

calculado nos da una aproximación de la escasa dificultad que presentan su lectura y de forma indirecta su aplicabilidad.

Prehosp Disast Med 2007;22(2):s167-s168

(273) Que Riesgos Ocupacionales se Asocian con la Actividad Profesional de Enfermera en Urgencias Extrahospitalarias?

P. Javier;¹ R.P. Jose Maria;² A.A. Luis;³ M.M. Luis;⁴ A.S. Juan Luis;³ U.B. Pedro;³ D.M. Francisco³

1. C.H. Novoa Santos, Ferrol-A Corua, Spain
2. CH.A. Marcide Prof. Novoa Santos, Ferrol-A Corua, Spain
3. CH.A. Marcide, Ferrol, Spain
4. Mutua UMI, Ferrol, Spain

Introducción: El riesgo ocupacional tiene mucha relevancia en las unidades de urgencias hospitalarias. Son escasos los registros de accidentes y exposición a riesgos laborales de enfermeros en unidades de urgencias prehospitalarias.

Objetivos: identificar los riesgos físicos, psíquicos y biológicos de la profesión de enfermera en los dispositivos de emergencias prehospitalarias del rea Sanitaria de Ferrol, que necesitan ser eliminados o minimizados.

Metodología: Estudio descriptivo transversal sobre la población de profesionales de enfermería. Se analizan los biocontenedores de seguridad para el desecho de material punzante/cortante. Mediante checklist y pooled rank se obtienen los datos del estudio. Se utiliza estadística descriptiva, de correlación y de comparación cualitativa (χ^2) para un valor $p < 0.05$.

Resultados: Se clasificaron los enfermeros por edad, sexo, antigüedad profesional y vinculación contractual. Principal actividad de riesgo de tipo biológico resultó la recogida de material biocontaminante; de tipo físico las posturas forzadas del raquis y la carga de pesos y de tipo psíquico la falta de sueño y la ansiedad por la demanda asistencial. De forma indirecta se midió el riesgo biológico del total de contenedores de bioseguridad modelo B-D Guardian resultando su uso incorrecto en el 16,4%, inadecuado en el 10% y con alto riesgo biológico en 4 de ellos por sobrepasar la línea de llenado de seguridad.

Conclusiones: Se identifican los riesgos potenciales de tipo biológico, físico y psíquico. Se detectan hábitos erróneos en la manipulación de contenedores de bioseguridad. Es necesario profundizar en esta línea de investigación con nuevos estudios que para refrendar los resultados obtenidos.

Prehosp Disast Med 2007;22(2):s168

(274) Sincope de Causa Extra: Arnold-Chiari

S. Aznar;¹ P. Lopez;¹ M.J. Jimnez;² I. Gomez¹

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

Historia clínica: paciente varón de 47 años, antecedentes de dislipemia, sin hábitos tóxicos, que encontrándose previamente bien, presenta súbitamente cuadro de pérdida de conciencia con hipotona generalizada y apneas de 40-60 segundos. Como único antecedente seala un traumatismo sacro-lumbar unas horas antes (cada de 1 metro de altura), sin trauma craneal. Es trasladado en UVI-móvil y a su lle-

gada a Urgencias se objetivan episodios de características similares con desaturaciones de hasta 74% de O₂, sin alteraciones del ritmo cardiaco.

Exploración física: Glasgow 15, buen estado general, neurologicamente sin focalidad, auscultación cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen anodino.

Pruebas complementarias en Urgencias: BM test: 82 mg/dl, ECG: sinusal a 68 lpm sin alteraciones de repolarización. Analítica (incluidos tóxicos) sin datos de interés. Rx tórax: normal y TAC cerebral: sin alteraciones.

Evolución: Se decidió ingreso en UCI, el cuadro remitió espontáneamente y se trasladó a planta de Medicina Interna para completar estudio. Ecocardiograma, Eco Doppler de troncos supraaórticos, ECG-Holter de 24 horas y EEG sin alteraciones. RNM: Malformación de Arnold Chiari tipo I (descenso de amígdalas cerebelosas por debajo de los 5 mm) y quiste en comisura anterior. Se interpretó el cuadro como crisis comicial autolimitada de etiología no filiada y se procedió al alta hospitalaria con observación ambulatoria por el servicio de Neurología.

Conclusiones: La malformación Arnold Chiari tipo I provoca sintomatología muy diversa y en adultos la edad de debut se sitúa en torno a los 40 años. Los traumatismos se consideran factor desencadenante o agravante de la clínica.

Prehosp Disast Med 2007;22(2):s168

(275) Postura ante la Educación en Médicos con Actividades Docentes, Alcances de dos Diferentes Estrategias Educativas

J. Loria-Castellanos; D.B. Rivera-Ibarra

Instituto Mexicano del Seguro Social, Mexico City, Mexico

Objetivos: Construir, validar, y aplicar un instrumento para apreciar la postura ante la educación en médicos. Comparar el alcance de 2 estrategias educativas diferentes sobre el desarrollo de una postura ante la educación en médicos con funciones docentes. **Metodos:** Estudio cuasiexperimental aprobado por el comité de investigación. Se construyó y validó por ronda de expertos un instrumento enfocado a situaciones médico asistenciales consistente en 74 enunciados que abordan el desarrollo de una postura ante la educación a través de aspectos del quehacer docente en forma de duplas excluyentes a través de 3 indicadores: acuerdo indiscriminado, enfoque más popular y consecuencia. Los grupos naturales se conformaron cada uno por 7 médicos con actividades docentes inscritos en 2 diplomados en docencia con estrategias diferentes (tradicional vs promotora de la participación). Los instrumentos fueron aplicados previo consentimiento. El análisis estadístico utilizado fue no paramétrico.

Resultados: La U de Mann Whitney inicial no muestra diferencias entre los grupos, aunque tras las intervenciones encontró diferencia significativa a favor del grupo con estrategia participativa, principalmente en el indicador de consecuencia. La prueba de Wilcoxon muestra un incremento ($p < 0.01$) sus evaluaciones en los 3 indicadores de postura, aunque solo 2 médicos la alcanzaron como tal; situación no encontrada en el grupo comparativo, en donde no se encontró incremento significativo en ninguno de los sujetos ni alcanzaron a desarrollar postura.

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 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 enlco.

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 ha 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