

cuenta la comodidad del usuario, la eficacia de trabajo y siempre cumpliendo con la normativa vigente.

Conclusión: Trabajando en estrecha colaboración con las autoridades sanitarias, compañías públicas, privadas, autoridades civiles y militares para mejorar la capacidad de respuesta ante cualquier situación.

El equipamiento logístico médico es un eslabón en la cadena para proporcionar la más eficiente y efectiva respuesta médica ante cualquier amenaza

Prehosp Disast Med 2007;22(2):s165-s166

(267) Ictericia Obstructiva por Divertículo Duodenal

S. Gangutia Hernández

Hospital Royo Villanova, Zaragoza, Spain

Objetivos: Los divertículos duodenales son relativamente frecuentes, la gran mayoría latentes, descubriéndose de manera casual. Únicamente dan clínica en el 1–2% y sólo un porcentaje requieren cirugía. Presentamos un caso de ictericia obstructiva ocasionada por voluminoso divertículo duodenal.

Caso Clínico: Paciente de 64 años, sin antecedentes de interés. Desde hace un mes, hiporexia, astenia y malestar; los últimos días acompañado de ictericia con orinas colúricas.

Exploración física: Ictericia de piel y mucosas, resto normal.

Análítica sanguínea: Elevación de transaminasas y bilirrubina, resto normal.

Ecografía abdominal: Hígado de tamaño y morfología normal, mínima ectasia de vía biliar intrahepática, colédoco anfractuoso, zona hiperecogénica (15,5– 20 mm.) en hilio hepático que pudiera corresponder con colangiocarcinoma. Vesícula postpandrial. Páncreas normal. Ingres para estudio. Análítica de ingreso: bilirrubina total 4,6; directa 2,8; GOT 311; GPT 1105; GGT 544; Fosfatasa alcalina 151; marcadores tumorales normales.

TC abdominal: Hígado, vías biliares normales. Páncreas bien delimitado con desplazamiento de la cabeza en sentido anterior por formación de contenido líquido que parece corresponder a un voluminoso divertículo de la 2ª porción duodenal.

Estudio gastroduodenal: gran divertículo duodenal.

Trás desaparición de la ictericia y mejoría de parámetros hepáticos, es dado de alta; valorado por Servicio de Cirugía, citándole para cirugía programada.

Discusión: La ictericia obstructiva es un síndrome clínico frecuente. La causa más frecuente es la obstrucción por cálculo, otras relativamente frecuentes son las obstrucciones por tumores. En nuestro caso la obstrucción se produjo por un divertículo duodenal gigante (poco frecuente), patología benigna que pudo ser resuelta con cirugía.

Prehosp Disast Med 2007;22(2):s166

(268) Fractura-Luxación de Húmero Tras Electrocuación

S. Gangutia Hernández

Hospital Royo Villanova, Zaragoza, Spain

Objetivos: La mayoría de las lesiones producidas por electricidad ocurren accidentalmente en el hogar con corriente alterna de bajo voltaje. Nos podemos encontrar desde simples eritemas hasta parada cardiorrespiratoria y muerte.

Presentamos un caso en el que se produjo fractura-luxación del húmero.

Caso Clínico: Paciente de 61 años, sin antecedentes de interés. Acude al servicio de urgencias, por haber sufrido hace 30 minutos descarga eléctrica en el baño de su casa, refiere dolor e impotencia funcional en extremidad superior izquierda. Consciente y hemodinámicamente estable, destaca punto eritematoso no necrótico, en palma de mano derecha, dolor e impotencia funcional en hombro izquierdo y disminución de fuerza, sin apreciar síndrome compartimental, ni punto de salida. Pruebas complementarias: demuestran fractura-luxación de húmero izquierdo y ligera elevación de CK. Se realiza reducción de la fractura-luxación por traumatólogo, queda en observación en el servicio de urgencias, siendo dado de alta en 24 horas sin complicaciones.

