

# Actitud general ante las emergencias. Decálogo de Asistencia Prehospitalaria

M. Martínez Almoyna, C. Álvarez Leiva\*

SAMU. París. Hospital Necker

\*EMAT SUR. Direct. SAMU (Sevilla)

Las situaciones de emergencia son complejas tanto por su forma de presentación como por las medidas necesarias para su resolución. Con objeto de sistematizar y simplificar la respuesta ante ellas, exponemos a continuación, el Decálogo de Asistencia Prehospitalaria, constituido por una relación ordenada de acciones y actitudes imprescindibles, en nuestra experiencia, para afrontar situaciones difíciles.

Las actuaciones en el medio prehospitalario, estarán perfectamente definidas, ordenadas y encadenadas, consiguiendo una respuesta segura, proporcionada y eficiente.

El Decálogo contiene la estructura táctica de la intervención ante cualquier situación crítica y da las claves para la asistencia a cualquier emergencia tanto individual como colectiva (1).

## I. ALERTA

Definida como la actitud "en espera y listos" para afrontar de forma positiva, activa y adaptada, la situación de emergencia.

Incluye:

—Acceso "viable" al sistema de emergencias por parte del usuario, mediante una línea telefónica directa de fácil memorización -tres cifras- o un sistema inalámbrico para organizaciones de apoyo al ciudadano (112 - 061).

—Recepción asegurada del mensaje durante las 24 horas del día, en una central de transmisiones dotada de sistemas alámbricos e inalámbricos y operadores entrenados.

—Análisis de la demanda por el operador, de acuerdo a una sistemática previamente establecida, con obje-

to de confirmar, seleccionar y evaluar el alcance del problema.

—Disponibilidad de equipamientos y vehículos suficientes con la tecnología necesaria.

—Disponibilidad de profesionales con los conocimientos y habilidades técnicas adecuadas.

—Protocolización de actitudes.

—Existencia de planes preestablecidos para afrontar diferentes situaciones de emergencia.

—Adiestramiento continuado y periódico (2).

## II. ALARMA

Esta fase inicia la puesta en marcha del sistema. Incluye dos aspectos:

—Análisis y tratamiento de la llamada, mediante un interrogatorio dirigido a determinar el lugar y motivo del siniestro, número y condiciones de los accidentados, localización y distribución de los recursos más próximos, orden de intervención, etc.

—Desplazamiento del equipo y material de intervención y activación de los servicios de apoyo necesarios (3).

## PROCEDIMIENTOS PARA LA TOMA DE DATOS

—¿Quién llama?

—¿Desde dónde?

—¿Desde qué número de teléfono?

—¿Qué ocurre?

—¿En qué lugar exacto?

Si es en una autovía:

- Confirmar dirección y punto kilométrico.
- Número aproximado de víctimas.
- ¿Hay otros peligros añadidos? (vehículos incendiados, cables...)
- ¿Existen niños implicados en el accidente?

La vía:

- ¿Ha quedado interrumpida?
- ¿El vehículo y el lugar están seguros?
- ¿Se ha avisado a otras autoridades?
- ¿Puedo volver a localizarle si es preciso?

### III. APROXIMACIÓN

Acceso al lugar del siniestro, por el camino más seguro, más rápido y más corto, por este orden.

A la llegada al punto de asistencia, se adoptarán medidas de protección con objeto de garantizar la seguridad propia y evitar nuevas víctimas (4).

La protección en estos casos incluye medidas pasivas (alarmas acústicas y visuales, uniformidad reflectante, cascos, etc.) y activas (mantener las distancias de seguridad, desconexión de circuitos eléctricos, prevención de explosiones, incendios o derrumbes, etc.).

Una vez concluida la evaluación inicial se habrá identificado los riesgos sobreañadidos y las rutas y puntos de acceso preferentes para posteriores apoyos.

### IV. AISLAMIENTO

Acotamiento del lugar, procediendo a balizar la zona en prevención de nuevos accidentes y controlando al mismo tiempo el acceso de espectadores al lugar del siniestro.

