

AHOGAMIENTOS

Dra. Silvia Soler Otte

Médica Coordinadora del Servicio de Urgencias. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Es la consecuencia de la falta de aire por sumersión en agua u otro líquido. Se distingue entre *ahogamiento*, que es propiamente el fallecimiento de la persona, y *casi o semi-ahogamiento*, en el que la persona puede ser reanimada y sobrevivir.

CLASIFICACIÓN

- **Muerte súbita (hidrocución):** parada cardíaca súbita tras la inmersión en agua fría (reflejo vaso-vagal).
- **Ahogamiento sin aspiración de líquido (20%):** producido por un laringoespasma al intentar respirar bajo el agua.
- **Ahogamiento con aspiración de líquido (80%):** producido por la entrada de líquido en la vía aérea.
 - Agua dulce (hipotónica): hipervolemia y hemodilución por rápida absorción a través de los alvéolos
 - Agua salada (hipertónica): hipovolemia y hemoconcentración.

MANEJO INMEDIATO DEL ENFERMO CASI-AHOGADO

ANAMNESIS

- Pérdida de conciencia previa
- Traumatismo
- Consumo de sustancias tóxicas
- Enfermedad de base (epilepsia, cardiopatía isquémica)

EXPLORACIÓN FÍSICA: LESIONES ASOCIADAS Y COMPLICACIONES

- Vía aérea: apnea, disnea, cuerpo extraño en la vía aérea
- TCE, traumatismo cervical (ante la duda, hay que manejar al enfermo como su TCE, inmovilizando con collarín)
- Cardiocirculatorio: hipotensión arterial, arritmias

ACTUACIÓN EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA

- **Si el enfermo está consciente:**
 - Tomar constantes (TA, FC, FR, temperatura)
 - Mantener oxigenación adecuada: O₂ al 100%
 - Collarín cervical
- **Si el enfermo está inconsciente:**
 - En caso de parada cardiorrespiratoria: maniobras RCP
 - En caso de hipotermia, intoxicación por barbitúricos, alcohol u otras drogas y en niños, hay que reanimar siempre, y prolongar la RCP (especialmente en hipotermia y en niños), puesto que el proceso de muerte cerebral se enlentece en estos casos.
 - Sin parada cardiorrespiratoria:
 - Apertura vía aérea, extracción cuerpos extraños y asegurar oxigenación correcta (oxígeno al 100%, guedel, ventilación mecánica no invasiva (CPAP) o intubación)
 - Collarín cervical
 - Monitorización de la función cardiorrespiratoria

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **Hemograma:** anemia (hemodilución), hemólisis (hemoconcentración), leucocitosis de estrés.
- **Coagulación:** CID
- **Bioquímica:** hiperpotasemia (complicación rara), necrosis tubular con fallo renal
- **Gasometría:** acidosis metabólica
- **ECG:** arritmias
- **Rx tórax:** normal, neumonitis, edema pulmonar
- **Rx columna vertebral o TAC craneal** (sospecha de lesiones a estos niveles)
- **Niveles de fármacos o tóxicos**

MANEJO POSTERIOR

Siempre deberemos mantener estos pacientes en observación 24 horas vigilando estrechamente la función respiratoria, cardiovascular y el nivel de conciencia. En caso de supervivencia existe riesgo de desarrollar un síndrome de distrés respiratorio, horas o días después.

- **Si hipovolemia:** Suero salino fisiológico o coloides.
- **Si hay evidencia de aguas contaminadas:**
 - Piperacilina-Tazobactan
 - Amoxicilina-Clavulánico
 - Meropenem
 - En caso de alergia a penicilinas: Cipro o Levofloxacino + Clindamicina