



**Nombre del alumno:**

Judith Andrea Córdova Ramos

**Nombre del profesor:**

Lic. Ervin Silvestre Castillo

**Licenciatura:**

En enfermería

**Materia:**

**Prácticas profesionales**

**Nombre del trabajo:**

Ensayo del tema:

Síndrome del ahogamiento

En el presente ensayo se hablará acerca del síndrome de ahogamiento, en la cual se define como el proceso de experimentar paro respiratorio por inmersión en líquido. El ahogamiento afecta principalmente a los jóvenes, jóvenes que cometen el gran error de practicar malos hábitos y es que estos hábitos están asociados a eventos secundarios como la ingestión de alcohol y drogas. Cuando los jóvenes realizan algún evento siempre buscan lugares donde este una alberca, lo que no se puede llegar analizar es que son lugares de riesgo que por un descuido provoca el ahogamiento, bien sea por que el joven consume alcohol o por que no sabe nadar.

Para comprender un poco acerca del ahogamiento se conocerá dos orígenes, la primera es primario en este se conoce que la causa es desconocida y secundario aquí se presenta por consumo de alcohol o drogas, por hipotermia, diabetes, síncope o por pérdida de conocimiento que es asociada a epilepsia.

Conocer acerca del síndrome del ahogamiento es muy importante porque se sabrá todos los daños que puede provocar al tener un problema así, nos dice que un 90% de las víctimas aspiran líquido hacia la vía aérea y en el 10 % el problema es provocada a la apnea generada. Nos menciona que una alteración de agua dulce altera las propiedades tensoras del factor tensoactivo pulmonar y esto vuelve inestable a los alveolos que provoca un descenso en la relación ventilación/perfusión.

El agua dulce en los alveolos es hipotónica, por lo que se absorbe y redistribuye rápidamente por todo el organismo, mientras que el agua de mar es hipertónica lo que quiere decir que atrae líquido adicional del plasma al pulmón, esto quiere decir que los alveolos están llenos de líquidos, pero persisten perfundidos. Existen otros tipos de ahogamiento que pueden afectar a una persona, un 60% de los casos también se aspira el lodo, arena y vegetación acuática, pero en este caso es diferente porque la repercusión clínica es desconocida.

Cuando las personas sufren de ahogamiento, pocas son las que son reanimados, esto se debe a que aspiran una gran cantidad de volumen, por ejemplo, en el caso del agua de mar se produce hipovolemia, mientras que en el agua dulce se produce hipovolemia agua. Nos dice que si se aspira agua suficiente como para que el plasma quede instantáneamente hipotónico y el paciente cursa con hipoxemia, las membranas de los eritrocitos pueden romperse y aumentar la hemoglobina plasmática, así como las concentraciones séricas de potasio. En 1997 Szilman nos dice que propuso una clasificación en seis grupos con base en la gravedad

y severidad, en el grado 1: nos menciona que incluye pacientes que aspira poca cantidad de líquido, quiere decir que son pacientes que no sufren un daño grave, en el grado 2: incluye pacientes que aspiran una cantidad moderada de líquido, en el grado 3: ya provoca edema agudo pulmonar pero sin hipotensión arterial, en el grado 4: sufre edema pulmonar pero esta vez sí existe la hipotensión arterial, en el grado 5: provoca apnea y el último grado sufre paro cardiorrespiratorio un problema muy grave.

Cuando una persona está sufriendo un ahogamiento, lo primero que se debe realizar es sacar inmediatamente del agua y ventilarlo, luego inmovilizar la columna cervical ante la posibilidad de traumatismo, continuar con administrar oxígeno al 100%. Si la vía aérea está comprometida inmediatamente se debe intubar e iniciar asistencia médica ventilatoria, con la adición de presión positiva al final de la aspiración, la intubación o el inicio de la asistencia mecánica ventilatoria se debe realizar, siempre y cuando: presente apnea, dificultad respiratoria grave o hipoxemia refractaria al oxígeno. Nunca se debe realizar compresiones abdominales ya que puede ocasionar reflujo y aspiración del contenido gástrico. Nos menciona que la hipotermia es un tema de discusión ya que por un lado favorece el pronóstico por que disminuye el metabolismo cerebral secundario a hipoxemia, pero también la hipotermia puede causar arritmias mortales. Un edema cerebral se presenta en las primeras 24 horas, esto quiere decir que es un riesgo para el individuo ya que puede provocar la muerte, así que es necesario hiperventilarlo, llevando la PaCO<sub>2</sub> a niveles de 30-35 mm de Hg, es muy importante administrar manitol o furosemide, pero si presenta convulsiones se debe aplicar difenilhidantoína.

