

LA PATOLOGÍA CRÍTICA : PRIMERAS MEDIDAS Y TRANSPORTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Montesdeoca Ortiz*, F. Socorro Santana*, J. Rosa Bordón Sánchez*, D. Hernández Correa**, J. Manubens Tocabens***

*Servicio Normal de Urgencias Benítez Inglot de Las Palmas de Gran Canaria.

**Servicio Especial de Urgencias de Las Palmas de Gran Canaria.

***Servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria.

Critical conditions: first measures and transport in Primary Health Care

Introducción

En el medio de la Atención Primaria (AP) se establece, mayoritariamente, el primer contacto del enfermo con los Servicios Sanitarios. Para el caso del paciente crítico que requiere tratamiento hospitalario, se precisa iniciar, ya desde este nivel de atención, unas medidas de estabilización previas a una derivación al Hospital, que permitan realizar un transporte sin demoras y, a la vez, sin repercusión sobre el estado del paciente.

Sin embargo, es tradicional considerar que este traslado ha de ser efectuado de la forma más rápida posible, y que sólo la llegada al Servicio de Urgencias Hospitalario supone el inicio de las medidas terapéuticas a emprender.

Tanto es así que la prioridad durante la atención de una urgencia real, una vez hecho el diagnóstico de presunción, es la de llamar a la ambulancia y el envío rápido al Hospital. Muchas veces se actúa sin valorar la necesidad de realizar una canalización venosa, asegurar la vía aérea o prestar apoyo hemodinámico y, además, confiando los cuidados durante el traslado a un familiar bien intencionado o bien a un camillero-socorrista cuando existe.

En cuanto al transporte propiamente dicho, se instala al paciente en la camilla y a su vez en la ambu-

lancia, sin conocer si los anclajes (camilla-ambulancia) y los recursos materiales del vehículo son los adecuados para la atención del enfermo durante el traslado.

Una vez iniciada la marcha, con la luz y el sonido a fondo, comienza la loca carrera de acelerones y frenazos combinados con distintos tonos de sirenas que hace que aumente la ansiedad al enfermo, variando sus constantes y empeorando el cuadro clínico; pero, por fin ya estamos en el Hospital.

Teniendo en cuenta la situación actual y el desconocimiento de los problemas inherentes al transporte sanitario, que en general tienen los profesionales, puede ser de utilidad la elaboración de unas pautas de actuación ante las patologías críticas que aparecen en AP, pautas que orienten a los profesionales hacia una adecuada estabilización y posterior transporte del paciente crítico.

Objetivos

Objetivo general:

Diseñar una guía de actuación en el ámbito de la Atención Primaria (AP) sobre las «Patologías críticas», que, siendo subsidiarias de atención hospitalaria, precisen de una estabilización previa a su traslado.

Objetivos específicos:

- Detectar las Patologías críticas más comunes en AP y sus causas.
- Señalar los objetivos terapéuticos a cubrir.
- Describir la actitud (las técnicas, cuidados y/o tra-

Correspondencia: Servicio Especial de Urgencias.
Avenida Marítima, s/n. Esquina Granadera Canaria. 35001
Las Palmas de Gran Canaria.