Una segunda evaluación es necesaria para dimensionar el alcance real del accidente y hacer una estimación de las necesidades de apoyo sanitario o de otro tipo.

Esta información será transmitida con prontitud al Centro Coordinador de Urgencias (CCU) que hasta entonces permanecerá a la escucha.

#### Información al CCU

- Dimensiones del accidente
- Número de víctimas
- Recursos en la zona
- Riesgos sobreañadidos
- Necesidades de refuerzos
- Necesidades de servicios de apoyo
- Rutas y puntos de acceso preferentes

### V. TRIAGE

Clasificación de las víctimas en el lugar del accidente.

El triage pretende adecuar las posibilidades asistenciales a las necesidades surgidas, atendiendo a las prioridades de

actuación, las técnicas de soporte necesarias y el momento y medio idóneo de transporte para cada víctima.

Los elementos para el triage son: número de lesionados, gravedad y edad, distancia y nivel de los hospitales, recursos sanitarios en la zona y medios de transporte disponibles:

—Tarjeta Roja: extrema urgencia = compromiso respiratorio, shock, heridas y traumatismos exaguantantes.

—Tarjeta Amarilla: urgencia diferida => lesiones que si no son tratadas, pueden llegar a ser críticas (traumatismos craneoencefálicos, politraumatizados, trauma abdominal, etc.).

—Tarjeta Verde: Leves => lesiones que no comprometen la vida.

—Tarjeta Negra: Fallecidos.

### VI. SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO

Conjunto de técnicas, que tienen por objeto sustituir, restablecer o estabilizar las funciones respiratorias y cardiovasculares (5).

Comprende el conjunto de maniobras que hacen posible la supervivencia del paciente, evitando añadir nuevas lesiones. Las medidas inminentes irán encaminadas al control de la respiración y circulación efectiva del paciente. Este soporte puede escalonarse en tres niveles:

1. *Soporte vital básico (SVB)* maniobras que pretenden sustituir una respiración y circulación eficaz o evitar su empeoramiento. El soporte vital básico no requiere equipamiento alguno, sólo personal con adiestramiento.

El procedimiento sistematizado incluye:

—Mantener permeable la vía aérea: maniobra frente-mentón y maniobra de tracción mandibular; limpieza manual de la vía aérea y extracción de cuerpos extraños; inmovilización cervical en posición neutra.

—Asegurar ventilación adecuada: respiración boca-boca o boca-nariz si lo precisa.

—Garantizar una circulación eficaz: masaje cardíaco externo si lo precisa, compresión directa de puntos sangrantes, posición de Trendelenburg, inmovilización y alineamiento de los focos de fracturas.

2. *Soporte vital avanzado* persigue el restablecimiento de las funciones pulmonares y cardiovasculares o su estabilización. Necesita equipamiento y personal específicamente formado para ello.

Comprende las siguientes medidas:

—Control de la vía aérea: intubación endotraqueal, cánulas faríngeas, etc.

—Soporte ventilatorio: ventilación con balón de reanimación o respirador automático y en todos los casos con oxígeno suplementario.

—Soporte circulatorio: cardiocompresores, canalización venosa, administración de líquidos intravenosos, drogas, analgesia, pantalones antishock-MAST.

3. *Soporte vital avanzado traumatológico (SVAT)* completa la atención a las víctimas con las siguientes medidas:

—Inmovilización y fijación de la columna: collarines cervicales, dama de Elche, tablas espinales, colchón de vacío.

—Tratamiento de lesiones que amenazan la vida: neumotórax abierto, hemoneumotórax, drenaje con válvula de Heimlich, etc.



Fig. 1. Decálogo de atención prehospitalaria.

- Prevenir la hipotermia: sábanas isotérmicas.
- Tracción y alineamiento de fracturas: férulas neumáticas, de vacío y de tracción (6).

## VII. ESTABILIZACIÓN

Conjunto protocolizado de actuaciones que se aplican sobre un individuo críticamente enfermo a fin de mantener sus funciones vitales y situarlo en estado de relizar un transporte en óptimas condiciones hasta el Centro Útil.

