

## **Caso Clínico SVB nº 13 - Accidente de Tráfico**

*Autor: Luis Miguel Sacristán Rodríguez - TES SAMUR-PC*

Nos indican que tenemos que dirigirnos a un accidente de tráfico un Viernes a las 5.30 horas, en la A-2-Km 6 sentido salida, que ha impactado contra la mediana tras perder el control del vehículo y hay un herido dentro del mismo según indica Policía Municipal.

A nuestra llegada encontramos a un varón, 42 años, que refiere fuerte dolor cervical y lumbar con cefalea.

Observamos que el cristal presenta "tela de araña", no llevaba el cinturón de seguridad puesto y al dirigirnos a él notamos Fetor etílico.

Constantes Iniciales:

- T.A.:160/100
- F.C:61 L/ Min.
- F.R: 10 Resp./ Min.
- Escala de Glasgow: 13; Respuesta Ocular: 3; R. Verbal 4: R. Motora 6

### **1 - Una vez en el lugar del accidente donde estacionaríamos la unidad:**

- a) Dejaríamos la unidad donde nos lo indiquen los Agentes de la autoridad presentes en el lugar**
- b) Colocaríamos el vehículo en oblicuo a 25 metros del accidente.
- c) Estacionaríamos delante del accidente a 25 metros del mismo
- d) Estacionaríamos a 5 o 10 metros delante del accidente

#### **COMENTARIO: ARTICULO 5. R.G. CIRCULACIÓN.**

*4. El organismo autónomo Jefatura Central de Tráfico o, en su caso, la autoridad responsable de la regulación del tráfico, o sus agentes, acordarán la presencia y permanencia en la zona de intervención de todo el personal y equipo que sea imprescindible; además, será la encargada de señalar en cada caso concreto los lugares donde deben situarse los vehículos de servicios de urgencia.*

### **2 - En la intervención conjunta en accidentes de tráfico con personas atrapadas junto con Bomberos el primer paso a realizar sería:**

- a) Estabilización Médica del paciente
- b) Accesibilidad para permitir el trabajo del equipo sanitario.
- c) Extracción de la víctima.
- d) Ninguna es correcta**

#### **COMENTARIO: PROCEDIMIENTO DE LIBERACIÓN.**

*1. Consolidación: Garantizar la estabilidad del vehículo o vehículos implicados.*

*2. Accesibilidad: Realizar las maniobras correspondientes de apertura de huecos para permitir los trabajos de los equipos sanitarios.*

*3. Estabilización médica de la víctima: Los equipos sanitarios aplicarán las técnicas diagnósticas y terapéuticas necesarias a juicio del responsable sanitario. Se realizará una información continuada a bomberos, indicándoles el momento más idóneo para proceder a la extracción de la víctima.*

*4. Liberación: Bomberos ejecutarán las maniobras de corte y separación necesarias, para proceder a la extracción de la víctima.*

*5. Extracción: Una vez estabilizada y liberada la víctima su extracción se realizará coordinada y conjuntamente, desempeñando cada uno sus respectivas funciones y siguiendo las instrucciones del responsable sanitario. Manual Samur-Protección Civil*

**3. Cuál sería la primera opción para la extricación de un paciente politraumatizado, sin riesgo vital inminente, de un vehículo situado en el asiento del conductor si todas las alternativas son posibles:**

- a) **Por la parte trasera del vehículo – Ángulo 0 Por la parte trasera**
- b) *Por la puerta trasera del acompañante – 25 Grados*
- c) *Por la puerta del acompañante – 90 Grados*
- d) *Por el techo del vehículo*

**COMENTARIO: CONDUCTOR VEHÍCULO.**

*Como primera opción está extricar al politraumatizado por detrás del asiento, donde el giro del paciente es cero.*

**4. En una colisión o choque lateral de alta energía que lesiones podríamos sospechar que puede tener la persona implicada:**

- a) *Ruptura de la Aorta*
- b) *Tórax lateral inestable*
- c) *Neumo/Hemotórax*
- d) **Todas las anteriores son correctas**

**COMENTARIO: MECANISMO LESIONAL. TIPO DE LESIÓN A SOSPECHAR. EMBESTIDA COLISIÓN O CHOQUE LATERAL.**

*Valorar rotura del cristal homolateral, cinturón (uso y pirotecnia), airbag, compromiso del habitáculo.*

- *TCE*
- *Lesión cervical contralateral*
- *Neumo/hemotórax*
- *Tórax inestable lateral*
- *Ruptura de la aorta*
- *Rotura diafragmática*
- *Ruptura de hígado o bazo*
- *Traumatismos en MMSS e II homolateral*

*(MANUAL SAMUR-PC)*

**5. Cuál de los siguientes conjunto de signos nos podrían indicar que el paciente podría tener una presión Intracraneal Alta (PIC):**