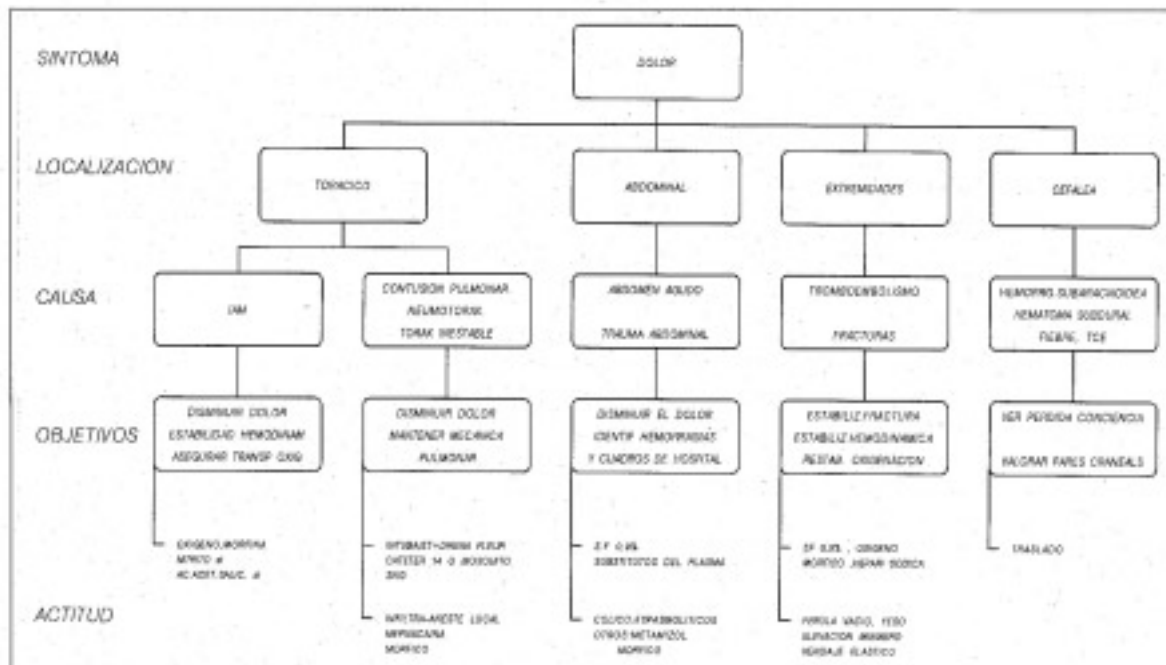


Figura 1. Posición: decúbito supino. En la contusión pulmonar, decúbito lateral sobre el lado afecto. Inmovilización: colchón de vacío, collarín, sacos de arena. Máximas: en trauma abdominal estar preparado para INTUB-ET y perfusión rápida de líquidos (tres vías).

tamiento farmacológico) a desarrollar para conseguir la estabilidad del individuo de acuerdo con los recursos materiales y humanos existentes en los servicios de AP.

- Describir las medidas específicas durante el transporte.

Metodología

Se formó un grupo de estudio compuesto por miembros del Servicio Normal y Especial de Urgencias, y Atención Especializada. La dinámica de trabajo ha consistido en reuniones semanales con el consultor del equipo, además de revisiones bibliográficas y sesiones de discusión donde se elaboraba la estructura y contenidos de cada Patología, de manera que se cumplieran los objetivos planteados.

Resultados

Los resultados del trabajo han quedado expuestos en formas de algoritmos que permiten una rápida visualización y actuación (Figs. 1, 2, 3, 4, 5).

Se presentan estructurados en cuatro fases:

1. Cuadro Clínico.
2. Identificación de las causas más comunes.
3. Objetivos terapéuticos.

4. Actitud (Técnicas, cuidados y/o tratamiento farmacológico).

Finalizando con las medidas específicas a tener en cuenta en cada cuadro clínico.

Medidas generales ante el traslado

Se recomienda que en todos los problemas que figuran en esta guía, el paciente vaya acompañado de personal sanitario.

- Facultativos:

Cuando no se ha conseguido estabilizar al paciente o bien presenta algún problema agudo no resuelto antes del traslado.

- Enfermería

Aquellos pacientes que una vez estabilizados no presentan riesgo de complicaciones.

Por otro lado, el paciente deberá ir en las siguientes condiciones:

- Vía venosa, con catéter, al menos del número 18, o de mayor calibre.

- Asegurada la vía aérea, y con los medios necesarios para mantenerla libre durante el traslado (equipo de intubación, ventilación manual y/o mecánica, oxígeno y material necesario para su aplicación).

