

**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<sup>er</sup> 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 O<sub>2</sub> 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 reintroga 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 O<sub>2</sub> 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