TOLUENO 100:6.

Ante la nueva información se diagnostica de Intoxicación aguda por Tolueno y se inicia tratamiento.

Conclusiones: La historia clínica siempre es fundamental en el Servicio de Urgencias. Pensar siempre en las intoxicaciones por disolventes en situaciones de afectación del SNC sin focalidad clara.

Prehosp Disast Med 2007;22(2):s169

(278) Síndrome Bajo Gasto Cardíaco

S. Ballestin Sorolla; E. Ruiz Olivares; P. Lopez Galindo; A.B. Marin Floria; P. Sarasa Claver; B. Gargallo Planas; M.J. Jimenez Melendez; C. Medina Sanz

Hospital Royo Villanova, Zaragoza, Spain

Introducción: Hablamos de síndrome de bajo gasto (independientemente de la causa) cuando nos encontramos con una situación clínica caracterizada: Hipotensión arterial: Tensión Arterial Media < 65 mmHg y signos de mala perfusión periférica o cerebral. Congestión pulmonar: Presión Auricular Izquierda > 18 mmHg. Oliguria: diuresis menor de 1ml/Kg/h

Caso clínico: Varón de 78 años acude por dolor abdominal inespecífico de varios días de evolución sin otra clínica. Portador de marcapasos y sin alergias medicamentosas conocidas. En la exploración: Dolor a la palpación difusa sin defensa abdominal con constantes estables (T arterial 120/80, F.C. 72x/min, T 36,5). Pruebas complementarias: Análisis de sangre con parámetros habituales sin alteraciones; radiografía abdomen normal; ECG ritmo sinusal 64x/min sin alteraciones de la repolarización.

Evolución: Se diagnostica de dolor abdominal inespecífico y se inicia tratamiento con Metamizol iv, a los pocos minutos el paciente presenta dificultad para respirar, dolor torácico y síncope; A la exploración rubefacción, anisocoria, A.P: sibilantes dispersos, A.C: Rítmico a 80x/min, T arterial 80/40 y Sat O₂ 80%. En ECG: ritmo sinusal 80x/min con isquemia subepicárdica cara inferior. Se inicia tratamiento para el shock anafiláctico con recuperación total.

Conclusiones: No debemos confundir la clínica del bajo gasto como la causa de la situación del paciente, e iniciar el tratamiento que debe seguir una línea de actuación lógica donde en primer lugar se analicen y corrijan las causas (en este caso anafilaxia). El objetivo es mantener un flujo sanguíneo

neo a los rganos capaz de satisfacer las demandas metablicas, teniendo en cuenta que el coraz3n debe mantener prioridad.

Prehosp Disast Med 2007;22(2):s169-s170

(279) Perfil de las Intoxicaciones por Productos Químicos en el Servicio de Urgencias del Hospital Royo Villanova

E. Ruiz-Olivares; S. Ballestin Sorolla; S. Gangutia Hernandez; P. Sarasa Claver; P. Lopez Galindo; M.J. Jimenez Melendez; C. Medina Sanz;
Hospital Royo Villanova, Zaragoza, Spain

Objetivos: conocer el perfil y las caractersticas generales de los pacientes que sufren cualquier tipo de contacto con sustancias químicas y que acuden a un servicio de urgencias hospitalario.

Material y metodos: estudio descriptivo y prospectivo de pacientes que acudieron a urgencias por haber tenido algn tipo de contacto con sustancias químicas. Los casos se recogen en una ficha con 25 items en donde figuran los datos epidemiológicos, etiológicos clnicos, analíticos y terapéuticos. El periodo de estudio abarca el ao 2006.

Resultados: Número de casos totales: 28. Sin diferencias en cuanto a sexos. Media de edad 38 años. La intencionalidad fue suicida en 7,14%, accidentes domsticos 78,58%. Los agentes causales más frecuentes fueron gases (tóxicos e irritantes) 49%, cústicos 28,57 %, disolventes 7,14%, detergentes 14,28%. Presentaron algn tipo de clínica el 81,58%, ms frecuentemente digestiva y neurológica. Requiritieron alguna medida terapéutica el 73,83%, generalmente sintomática y medidas de descontaminación digestiva. Recibieron antídotos el 7,14% de los pacientes. La estancia media en urgencias fue de 17 horas. Ninguno de los pacientes precis ingreso hospitalario. La evolución fue satisfactoria en el 100%, sin registrarse ningn fallecido.

Conclusiones: El perfil general del paciente intoxicado por productos químicos es una persona de 30 a 40 aos sin diferencia en cuanto al sexo. Llama la atención el bajo número de casos de intoxicaciones por productos químicos y la poca gravedad de los mismos.

