

Versión: 31 / 10 / 05 Página: 1 de 9	PROCEDIMIENTO EXTRAHOSPITALARIO EN EL PACIENTE AHOGADO	
		

RESPONSABLES

Autor:

Dr. Luis Requena Meana. Médico intensivista de la UME-Manga. Gerencia de Emergencias 061. Murcia.

Contenido:

Miembros de la Comisión de Calidad.

Aplicación:

Personal Sanitario.

DOCUMENTOS

- Intensive Care Medicine. Rippe JM, Irwin RS, Fink MP y Cerra FB. Little, Brown and Company 1996.
- Manual de Asistencia al Politraumatizado. Grupo de Trabajo en Medicina de Urgencias de Santander. ELA 1994.
- Manual de Soporte Vital Avanzado. Plan Nacional de RCP de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC). MASSON 1999.
- Manual de Urgencias Médico-Quirúrgicas. Servicio de Urgencias Hospital "Virgen de la Arrixaca". Murcia. Diego Marín 1.999.
- Medicina de Urgencias. Tintinalli. Mc Graw Hill 1.997.
- Tratado de Emergencias Médicas. Carrasco MS, De Paz JA. Ediciones Ediciones ARAN 2.000.

Definiciones.

Síndrome de Casi Ahogamiento (SCA) a todas las presentaciones clínicas de víctimas de asfixia por sumersión en medio líquido, independientemente del tiempo que sobrevivan tras el incidente. Su presentación clínica puede variar entre diferentes grados de insuficiencia respiratoria, con o sin alteraciones del nivel de conciencia, pudiendo llegar a la parada cardíaca establecida por insuficiencia respiratoria extrema.

Ahogamiento: cuando las maniobras de reanimación no son efectivas o no se han aplicado y el paciente fallece.

Ahogamiento secundario o diferido: insuficiencia respiratoria pasadas unas horas tras el accidente, en un paciente asintomático desde el punto de vista respiratorio. Es debido a la progresión de la lesión pulmonar aguda tras broncoaspiración pequeña.

Síndrome de Inmersión o Hidrocución: parada cardíaca por reflejo vagal producido al entrar en contacto con agua a muy baja temperatura.

Versión: 31 / 10 / 05 Página: 2 de 9  Servicio Murciano de Salud	PROCEDIMIENTO EXTRAHOSPITALARIO EN EL PACIENTE AHOGADO	
--	--	---

PRESENTACIÓN CLÍNICA.

Fundamentalmente podremos encontrar:

- Paciente consciente eupneico o con ligeros signos de insuficiencia respiratoria.
- Paciente consciente con franca insuficiencia respiratoria.
- Paciente obnubilado o comatoso con grados variables de insuficiencia respiratoria.
- Parada cardiorrespiratoria.
- Paciente con hipotermia predominante.

PECULIARIDADES AMBIENTALES.

Colocar un paño impermeable (una pieza de tela plástica) a la cabecera del paciente, donde se coloca el monitor y el material necesario.

El paciente debe ser colocado a una distancia suficiente de la orilla de la playa, para evitar interrupciones de las maniobras terapéuticas debido a que alguna ola invada la zona de trabajo.

El paciente precisa también ser secado convenientemente en la región torácica para poder proceder al masaje y/o desfibrilación.

MEDIDAS TERAPEÚTICAS.

Las medidas de monitorización y tratamiento que deben ser aplicadas por la UME en el lugar del siniestro están dirigidas a minimizar los efectos de la hipoxia e hipotermia. Estas maniobras deben realizarse con estricto control de la movilidad del segmento espinal cervical en todos los casos en que no pueda excluirse una posible lesión de la columna vertebral a dicho nivel, evitando los movimientos de flexoextensión y lateralización cervical, y colocando un collarín cervical rígido, con apoyo mentoniano. Todos los pacientes con SCA moderados o graves deben monitorizarse de forma exhaustiva mediante registro electrocardiográfico continuo y pulsioximetría.

Paciente consciente eupneico o con ligeros signos de insuficiencia respiratoria. Se colocará al paciente en posición semisentada o incorporada, asistiéndole en sus movimientos de tos espontáneos. Se aplicará oxigenoterapia con mascarilla. Se colocará una sonda nasogástrica para favorecer el vaciado gástrico en los casos en los que se presuponga una deglución importante de agua. Pueden administrarse broncodilatadores a demanda si existe broncoespasmo.