- a) *Hipotensión, Bradicardia, Bradipnea*
- b) *Tensión Arterial Alta, Taquicardia, Bradipnea*
- c) *Tensión Arterial Alta, Piel Fría, Taquipnea*
- d) **Tensión Arterial Alta, Bradicardia, Bradipnea que evoluciona a Taquipnea o respiración irregular.**

**COMENTARIO: TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO.**

*Busque signos de aumento de presión intracraneal (elevación de la tensión arterial con bradicardia junto a bradipnea que evoluciona a taquipnea o respiración irregular).*

*(MANUAL SAMUR-PC)*

6. Cual de las siguientes características no se incluye en el T.C.E Moderado:

- a) GSC entre 9 y 13
- b) Ausencia de Focalidad Neurológica**
- c) Sospecha de Fractura en la base del cráneo
- d) Perdida de consciencia de más de 5 minutos

**COMENTARIO: TCE MODERADO.**

Se caracteriza por:

- GCS entre 9 y 13 puntos.
- Pérdida de conocimiento de más de 5 minutos.
- Focalidad neurológica.
- Sospecha de fractura de base de cráneo (rinorrea, otorrea, hemotímpano, equimosis periorbitaria o mastoidea).

(MANUAL SAMUR-PC)

7. Si el Facultativo indica que se procederá a Aislar la Vía aérea del paciente que relajante muscular iríamos preparando:

- a) Etomidato
- b) Midazolán
- c) Fentanilo
- d) Succinilcolina**

**COMENTARIO: SUCCINILCOLINA CLORURO.**

**Función:** relajante muscular despolarizante (bloqueante neuromuscular de acción ultracorta).

**Indicaciones:** intubación et, siempre tras sedación.

(MANUAL SAMUR-PC)

8. A este paciente con un T.C.E. moderado le administraríamos oxigenoterapia a alto flujo con el objetivo:

- a) Conseguir el 100% de SATO2
- b) Conseguir lo que el paciente pueda con ese flujo de O2
- c) Conseguir entre 94-96 % de SATO2**
- d) Conseguir siempre valores superiores al 98%

**COMENTARIO: PROCEDIMIENTO GENERAL.**

Administre oxigenoterapia a alto flujo (10-12 l/min) con el objetivo de conseguir SatO2 entre 94-96%.

(MANUAL SAMUR-PC)

9. Para la extracción del paciente del vehículo con la Férula Espinal tipo Kendrick ( Ferno) cual de las siguientes actuaciones no sería correcta:

- a) Las primeras cintas en abrocharse serian las del arnés
- b) No es recomendable su utilización en pacientes con Neumotorax
- c) Con la utilización de la Férula Espinal no es necesario ningún otro dispositivo de inmovilización en el paciente**
- d) Todas son correctas

**COMENTARIO: FÉRULA ESPINAL TIPO KENDRICK.**

Dispositivo espinal para extracción del paciente en posición sentada con inmovilización de columna vertebral.

**Técnica:**

Realice una valoración ABC para descartar lesiones vitales o signos con expresión en cuello, tórax y abdomen que pueden quedar ocultos con el dispositivo.

Uno de los sanitarios deberá sujetar, continuamente, la cabeza del paciente con el **collarín** hasta la colocación total del dispositivo.

(MANUAL SAMUR-PC)

**10. Al realizar el traslado del paciente al Centro Hospitalario en que posición deberíamos colocarle:**

- a) **Anti-Trendelemburg a 30°**
- b) Trendelemburg a 30°
- c) Posición de Fowler
- d) Decubito Lateral

**COMENTARIO TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO.**

Traslade, siempre que no existan otras lesiones que lo contraindiquen, en posición de anti-Trendelemburg, es decir, con la parte superior del cuerpo ligeramente elevada (30°).

(MANUAL SAMUR-PC)

**CONCLUSIÓN**

Las principales lesiones en Accidentes de Tráfico son las siguientes:

**1. Latigazo cervical.** Cuando la persona recibe un impacto, su cabeza realiza un movimiento brusco hacia delante y hacia atrás, lo que se conoce como un latigazo cervical, que puede derivar en rotura de ligamentos o esguinces, y en casos más graves en hernias en los discos superiores.

**2. Latigazo dorsal y lumbar.** Cuando la colisión provoca el brusco movimiento de la cabeza hacia delante y hacia atrás, el latigazo puede resultar más fuerte y afectar a la espalda en su totalidad, provocando lumbalgia o problemas dorsales.

**3. Politraumatismos/fracturas.** Una de las lesiones más graves derivadas de los accidentes son los traumatismos, que constituyen la primera causa de muerte en la población joven a nivel mundial. Los impactos fuertes pueden fracturar diferentes partes de nuestro cuerpo, y la aceleración-desaceleración que produce la colisión puede desplazar nuestros órganos internos.

Las fracturas más frecuentes son en la cabeza (craneales y faciales) y las extremidades (roturas de huesos en brazos y piernas). Muchos de los traumatismos requieren de intervención quirúrgica, pero otras pueden evolucionar favorablemente con tratamiento y rehabilitación, siempre dependiendo del diagnóstico médico previo.