Los objetivos de esta fase son el aislamiento definitivo de la vía aérea, control circulatorio e inmovilización adecuada.

No obstante, en algunos pacientes, la estabilización prehospitalaria es imposible dadas las características de sus lesiones. En estos casos, se efectuará el transporte inmediato al centro útil más próximo, tras las maniobras de soporte vital.

## VIII. TRANSPORTE

—El medio de transporte seleccionado entre los disponibles será aquel que asegure la continuidad de los cuidados para el nivel de gravedad de la víctima.

—No debe iniciarse un traslado sin haber contestado correcta y racionalmente las preguntas siguientes:

- ¿Dónde? Para responder a esta cuestión es imprescindible el concepto de Centro Útil, que es aquel que garantiza la asistencia completa del lesionado.
- ¿Por dónde? Por la ruta más fácil, cómoda y segura, que no siempre es la más corta.
- ¿Cómo? Con las mejores garantías y soporte asistencial posible.

- ¿Cuándo? Una vez respondidas racionalmente las cuestiones anteriores (8).

## IX. TRANSFERENCIA

La transferencia del paciente, supone el solapamiento de la asistencia prehospitalaria y la hospitalaria, garantizando un relevo sin fisuras ni interrupciones. Para ello, el paciente, debe ser transferido de forma personal y directa al médico receptor, informándole verbalmente de su estado clínico y entregándole una ficha básica de emergencia (9).

La ficha de emergencia contiene los siguientes datos: filiación del paciente, historia y patrón lesional, constantes vitales, soporte asistencial, incidencias, fecha, hora, nombre y firma de los componentes del equipo prehospitalario, etc. (10).

La transferencia de pacientes se ve facilitada por la alerta previa efectuada por el Centro Coordinador al personal responsable de recibirlo.

## X. REACTIVACIÓN DEL SISTEMA

Una vez completada la intervención se inician, sin solución de continuidad, los procedimientos establecidos para la puesta a punto del equipo, y su inmediato regreso a la situación de alerta.

Habitualmente precisa limpieza y reposición de material, medicación, uniformidad, documentación, gases, combustible, etc.

La reactivación y su posterior verificación quedarán registradas documentalmente (11-13).

# Bibliografía

1. Alvarez C, Chuliá V, Hernando A. Manual de Asistencia Sanitaria en las Catástrofes. Ed. Libro del Año. Madrid 1992.
2. Alvarez C et al. Asistencia Sanitaria a las Catástrofes. Cuadernos de Medicina de Emergencia. N. 2, Vol. 2, Sevilla 1996.
3. Aranda C. El Triage. Cuadernos de Medicina de Emergencia. N. 3, Vol. 2, Sevilla 1994.
4. Chaves J. Actitud General ante el Accidente de Tráfico. Cuadernos de Medicina de Emergencia. N. 2, Vol. 1, Sevilla 1994.
5. Curso de Conductores de UVI-Móvil y Técnicos en Emergencias". Unidad Docente SAMU. Sevilla 1997.
6. "Curso de Técnicos en Emergencias". Vol. I y II. Departamento de Formación I.D. Formativos, S.A. Zaragoza 1996.
7. Curso sobre Rescates Dificiles". Unidad Docente SAMU. Sevilla 1995.
8. Fondos Documentales Unidad Docente SAMU.
9. Escudero R. Currículum Profesional en Medicina de Catástrofe. Cuadernos de Medicina de Emergencia. N. 2, Vol. 1, Sevilla 1994.
10. Sánchez MJ et al. Vehículos Sanitarios. Diseño y Clasificación. Cuadernos de Medicina de Emergencia. N. 2, Vol. 2, Sevilla 1996.
11. Contero JP. Procedimientos ante el Accidentado Atrapado. Cuadernos de Medicina de Emergencia. N. 3, Vol. 2, Sevilla 1997.
12. Saldaña C. UVI-Móvil: Conceptos y Componentes. Cuadernos de Medicina de Emergencia. N. 3, Vol. 2, Sevilla 1997.
13. Ruano M. Manual de Soporte Vital Avanzado. Plan Nacional de RCP. Ed. Massón. Barcelona 1996.