Versión: 31 / 10 / 05 Página: 3 de 9	PROCEDIMIENTO EXTRAHOSPITALARIO EN EL PACIENTE AHOGADO	
		

Paciente consciente con franca insuficiencia respiratoria. Se aplicaran las medidas anteriores, administrando la máyor concentración posible de oxígeno a través de mascarilla reservorio con flujo de 15 litros por minuto. Se administrarán broncodilatadores inhalados si se evidencia broncoespasmo. Se evacuará el contenido gástrico con sonda nasogástrica. Si estas medidas no fueran suficientes para corregir la hipoxemia (pulsioximetría inferior a 90) o el trabajo respiratorio se hiciera muy intenso, se procederá a anestesiarse al paciente y a la intubación orotraqueal con ventilación mecánica. Es importante la monitorización de los signos clínicos de insuficiencia respiratoria, como el desarrollo de taquipnea, utilización de musculatura accesoria, disociación toracoabdominal, etc., para identificar los deterioros respiratorios de los pacientes. Siempre que esté disponible, debe aplicarse una PEEP de 5 a 10 cm de agua a los pacientes en ventilación mecánica, y CPAP o BiPAP a los que presenten signos moderados de insuficiencia respiratoria durante la ventilación espontánea.

Paciente obnubilado o comatoso con grados variables de insuficiencia respiratoria. Los pacientes comatosos y los obnubilados que no mejoran su nivel de conciencia tras la administración de oxígeno, deben beneficiarse de la ventilación mecánica. En todos se determinará la glucemia capilar para descartar descensos de la misma como desencadenante del accidente, o aparecidos durante la evolución. Antes de proceder a la intubación se administrará una ampolla i.v. de naloxona y otra de anexate para desenmascarar una intoxicación como desencadenante del accidente.

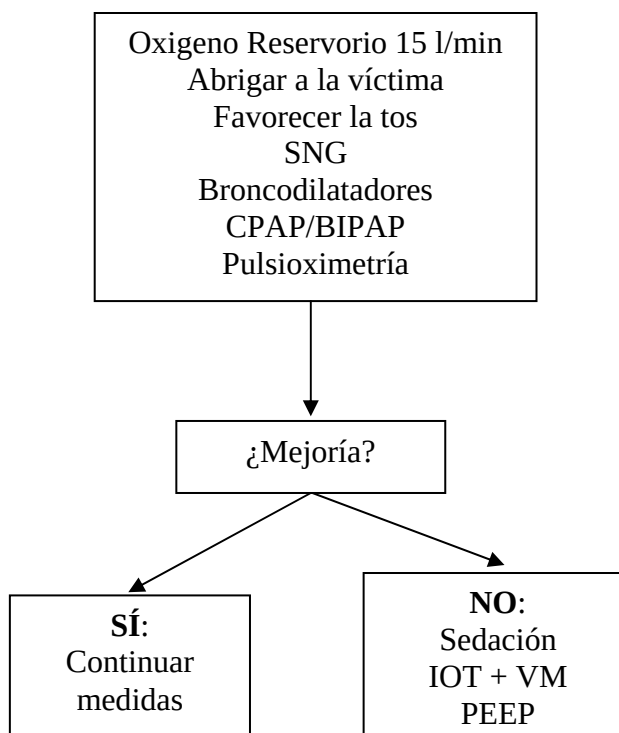
Parada cardiorrespiratoria. Los pacientes en parada cardiorrespiratoria deben recibir el protocolo de Soporte Vital Avanzado desde el primer momento, con la intubación orotraqueal, ventilación mecánica y masaje cardíaco y drogas en función del ritmo eléctrico presente. No se practicarán medidas posturales para evacuar el agua aspirada ya que pueden favorecer el vómito y la mayor aspiración. Puede realizarse la maniobra de Heimlich en casos de obstrucción de vías respiratorias. Tras la intubación se colocará una sonda nasogástrica. Habitualmente se requieren aspiraciones de la vía aérea repetidas periódicamente tras la intubación, para despejar completamente el agua o vómitos broncoaspirados. Se procederá al calentamiento del paciente si se evidencia hipotermia, retirando completamente la ropa mojada y cubriéndole con mantas; en casos graves de hipotermia (temperatura inferior a 30 grados) se administrarán fluidos calientes, si están disponibles. Las medidas de reanimación deben prolongarse por encima de la media hora siempre que exista hipotermia, y no interrumpirse hasta que no se alcancen temperaturas de al menos 32 grados.

Si en cualquiera de las presentaciones clínicas antes expuestas se evidenciara hipotensión arterial significativa debe descartarse siempre la posibilidad de un mecanismo traumático, en el origen del cuadro, con la existencias de lesiones sangrantes no aparentes.

RECURSOS NECESARIOS.

Todo paciente que ha sufrido un episodio de Casi Ahogamiento, aunque leve, debe ser trasladado a un centro hospitalario, bajo supervisión sanitaria, para continuar vigilancia médica ante la posibilidad de empeoramientos respiratorios secundarios.

Insuficiencia Respiratoria Grave:



Paciente obnubilado o comatoso:

