

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. Ballestín Sorolla; S. Gangutía Hernández; P. Sarasa Claver; P. López Galindo; M.J. Jiménez Meléndez; C. Medina Sanz; Hospital Royo Villanova, Zaragoza, Spain*

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

**Material y métodos:** estudio descriptivo y prospectivo de pacientes que acudieron a urgencias por haber tenido algún tipo de contacto con sustancias químicas. Los casos se recogen en una ficha con 25 ítems en donde figuran los datos epidemiológicos, etiológicos clínicos, analíticos y terapéuticos. El periodo de estudio abarca el año 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 domésticos 78,58%. Los agentes causales más frecuentes fueron gases (tóxicos e irritantes) 49%, cústicos 28,57 %, disolventes 7,14%, detergentes 14,28%. Presentaron algún tipo de clínica el 81,58%, más 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 precisó ingreso hospitalario. La evolución fue satisfactoria en el 100%, sin registrarse ningún fallecido.

**Conclusiones:** El perfil general del paciente intoxicado por productos químicos es una persona de 30 a 40 años 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. Jiménez,<sup>1</sup> J.M. Andrés,<sup>1</sup> S. Ballestín,<sup>1</sup> S. Gangutía,<sup>1</sup> E. Ruiz,<sup>1</sup> C. Medina,<sup>1</sup> S. Aznar<sup>2</sup>*

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:** Varón 21 años, sin antecedentes, rescatado por bomberos del río, al cual se le había tirado.

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

Se canaliza una segunda vía 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 neumonía 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 extubó 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 antiarrítmico de los pacientes con Fibrilación Auricular en una Unidad de Corta Estancia de Urgencias

*R. Royo Hernández; J. Gómez Bitrín; R. Royo Hernández; M. De Aza Jiménez; L. Lázaro Gracia; R. Llera Guerra; E. Aldea Molina*

Salud, Zaragoza, Spain

**Introducción:** La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia más 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 antiarrítmicos (AA) utilizados en la Fibrilación Auricular de pacientes ingresados en una UCE de Urgencias hospitalaria.

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

**Resultados:** Número total de casos 520. Los tratamientos más 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 antiarrítmicos 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*