- S.N.G. (sonda nasogástrica), si el paciente está en

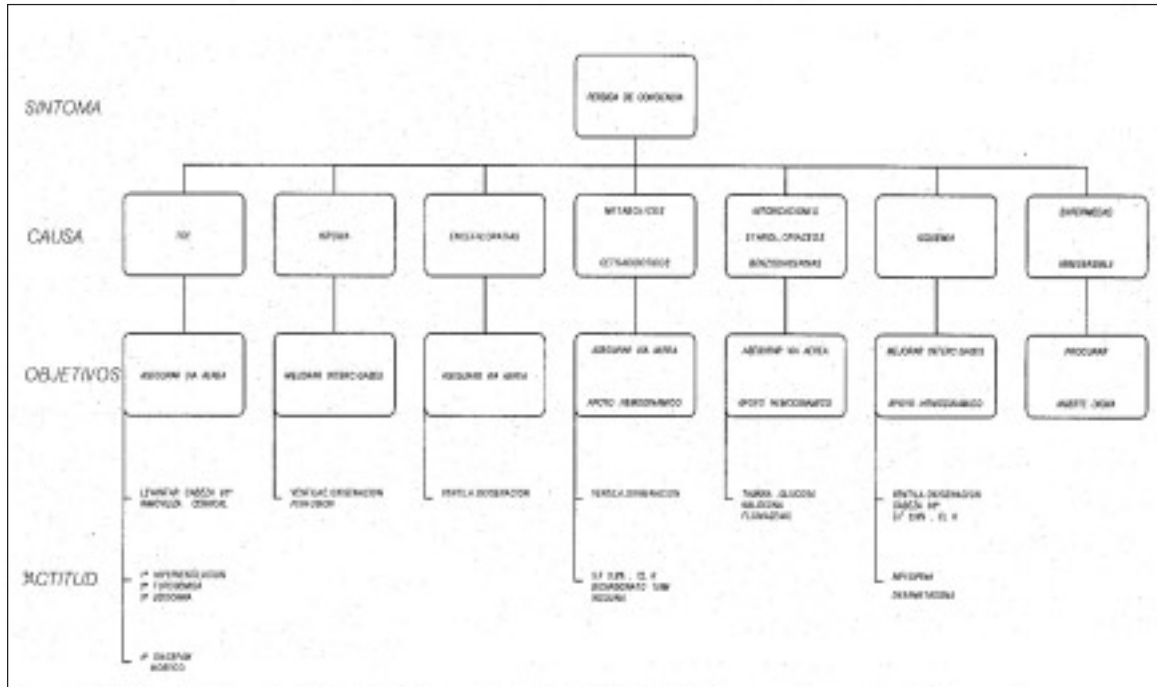


Figura 2. Posición: decúbito cabeza 30° lateral de seguridad o inmovilización (collarín, sacos de arena, colchón de vacío). Máximas: comunicar a servicio de destino el traslado.