Para concluir con el tema es muy importante saber prevenir a los jóvenes, personas que no saben nadar o a los niños, que el síndrome del ahogamiento es un riesgo potencial. Ya que este síndrome carece de una etiología del todo conocida, el principal factor es el descuido, como personas sabemos que los niños que no saben nadar se debe de tener una estricta vigilancia, los jóvenes que consumen alcohol deberían entender que si se descuidan podrían sufrir este daño, ya que si se presenta el ahogamiento podrían sufrir muchas secuelas y hasta la muerte, así que es muy importante prevenir un paro respiratorio que es provocada por inmersión de líquido.

## BIBLIOGRAFIA

1. Papa L, Hoelle R, Idris A. Systematic review of definitions for drowning incidents. *Resuscitation* 2005; 65(3): 255-264.
2. Salomez F, Vincent J-L. Drowning: A review of epidemiology, pathophysiology, treatment and prevention. *Resuscitation* 2004; 63 (3): 261-268.
3. Modell J. Riesgos ambientales y profesionales específicos. En: Fauci A, Braunwald E (eds). Harrison. Principios de Medicina Interna. 14a ed. México: McGraw-Hill, 2001; 2910-2913.
4. Aha S, Flood K (eds). Ahogamiento. El manual Washington de terapéutica médica. 30a ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2001; 544.
5. Sogoloff H, Barrera R. Unusual freshwater near-drowning syndrome in a hospitalized postlobectomy patient. *Chest* 2001; 120: 1021-1022.
6. Instituto Nacional de Salud Pública. <http://ofis.insp.mx/cgiin/foxweb.exe/Morta00/estadisticas>. Consultada: 01 /Septiembre/2002.
7. Ackerman M, Tester D, Porter CJ, Edwards Wd et al. Molecular diagnosis of the inherited long-QT Syndrome in a woman who died after near-drowning. *N Engl J Med* 1999; 341: 1121-1125.
8. Szpilman D. Near-drowning and drowning classification: A proposal to stratify mortality based on the analysis of 1,831 cases. *Chest* 1997; 112: 660-665.
9. Dunagan D, Cox J, Chang M, Haponik E. Sand aspiration with near-drowning. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 156: 292-295.
10. Modell J. Drowning. *N Engl J Med* 1993; 328: 253-256.
11. Lulie RNL. Rhabdomyolysis: A late complication of near-drowning. *J Emerg Nurs* 2002; 28: 280-283.
12. Kreis R, Arcinue E et al. Hypoxic encephalopathy after near-drowning studied by quantitative <sup>1</sup>H-Magnetic Resonance Spectroscopy. *J Clin Invest* 1996; 97: 1142-1154.
13. Opdahl H. Survival put to the acid test: Extreme arterial blood acidosis (pH 6.33) after near drowning. *Crit Care Med* 1999; 27: 2072-2073.
14. Dottorini M, Eslami A. Nasal-continuous positive airway pressure in the treatment of near-drowning in freshwater. *Chest* 1996; 110: 1122-1124.
15. Thalmann M, Trampitsch E. Resuscitation in near-drowning with extracorporeal membrane oxygenation. *Ann Thorac Surg* 2001; 72: 607-608.
16. O'Flaherty JE. Prevention of pediatric drowning and near-drowning: A survey of Members of the American Academy of Pediatrics. *Pediatrics* 1997; 99: 169-174.
17. Nuckton TJ, Claman DM, Goldreich D, Wendt FC, Nuckton JG. Hypothermia and afterdrop following open water swimming: the Alcatraz/San Francisco Swim Study. *Am J Emerg Med* 2000; 18: 703-707.