

HIPOTÈRMIA ACCIDENTAL

Josep M. Soto i Ejarque

INTRODUCCIÓ

La hipotèrmia accidental es defineix com la situació clínica que es presenta al existir una temperatura central timpànica, esofàgica, rectal o vesical inferior a 35 °C.

Classificació

● Hipotèrmia primària:

Els nens, i sobre tot els nounats (amb una gran superfície corporal i manca del mecanisme generador de calor per escalfar), i la gent gran (metabolisme més baix insuficient) són els més exposats a patir hipotèrmia en un ambient hostil.

● Hipotèrmia secundària:

Als adults el mecanisme més comú és degut al consum excessiu d'alcohol (vasodilatació, hipoglucèmia, disfunció hipotalàmica) i altres tòxics. Les situacions traumàtiques greus (TCEG i lesió meduHar), la immersió en aigua freda i altres situacions (AVC, hipotiroidisme) també s'han de tenir en consideració.

En aquells malalts exposats a baixes temperatures i amb disminució del nivell de consciència, s'ha de mesurar la temperatura central.

CLAUS DIAGNÒSTIQUES

Les manifestacions clíniques estaran en relació amb el grau d'hipotèrmia:

Hipotèrmia lleu (<36°C - 32 °C):

- Increment inicial del metabolisme de basal (36°C).
- Calfreds, tremolors, confusió (35°C).
- Disminució greu del nivell consciència (33°C).
- S'aturen la majoria dels tremolors. Dilatació de les pupil·les (32°C).

Hipotèrmia moderada (32 °C - 28 °C):

- Hipotensió greu (31°C)
- Ona J d'Osborn a l'unió del QRS amb el segment ST (32.2-28° C).
- Bradicàrdia i bradipnea greus. Rigidesa muscular.
- Absència de tremolors.

Hipotèrmia greu (< 28 °C):

- Coma.
- Fibril·lació ventricular (< 28°C).
- Pèrdua reflexes (pupil·les, tendinosos, cutanis).
- Mort clínica aparent (27°C).
- Aturada cardíaca (20°C).

GUIA D'ACTUACIÓ

1. Actuació inicial (reanimació): ABCD amb Escala de Coma de Glasgow. És important considerar que qualsevol estímul extern (intubació traqueal no reglada, inserció catèter central) en malalts hipotèrmics pot desencadenar una fibril·lació ventricular (FV) o una asistòlia.
2. Retirarem la roba que estigui mullada i aïllem el malalt de l'ambient fred. Evitar que el malalt perdi més calor.
3. Presa de constants vitals: FC, FR, TA, Sat d'O₂, temperatura central.
4. Monitoratge de FC, TA i Sat d'O₂.
5. Oxigenoteràpia per obtenir una saturació d'O₂ $\geq 95\%$.
6. Altres mesures:
Escalfament extern (cabina assistencial $>25^{\circ}\text{C}$).
Fluidoteràpia endovenosa amb sèrums escalfats.
7. Modificar aquelles mesures avançades fins que el malalt no estigui per sobre dels 30°C de temperatura central.
8. Si el pacient està en situació d'aturada cardio-respiratòria, seguir el protocol de SVA, perllongant el temps de les maniobres.

Axioma de Reuler: "Cap malalt hipotèrmic ha d'ésser considerat mort fins que no estigui calent i mort".

Bibliografia

1. Grenvik A, Ayres SM, Holbrook P, Shoemaker W. *Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*. Ed. Panamericana, 2002.
2. Ruano M, Tormo C. *Manual de soporte vital avanzado*. Plan Nacional de RCP (SEMICYUC). Ed. Masson. 2003.
3. Lloret J, Muñoz J, Artigas V, Allende LH, Vazquez G. *Protocolos terapéuticos de Urgencias*. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Ed. Masson. 2005.