

## Una luxación en el desierto

### Sr. Director:

Merece una reflexión la experiencia de tener que reducir una luxación de hombro en el desierto. Los imprevistos médicos en unas circunstancias en las que se carece de todo equipamiento ponen a prueba la competencia y la habilidad del médico para resolver o al menos encaminar la situación. Este concepto es aún más elocuente si las circunstancias son en especial adversas o incómodas. Y la lección que dejan bien enseñada es la necesidad de reflexionar sobre la condición privilegiada de ciertos entornos médicos que con cierta rapidez, y tal vez con miopía, se adjetivan como precarios o insuficientes. No se trata de soportar las carencias con estoicismo, porque médicos y pacientes podríamos salir perjudicados, sino de valorar con comparativa objetividad, tanto aquello que está al alcance de la mano, como aquello que no lo está y se considera tan importante, quizá, precisamente, porque no está disponible.

Nadie negará la obligación que tienen los gestores de proveer la estructura más adecuada para cada entorno médico. Pero nadie negará tampoco que la modernidad de la medicina se basa en la tecnología, y que este concepto, para bien o para mal, camina en detrimento de la clínica. La asistencia primaria es ante todo clínica, y aunque ciertos pacientes quieren más tecnología, más queremos todos –profesionales y pacientes–, que el médico sea ante todo un clínico, persona habilidosa y expeditiva, experimentada y comprensiva.

Caminábamos agazapados por el oscuro y largo pasadizo que conduce a la cámara principal, mortuoria, en el interior de la pirámide del rey Esnofru, en la necrópolis de Meidum (Egipto), cuando sentimos un golpe sordo a nuestras espaldas, y una queja de dolor. Nos detuvimos asustados, hoy reconocemos que bajo la tenebrosa influencia del entorno donde estábamos. Volvimos sobre nuestros pasos y encontramos al compañero accidentado señalándole el hombro derecho. Apuntaba el antecedente de haberse luxado ese hombro ya dos veces y por esto afirmaba estar otra vez en igual situación. La posición del brazo y la forma del hombro, en charretera, convidaban a considerar el diagnóstico de luxación anterior del hombro<sup>1</sup>.

El paciente, amigo y compañero, se había rezagado y había entrado con retraso en el pasadizo de la pirámide, estrecho entre paredes, bajo de techo y sin luz alguna. Nosotros, cinco adultos y una niña, estábamos en ese momento un poco más delante, junto al guía, que llevaba la linterna, única luz disponible. El paciente apresuró la marcha en la oscuridad para alcanzarnos, pero tropezó con una de las piedras del suelo y cayó a tierra. El espacio es allí mínimo y la incomodidad, máxima para pretender hacer algo. Entonces, lo primero era salir al exterior.

No sin esfuerzo conseguimos que el paciente saliera al inmenso desierto, ardientes las arenas, tórrido el sol de casi mediodía del 3 de agosto de 2008. En ese contexto de calor sofocante, sin sombra ni medios médicos, y sólo con las manos, la experiencia y el sentido común, que es clínica en estado puro, se imponía confirmar el diagnóstico de luxación, descartar el de fractura o complicación vascular o nerviosa y actuar en consecuencia, es decir, proceder a la reducción del hombro en el desierto. La perspectiva de trasladar al paciente en el vehículo que teníamos hasta el hospital más próximo no parecía mejor que la perspectiva de reducir la luxación allí mismo. El paciente, alto y corpulento, también apostaba por la reducción in situ, tal vez por la confianza que depositaba en las personas conocidas. Las miradas de los demás miembros del grupo hacían muda presión asistencial.

Podíamos suponer que se trataba de una luxación anterior porque es ésta la más frecuente y por la deformidad conocida como hombro en charretera. Tratándose de un adulto joven, y considerando el an-

tecedente de dos luxaciones previas, podíamos suponer que no había fractura y que la reducción sería fácil. Recordamos que no debe posponerse la reducción si la radiología no está disponible. También, que la luxación debe tratarse cuanto antes porque la precocidad hace más fácil la reducción, y que es posible hacerlo sin anestesia si no han pasado más de 3 o 4 h del traumatismo si puede contarse con la colaboración del paciente y si no hay complicaciones<sup>2</sup>. La clínica permite descartar lesión de la arteria axilar y de los nervios radial y circunflejo; no permite descartar la fractura pero sí presuponer que no la hay. La reducción, según el conocido método de Kocher, resultó fácil. Este procedimiento es una secuencia de: *a)* tracción hacia abajo del brazo; *b)* lenta y cuidadosa rotación externa; *c)* aducción, y *d)* rotación interna, la mano hacia el hombro sano<sup>2-5</sup>. El cirujano suizo Emil Theodor Kocher (1841-1917) hizo numerosas aportaciones a la medicina y recibió el Premio Nobel de Medicina en 1909.

Mucho podría cuestionarse sobre esta experiencia, y sería positivo que así fuera, porque del cuestionamiento surge la reflexión. Y de la reflexión sincera surge nuestro crecimiento como personas y como profesionales. Para otro momento quedará el pensamiento sobre cómo trabajan los colegas que el capricho del destino puso en tierras donde los sistemas sanitarios no están tan desarrollados ni tan equipados como aquí.

Gabriel Martín Pueyo<sup>a</sup> y Jorge Bello Mayoraz<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CAP Dr. Xifré. Navàs. Barcelona. España.

<sup>b</sup>CAP Centre. Sabadell. Barcelona. España.

### Bibliografía

1. Beaumont Caminos C, Jean Louis C, Martínez-Bayarri Ubillos M. Luxación anterior de hombro. FMC. 2008;15:269.
2. Campillos Páez MT, Pardo Moreno G, Agudo Polo S, San Laureano Palomero T, Pérez Hernández M, Vallés Ugarte ML. Luxación de hombro en Atención Primaria. Medicina general. 2002;47:733-6.
3. Sancho Hernández C, Rodríguez Alonso JJ, Valencia García H. Criterios clínicos a la hora de solicitar un estudio radiológico tras un traumatismo. FMC. 2004;11:614-23.
4. Matsen T, Rockwood C. El hombro. 2ª ed. Barcelona: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
5. Alegre de Miguel C, Navarro Quilis A. Monografías médico-quirúrgicas: el hombro. Barcelona: Masson; 2001.

## Fiebre y tos en paciente inmigrante

### Sr. Director:

La infección tuberculosa se produce cuando el sujeto entra en contacto con *Mycobacterium tuberculosis*, desencadenándose en su organismo una respuesta inmune. En la mayoría de los casos, esta respuesta consigue detener la multiplicación de los bacilos y se controla la infección inicial, pero no destruye la totalidad de los mismos y algunos persisten en estado de latencia intracelularmente. Estas personas no presentan síntomas ni hallazgos en la exploración física sugestivos de enfermedad, pero están infectadas y un 10% de ellas se enfrentan a un riesgo, durante toda su vida, de desarrollar la enfermedad. No podemos conocer qué personas desarrollarán la enfermedad, pero sí se conocen los factores de riesgo que las hacen más propensas a enfermar, como la existencia de un contagio reciente, de infección por el virus de la inmunodeficiencia