



<http://www.elsevier.es/semergen>

447/21 - ¿ES FÁCIL SER MÉDICO RURAL?

C. Fernández García¹, V. Rodríguez Rodríguez²

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villayón. Asturias. ²Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Boal y Centro de Salud Navia. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón 18 años, copiloto, sin cinturón de seguridad, sufre accidente de tráfico con salida de pista en alta montaña. Antecedentes personales: Sin interés. No tratamientos. No alergias. Tras precipitarse por barranco unos 300 m. dentro del automóvil, sale despedido del mismo. El conductor salta del coche por sus propios medios y avisa al Centro Coordinador de Urgencias (CCU). Personal sanitario: médico y enfermero. No transporte sanitario en centro. Recursos materiales: Mochila (más de 20 kg de peso) y maletín propio. El CCU moviliza al personal sanitario que acude al lugar en el taxi previsto para ello; ambulancia situada a más de una hora del accidente; helicóptero medicalizado y bomberos con base a 90 minutos de distancia. Se llega al punto del accidente y se desciende aproximadamente 300 metros por un precipicio con una pendiente del 40%, sin ningún tipo de ayuda auxiliar, con maletín y mochila. El helicóptero ve dificultado su aterrizaje por las condiciones climatológicas, los bomberos y la ambulancia aún no han llegado.

Exploración y pruebas complementarias: COC, refiere dificultad respiratoria, dolor tóraco-dorsal y pérdida de sensibilidad en las piernas. Niega pérdida de conciencia ni TCE. Normocoloreado. Glasgow 15. Vía aérea permeable con inmovilización cervical. Taquipneico. No hemorragias externas. Pulsos presentes. Pérdida de sensibilidad completa distal a nivel infraumbilical. TA 125/97. FC 67 lpm. Sat O2 97%. Glucemia 120 mg/dl. Pupilas isocóricas normorreactivas. Pares craneales normales. Herida incisocontusa en cuero cabelludo. Cuello: no IY, ni desviación traqueal. Dolor a palpación. Tórax: No asimetría ni movimientos paradójicos, no heridas penetrantes. Ruidos respiratorios presentes y simétricos. Tonos cardiacos normales sin soplos ni roces. Abdomen: blando, no distendido. Pelvis estable. EEII: no moviliza, no deformidades, pulsos distales dudosos. EESS: si moviliza, no deformidades, pulsos distales positivos. Espalda: dolorosa sin heridas penetrantes. Se realiza extracción del paciente inmovilizado sobre tablero rígido con inmovilización cervical. Tras analgesia y sedación se procede al traslado a hospital con collarín cervical rígido y en colchón de vacío, contando ya con ayuda de bomberos y personal de ambulancia.

Juicio clínico: Politraumatismo con probable lesión medular.

Comentario final: La lesión medular traumática se suele presentar en el contexto de un politraumatismo que, sumado a la dificultad del rescate, la escasez de recursos materiales y humanos con los que cuenta la atención prehospitalaria puede complicar el diagnóstico in situ. Por ello, un examen neurológico básico adecuado evita que pase desapercibida. Aunque la protección de la columna es muy importante, no debemos olvidar nunca un correcto manejo de la vía aérea y la ventilación, un control de las hemorragias y otros cuidados críticos, siguiendo la secuencia habitual ABCDE. En consecuencia, se hace imprescindible una continua formación en

materia de atención inicial al paciente politraumatizado y mejora de las dotaciones del personal sanitario implicado en su atención.

Bibliografía

Curso SEMES Proveedor avanzado ITLS. 2017.