Discusión: El grado de lesión tisular depende de varios factores: tipo e intensidad de la corriente, voltaje, resistencia, duración del contacto y trayecto. La corriente alterna suele producir más daños que la continua. La lesión será mayor cuanto más alto sea el voltaje y menor la resistencia de los tejidos (alta en el hueso). En general son peores los trayectos horizontales. En todo paciente que ha sufrido una electrocución debemos valorar en el primer momento la afectación respiratoria, cardíaca y neurológica; y posteriormente la existencia de afectación renal, las secuelas neurológicas y lesiones traumáticas.

Prehosp Disast Med 2007;22(2):s166

(269) Revisión de Reclamaciones en un Servicio de Urgencias Hospitalario

M. Carola;¹ G. Ana Begoa;² G. Silvia;¹ P. Maria Jess;¹

B.S. Sofía Sonia;¹ J.M. Maria Jos¹

1. Hospital Royo Villanova, Zaragoza, Spain

2. Spain

Hemos revisado un total de 84 reclamaciones recibidas en el servicio de urgencias del hospital Royo Villanova de Zaragoza (Espaa) desde septiembre del 2005 a octubre del 2006, realizadas por mayores de 14 años obteniéndose los siguientes datos:

1. El 66,67% son mujeres
2. La reclamación la realiza por igual el paciente (54,76%) o el acompañante (45,24%).
3. Más de la mitad (69,05%) son menores de 50 años.
4. En un alto porcentaje (90,48) son interpuestas el mismo día de la demanda de asistencia.
5. Prácticamente la mitad son recibidas entre lunes y martes.
6. El motivo principal de la reclamación es la demora en la asistencia.
7. El tiempo de contestación a dichas reclamaciones no supera los 15 días en un 89,28%.

Se revisan los diagnósticos al alta y únicamente en un 8,33% están relativamente justificadas.

Hay que destacar que en un 32,15% el paciente abandona el servicio sin esperar a ser atendido y en un 59,52% el diagnóstico al alta no justifica su asistencia en un servicio de urgencias hospitalario.

Por lo tanto si tenemos en cuenta los pacientes que abandonan el servicio y aquellos en los que no está justifi-

cada su asistencia hospitalaria obtenemos un total de 91,67% de pacientes que han reclamado y que deberan haber consultado previamente en atención primaria.

Prehosp Disast Med 2007;22(2):s166–s167

(270) Intoxicacion por Adelfas

A.B. Marin Floria;¹ S. Gangutia Hernandez;² P. Lopez Galindo;² M.J. Jimenez Melendez;² S. Ballestin Sorolla;² C. Medina Sanz²

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

La Adelfa (*Nerium oleander* L.), es una planta arbustiva de hoja perenne, cuyas hojas, flores, tallos, ramas y semillas son venenosas. Pose heterosidos cardiotonicos: oleandrina, digitoxigenina, y flavonoides. Se encuentra en zonas de clima templado arido. Muy tipicas de jardines y medianas de carreteras.

Paciente de 47 años, de profesion conserje-jardinero, que acude al Servicio de Urgencias por presentar nauseas, vomitos y diarreas. No presenta sintomatologia neurologica, dolor toracico ni disnea. Como antecedente de interes, refiere haber estado podando adelfas durante aproximadamente 2 horas, esa misma mañana. Se trata de una tarea que realiza semestralmente. No emplea proteccion.

La exploracin fisica resulta dentro de la normalidad, excepto moderada epigastralgia a la palpacion, con peristaltismo aumentado, sin signos de irritacion peritoneal. En la auscultacion cardiopulmonar, tonos ritmicos a 90 p.m. Pulsos femorales y pedios presentes. Exploracion neurologica completa, normal.

En las pruebas complementarias se obtienen niveles de sodio-potasio-magnesio normales con digoxinemia de 0,17. En el electrocardiograma presenta ritmo sinusal a 100 p.m. sin alteraciones de la repolarizacion ni sugestivas de isquemia.

La intoxicacion por adelfa es parecida a la intoxicacion digitalica. Entre 4-12 horas despues de la ingesta se producen alteraciones gastrointestinales acompaadas de nauseas y vomitos, con deposiciones sanguinolentas, vertigo, ataxia, midriasis, excitacion nerviosa seguida de depresion, disnea, convulsiones tetaniformes. Tambien puede aparecer fibrilacion auricular y bloqueo con parada cardiaca.