42

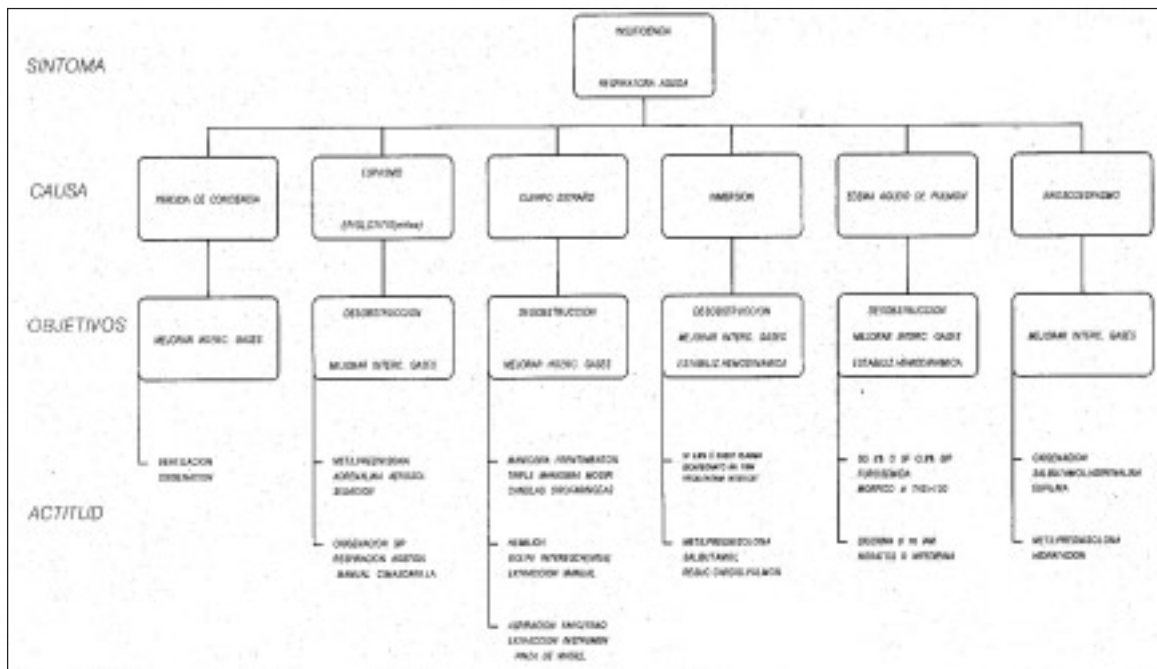


Figura 3. Posición: semidestación, excepto los que necesiten ventilación mecánica.

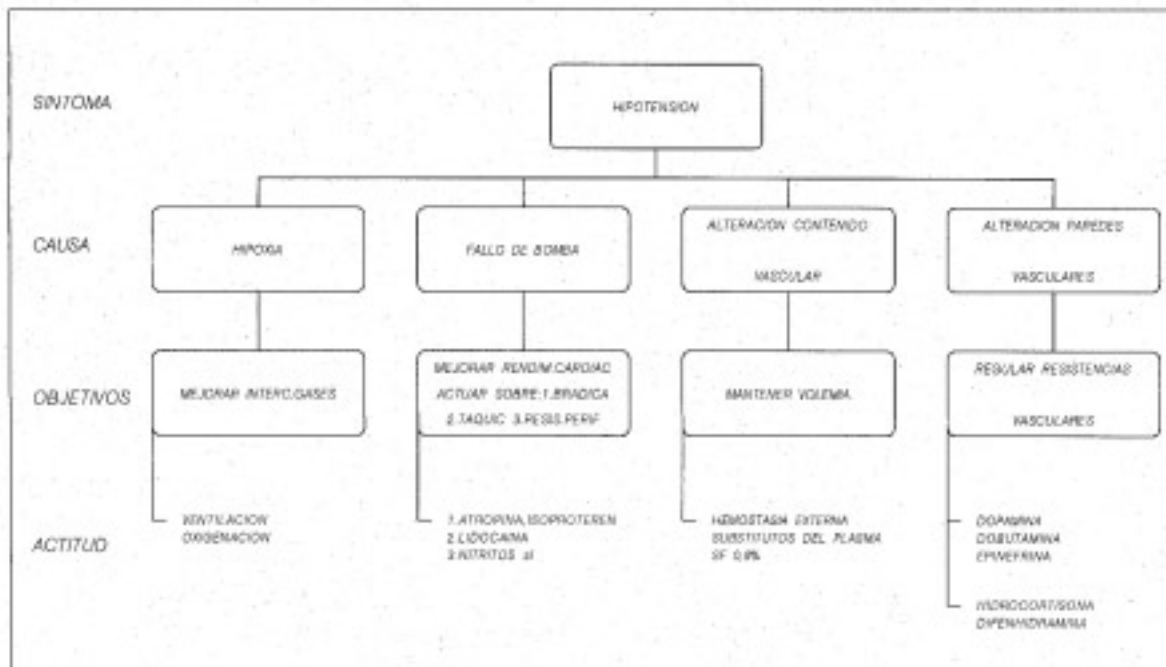


Figura 4. Posición: decúbito supino, Trendelenburg.