Prehosp Disast Med 2007;22(2):s170

(280) Casiahogamiento e Hipotermia

M.J. Jimenez,¹ J.M. Andrs,¹ S. Ballestin,¹ S. Gangutia,¹ E. Ruiz,¹ C. Medina,¹ S. Aznar²

1. Hospital Royo Villanova, Zaragoza, Spain
2. Hospital Clínico, Zaragoza, Spain

Introducción: El casiahogamiento, se define como ahogamiento incompleto, al sobrevivir 24 horas tras la inmersión, considerando húmedo o seco, según haya o no aspiración. Tendremos presente la hipotermia según zona de inmersión.

Caso clínico: Varn 21 años, sin antecedentes, rescatado por bomberos del ro, al cual se haba tirado.

Trado, desnudo y cubierto con manta térmica, el paciente resenta: fetor enlico, temperatura axilar 31, Glasgow 8, saturación de oxígeno 85% con ventimask y taquicardia sinusal. No lesiones dérmicas.

Se canaliza una segunda va y se procede al calentamiento con medios externos e internos, sueros calientes, manteniendo saturación mayor de 90% con reservorio.

Pruebas complementarias: leucocitosis con desviación izquierda, pH: 7,26, aumento de CK y CK-MB, radiografía con focos de condensación parcheados en ambos campos compatibles con neumona por aspiración.

Evolución: 90 minutos tras su llegada a Urgencias, presenta Glasgow 15, con pH: 7,32 tratamiento de mantenimiento, retirando calentamiento interno, y con antibioterapia. 180 minutos tras su llegada, el paciente comenzó bruscamente con tiritera, desaturación e hizo una parada respiratoria que obligó a la intubación endotraqueal pasando a Cuidados Intensivos. La temperatura no alcanzó los 38. Menos de 24 horas después se extubo sin complicaciones, sin modificarse el tratamiento previo y con buena evolución pulmonar.

Conclusiones: Tratar adecuadamente la hipotermia, en nuestro caso moderada (28-32). Tener presente y tratar la aspiración, de ello puede depender el pronóstico del paciente y las complicaciones. Mantener siempre medidas de soporte vital.

Prehosp Disast Med 2007;22(2):s170

(281) Tratamiento antiarrtmico de los pacientes con Fibrilación Auricular en una Unidad de Corta Estancia de Urgencias

R. Royo Hernández; J. Gomez Bitrin; R. Royo Hernández; M. De Aza Jimnez; L. Lazaro Gracia; R. Llera Guerra; E. Aldea Molina

Salud, Zaragoza, Spain

Introducción: La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia ms prevalente en nuestro medio y su manejo se realiza con frecuencia en una Unidad de Corta Estancia (UCE) de los Servicios de Urgencias Hospitalarios.

Objetivos: Valorar el manejo y la efectividad de los diferentes tratamientos antiarrtmicos (AA) utilizados en la Fibrilación Auricular de pacientes ingresados en una UCE de Urgencias hospitalaria.

Material y metodos: estudio observacional, descriptivo y prospectivo realizado sobre todos los pacientes con FA ingresados en la UCE. El periodo de estudio abarca los dos últimos aos. Los datos se recogieron en una ficha codificada de las historias de Urgencias de estos pacientes.

Resultados: Número total de casos 520. Los tratamientos ms utilizados fueron: (1) cardiovertidores: amiodarona 227 casos (43,65%); flecaínida 46 casos (8,84%); propafenona 26 casos (5%); cardioversión eléctrica (CVE) 11 casos (2,11%); y (2) controladores de la frecuencia cardíaca: digoxina 143 casos (27,5%); calcioantagonistas 76 casos (14,61%); betabloqueantes 64 casos (12,30%). Efectividad de los fármacos utilizados para la restauración del ritmo: flecaínida 95,65%, propafenona 80,76%, amiodarona 71,36%, CVE 90,90%. El paso a ritmo sinusal fue espontáneo en 32 casos (6,15%).

Conclusiones: Los antiarrtmicos más utilizados en nuestro estudio fueron dos clásicos: la amiodarona en el grupo de AA utilizados para la restauración del ritmo y la digoxina como controlador de la frecuencia cardíaca. Los fármacos más efectivos para la restauración del ritmo son los del grupo IC especialmente la flecaínida. Destaca la baja utilización de la CVE como tratamiento para la restauración del ritmo.

Prehosp Disast Med 2007;22(2):s170