En nuestro caso, la intoxicacion resulto leve, probablemente debido a una minima ingesta, que fue suficiente para tener clinica, lo que pone de manifiesto la gran toxicidad de esta planta.

Prehosp Disast Med 2007;22(2):s167

(271) Intoxicacion por Monoxido de Carbo y Heroína

A.B. Marin Floria;¹ S. Gangutia Hernandez;² P. Lopez Galindo;² S. Ballestin Sorolla;² E. Ruiz Olivares;² P. Sarasa Claver²

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

Paciente de 40 aos, es traída al Servicio Urgencias por sus familiares por presentar cuadro de disminucion del nivel de conciencia y dificultad respiratoria. A su llegada, esta fria, temblorosa, arreactiva con tiraje respiratorio y con Glasgow

10. Presenta pupilas mioticas, arreactivas, y sin reflejo fotomotor. Cianosis central y periferica. Presenta una convulsion que cede con Diacepam rectal.

La auscultacion cardiaca es de tonos ritmicos a 100 p.m. sin soplos y en la auscultacion pulmonar presenta roncus y sibilantes dispersos con crepitantes bibasales. Saturacion de O₂ <70%. En el electrocardiograma no se observan alteraciones sugestivas de isquemia ni alteraciones en la repolarizacion.

Se pide colaboracion a su marido para realizar la historia clinica. Refiere que la paciente estaba en una habitacion donde habia mucho humo procedente de un quemador de gasolina y que ademas habia fumado heroína.

Se administran antidotos (flumazenil y naloxona) con mejoría transitoria del nivel de conciencia pero sin recuperacion total. Se realiza cooximetria, que muestra una carboxihemoglobina del 32% (normal: 0-1,5%). Acidosis metabolica compensada. Se ingresa en U.C.I. donde se continua con oxigenoterapia con FiO₂ 100%, perfusion de naloxona y de bicarbonato.

La evolucion posterior ha sido favorable, presentando una carboxihemoglobina del 8,6% a la hora y 0,6% a las 6 horas. Tras 24 horas, la paciente pasa a Medicina Interna para continuar evolucion.

Resaltar la importancia de la historia clinica, en este caso el aporte que hicieron sus familiares, que resulto clave para llegar al diagnostico.

Prehosp Disast Med 2007;22(2):s167

(272) Indicadores de Calidad Asistencial del Paciente Crítico en el Rea de Emergencia Hospitalaria

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

1. CH Novoa Santos, Ferrol-A Corua, Spain
2. CHA Marcide Prof. Novoa Santos, Ferrol-A Corua, Spain
3. CHA Marcide, Ferrol, Spain

Objetivo: Para el enfermo critico en rea de emergencias: definir los indicadores de calidad y evaluar su legibilidad.

Metodologia: Estudio descriptivo transversal. Seleccion, por consenso de grupo nominal, entre los 120 indicadores de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Critica y Unidades Coronarias. Se mide la legibilidad con el mtodo Flesch la frmula adaptada por Fernandez Huerta para el idioma espanol. **Resultados:** Se analizan 84 indicadores: 60 de proceso, 22 de resultados y 3 de estructura, analizandose segn diferentes categorias de cuidados y siendo el valor promedio de legibilidad de 69,88 que resulta una legibilidad estandar según el índice de Flesch.

Conclusiones: conseguir una buena asistencia clinica ante el paciente critico ingresado en el rea de emergencias pasa por utilizar indicadores de calidad válidos para cambiar o modificar aquellos aspectos de la practica asistencial susceptibles de mejora. Los indicadores propuestos por este estudio tienen esa finalidad, a su vez, el preocuparse por la legibilidad o la dificultad de lectura es uno de los factores esenciales para que la redaccion de los indicadores sea fcilmente comprensible y asimilada por el equipo de urgencias (mejora continua de la calidad asistencial). El nivel de legibilidad