Máximas: cuidado al cambiarles ¡se para!, sólo tratar las arritmias que ocasionen deterioro hemodinámico grave (angor...)

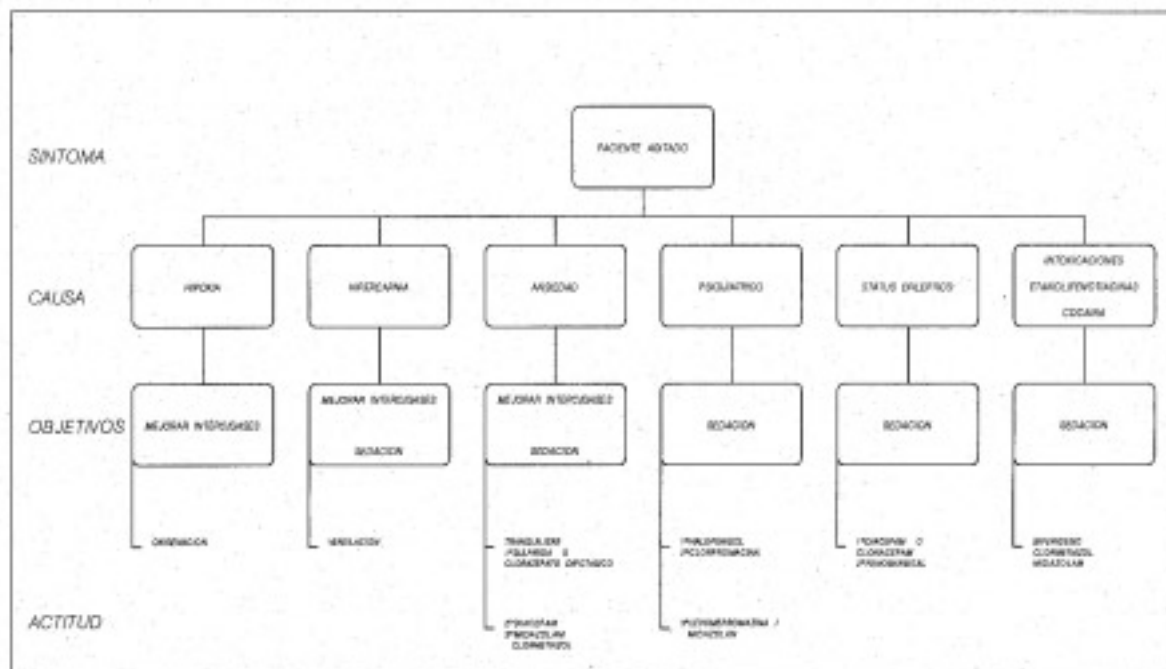


Figura 5. Posición: decúbito supino o sentado. Sujeción física y farmacológica.

Máxima: no deprimir en exceso. Vigilar TA si dosis altas de neurolepticos. No trasladar mientras esté agitado. Si se administran depresores del SNC comprobar que se puede realizar asistencia ventilatoria durante el traslado.

riesgo de broncoaspiración: estómago lleno, desconocimiento de la última ingesta, pérdida de conciencia, necesidad de realizar maniobras de ventilación. Se recomienda realizar la técnica antes del traslado, pero si ésta no se considera conveniente, se deberá llevar el equipo necesario para realizarla durante el mismo.

- S.V.(sonda vesical), atendiendo a la duración del transporte y si fuera necesario un control de la diuresis, (en los casos de hipovolemia, intoxicaciones...).

