Rescate Estival

Laura Robles [1,2,3,4], Antoni Josep Sosa [5], Ana Sarrato [6], Nieves López [7]

[1] *Metge adjunt Urgències Hospital de Figueres.*
[2] *Metge SEM G206/306*
[3] *Metge rescat ERI1 de Bombers GRAE*
[4] *Secretària grup #Geriurg-Socmue*
[5] *Bombers de Mallorca*
[6] *UME Monzón, 061 Aragón*
[7] *061 Aragon*

Resumen

El golpe de calor constituye una emergencia tiempo-dependiente relevante en el medio natural, donde la exposición ambiental, el esfuerzo físico, la humedad y las dificultades logísticas pueden retrasar su diagnóstico y tratamiento. Se está constatando un aumento del número de casos de patología por calor atendidos por los grupos de rescate, que hace necesario un adecuado conocimiento sobre su manejo.

Se aborda un caso clínico: paciente de 55 años que, durante una ruta en condiciones de calor y humedad, presenta náuseas, vómitos, debilidad y dificultad para continuar.

La sospecha inicial es de gastroenteritis aguda con deshidratación por el antecedente de ingesta de agua de un abrevadero. Pero la valoración sistemática xABCD muestra taquicardia, hipotensión, mucosas secas, piel caliente, taquipnea y una temperatura axilar de 39,8 °C. Esperando al helicóptero, la paciente desarrolla irritabilidad, confusión y respuestas incoherentes. Este cambio neurológico, asociado a hipertermia y exposición ambiental, obliga a considerar un golpe de calor.

Se revisa la evidencia científica sobre los criterios diagnósticos, factores predisponentes, tratamiento y diagnóstico diferencial con el agotamiento por calor. También los métodos para medir la temperatura corporal: una temperatura inferior a 40 °C no excluye el diagnóstico, especialmente cuando la medición no es central o hay intervenciones previas. Por ello se recomienda completar de forma repetida la valoración xABCDE.

La prioridad operativa es "enfriar primero y trasladar después", coordinando tratamiento y extracción. Lo más efectivo es la inmersión en agua fría. Además, retirar a la paciente de la fuente de calor, administrar fluidos intravenosos y evitar

fármacos antitérmicos, antiinflamatorios y dantroleno. Se recomienda evitar el suxametonio para la SRI.

Para la extracción se recomendó la adaptación de la camilla y de los elementos de cobertura y sujeción para minimizar la acumulación de calor durante el izado y el vuelo, manteniendo la seguridad de la paciente. Se subraya también tener en cuenta la exposición del equipo y la carga térmica acumulada, recomendándose pausas, hidratación, relevos y comunicación constante.

Finalmente se propone crear un grupo de trabajo para elaborar un consenso nacional sobre enfermedad relacionada con el calor.

Summer Rescue

Laura Robles [1,2,3,4], Antoni Josep Sosa [5], Ana Sarrato [6], Nieves López [7]

[1] *Metge adjunt Urgències Hospital de Figueres.*
[2] *Metge SEM G206/306*
[3] *Metge rescat ERI1 de Bombers GRAE*
[4] *Secretària grup #Geriurg-Socmue*
[5] *Bombers de Mallorca*

[6] *UME Monzón, 061 Aragón*
[7] *061 Aragon*

Abstract

Heatstroke is a significant time-critical emergency in wilderness settings, where environmental exposure, physical exertion, humidity and logistical challenges can delay diagnosis and treatment. An increasing number of heat-related illness cases are being attended to by rescue teams, highlighting the need for adequate knowledge of their management.

A clinical case is presented involving a 55-year-old woman who develops nausea, vomiting, weakness and difficulty continuing during a hike in hot and humid conditions.

The initial suspicion is acute gastroenteritis with dehydration, given her history of drinking water from an animal watering trough. However, a systematic xABCD assessment reveals tachycardia, hypotension, dry mucous membranes, hot skin, tachypnoea and an axillary temperature of 39.8 °C. While awaiting the helicopter, the patient develops irritability, confusion and incoherent responses. This neurological change, associated with hyperthermia and environmental exposure, requires consideration of heatstroke.

Scientific evidence on diagnostic criteria, predisposing factors, treatment and differential diagnosis with heat exhaustion is reviewed. Methods of measuring body temperature are also addressed: a temperature below 40 °C does not exclude the diagnosis, particularly when the measurement does not reflect core temperature or prior interventions have been performed. Repeated, complete xABCDE assessments are therefore recommended.

The operational priority is to "cool first, transport second", coordinating treatment and extrication. Cold-water immersion is the most effective method. Additional measures include removing the patient from the heat source, administering intravenous fluids and avoiding antipyretics, anti-inflammatory drugs and dantrolene. Avoiding suxamethonium during rapid sequence intubation (RSI) is recommended.

For extrication, adapting the stretcher, coverings and securing systems was recommended to minimise heat accumulation during hoisting and flight while maintaining patient safety. The importance of considering the rescue team's exposure and accumulated heat strain is also emphasised, with

recommendations for rest breaks, hydration, rotation of personnel and continuous communication.

Finally, establishing a working group to develop a national consensus on heat-related illness is proposed.