

Unidad Móvil Medicalizada Cruz Roja de Palencia

Experiencia durante 18 meses en transporte primario y actuación urgente

ELOISA GONZALEZ NIETO; JOSE LUIS PONCIO GARCIA

Accésit al mejor trabajo de Enfermería. Presentado en el 1er. Congreso de la SEMES (Palencia)

Durante los últimos años, los servicios de ayuda médica urgente (SAMU) han surgido como un tercer servicio público. Dentro de estos servicios, los politraumatismos (PT), especialmente por accidentes de tráfico (AT) son la primera causa de mortalidad de las personas menores de 40 años, principalmente varones.

Ello representa un gran problema tanto sanitario, social, laboral como económico.

El 85% de los PT que fallecen en los AT, están vivos durante los primeros 15 minutos después del accidente y globalmente el 50% durante la primera hora.

De estos datos podemos aventurar que una atención adecuada en el propio lugar del accidente y durante el transporte al centro hospitalario, puede disminuir la mortalidad; resultando sanitariamente eficaz y económicamente rentable.

Esta actividad asistencial especializada, sólo puede hacerse correctamente, mediante la integración de los recursos disponibles en un sistema avanzado de emergencias.

Pensamos que las Unidades Móviles Medicalizadas (UMM) son uno de los elementos principales del sistema.

Los Diplomados en Enfermería de la UMM de Cruz Roja de Palencia hemos querido recopilar la experiencia obtenida durante 18 meses, desde junio 1986 a diciembre de 1987.

Durante este periodo, se realizaron 367 intervenciones con un total de 2.617 asistencias.

El AT fue el incidente de mayor incidencia, un 34,7%; los traslados interhospitalarios, un 29,5%; accidentes domésticos un 2,8%; accidentes laborales un 1,6% y el 12,9% restante, en actividades diversas (concentración de masas, espectáculos taurinos, etc...) también se

registraron llamadas falsas.

Asimismo, los PT fueron la patología más frecuente atendida, un 70,3%; seguida de la cardiopatía, 25,7%; intoxicaciones 1,6%; grandes quemados 1,4% y otros 1%.

De los primeros el shock fue el problema severo de mayor incidencia, 35,4%, seguido de los traumatismos craneo-encefálicos 27,8%, traumas en extremidades 19,9%, traumatismos abdominales 7,2%, traumatismos torácicos 5,6% y lesiones vertebrales 4,5%.

El sexo de los accidentados fue:

- Varones 73,89%

- Mujeres 26,11%

Las edades de los accidentados osciló entre los 18 y los 37 años, siendo la media de 33 años.

En el tiempo al que se refiere esta experiencia, solamente se produjo un fallecimiento.

La metodología seguida para la actuación de la UMM, en la asistencia in situ de los accidentados era la siguiente:

1º - Recepción del mensaje solicitando sus servicios, a través de llamada telefónica o mediante sistemas de transmisiones inalámbricos.

2º - Tratamiento de la llamada, dando aviso al jefe de la UMM, que ordenaba la localización del resto del personal.

3º - Desplazamiento de la UMM hacia el lugar del siniestro, con todo el material necesario para la actuación de la unidad.

4º - Una vez en el lugar del siniestro, se procedía a la aproximación a los accidentados de la forma más rápida posible, manteniendo siempre las medidas básicas de seguridad.

5º - Liberación de las personas, si era posible con los medios de la unidad; si no era posible con los medios de la misma, se esperaba para esta maniobra la llegada de otro vehículo mejor dotado.

6º - Se comenzaba la valoración del estado del accidentado y se procedía a la aplicación de maniobras de soporte vital básico (SVB). Posteriormente, se le aplicaban las medidas terapéuticas, según su patología y tipo de lesiones.

7º - Se procedía al transporte del accidentado al centro hospitalario más adecuado, donde pudiera recibir los cuidados, según las lesiones que presentaba.

8º - Durante el recorrido del lugar del accidente al hospital, se procedía a la realización de maniobras complementarias, tales como proceder a quitar la ropa, limpieza de las pequeñas lesiones y del accidentado en general, así como de ir atendiendo todas las necesidades que se van presentando.

9º - A la llegada al centro hospitalario se procedía a la entrega, junto con el enfermo, de la hoja de registro de incidencias realizada en la unidad, así como la información sobre los cuidados realizados y tratamiento.

El objeto de esta etapa prehospitolaria, es reducir al mínimo el tiempo necesario, para que un accidentado se encuentre en unas condiciones, que le permitan la supervivencia, mediante maniobras de soporte vital básico y soporte vital avanzado.

Mediante la aplicación de estos procedimientos, esta-

mos seguros podría disminuir la mortalidad en este tipo de siniestros de un 15 a un 20%, si se aplica de forma rápida, oportuna y de forma eficaz.

Cuando la atención es realizada por personas no preparadas y sin recursos, la supervivencia, por desgracia es prácticamente nula, o un trauma severo. Si esta asistencia se realiza por técnicos de primer nivel, que aplican maniobras de SVB, la supervivencia es de un 5%, si se realiza por técnicos superiores o personal paramédico se puede alcanzar un 19%.

De todo esto, se deriva que una asistencia precoz, coordinada y normalizada, supone una drástica reducción del número de fallecimientos por PT en los AT.

No podemos olvidar, que desgraciadamente la mayoría de los muertos en accidente de tráfico, no lo son por la severidad de sus lesiones, sino por no haber recibido un soporte adecuado, en un tiempo lo más breve posible.

Como conclusión principal de esta experiencia, se saca que para que todo esto se pueda llevar a cabo, es necesaria una perfecta organización de los sistemas de atención urgente; que es la Administración la que debe procurar un desarrollo rápido de los sistemas integrales de emergencias, pues creemos queda probada, no sólo por nuestra experiencia, sino por otras realizadas por otros equipos en distintos puntos de nuestra geografía, la eficacia de las unidades móviles medicalizadas en la atención a los politraumatizados en general.