- Correcta inmovilización y posición. Los anclajes de la camilla al vehículo y los medios de sujeción del paciente a la misma deben ser los adecuados, para que en el supuesto de vuelco, ambos no se vean desplazados.

- Las dotaciones de material fungible e inventariable de los servicios de urgencias de AP están recogidas en las dotaciones generales de un Servicio Normal de Urgencias.

- El material con el que cuentan las ambulancias dependerá del uso para el que se las destine: Uvi Móviles dedicadas al transporte interhospitalario; Ambulancias Ordinarias para el resto. La dotación de estas últimas figura en el contrato realizado entre las ambulancias y Atención Primaria.

- Se recomienda dotar del aparataje necesario para medicalizar la ambulancia en aquellos centros cuya distancia al Hospital de referencia más cercano sea mayor de 30 minutos.

Bibliografía

- Blázquez MA, Manzano JJ, Crespo V, Caballero J, Cabrem R, García ED, Mateo F, et cols. Atención urgente de la insuficiencia respiratoria aguda en Atención Primaria. En: Gráficas Tenerife S.A. Programa de formación médica continuada del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas. Las Palmas, 1992: 83-108.
- Blázquez MA, Manzano JJ, Moreira MT, Alvarez JM, Dos Reis MR, Espiñeira G, Febles A, et cols. Actuación ante el paciente politraumatizado. En: Gráficas Tenerife S.A. Programa de formación médica continuada del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas. Las Palmas, 1992: 130-144.
- Callahan ML, Barton CW, Shamaker HM. Decision making in emergency medicine. 1ª Ed. Philadelphia: Ed. BC Decker Inc, 1990.
- Chulia V. Transporte medicalizado de Urgencias. Fisiopatología. Presentada en: XI Congreso Nacional de Medicina de Urgencias y I Jornada de Enfermería de Urgencia; Almagro. Ciudad Real. 1987; Junio: 25-27.
- Dauphinee K. Intubación orotraqueal .En: Interamericana McGraw Hill. Clínicas de Medicina de Urgencia de Norteamérica 1990; 1. Madrid 1990: 67-93.
- González M, Jarma M. Pautas médicas en urgencias extrahospitalarias. 1ª edic. Barcelona: Ed.Doyma, 1993.
- Karin A, McClosquey, Richard A. Los problemas del traslado en las urgencias infantiles. En: Interamericana McGraw-Hill Clínicas de Medicina de Urgencias de Norteamérica 1991; 1. Madrid 1992: 481-496.
- Lavaud J. Reanimación y transporte pediátrico 1ª edic. Barcelona. Ed. Masson S.A, 1988.
- Letang J, Ramírez M, Pulido A, Bolaños FJ, Del Toro C, Rodríguez G, Prieto C, et cols. Actitud ante un paciente con dolor abdominal. En: Gráficas Tenerife S.A. Programa de formación médica continuada del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas. Las Palmas, 1992: 15-23.
- Lloret J, Muñoz J, Artigas V, Jover J. Protocolos terapéuticos del servicio de urgencia del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Ed. Glaxo. Barcelona, 1988.
- Moreno DE. El transporte sanitario en un sistema integral de urgencias. Presentado: I Jornadas Cívico-militares de Sanidad; Madrid 1985; noviembre 21-23.
- Murier C., Emergencias médicas. 1ª edic. Madrid: Ed. ELA Grupo Arán 1992: 33-45.
- Perales N, Viguri R. Manual de resucitación cardiopulmonar avanzada. 2ª edic. Madrid. Ed: Arán S.A, 1989.
- Serrano A, Medina D, Jato N, Romero F, González R, Manzano JL. El niño politraumatizado: trauma abdominal y craneal. Canarias Médica 1989; 6 (4): 23-29.
- Terence D, Criss EA, Spaite D, Harvey N, winght A, Clark L. Original contribution: emergency medical services cardiopulmonary arrest. Ann Emerg Med 1990; 19: 12.