

SANITARIZACIÓN DEL RESCATE VERTICAL EN EL GRUP D'EMERGÈNCIES MÈDIQUES

Moisés Moreno Ortiz

Médico adjunto del Grup d'Emergències Mèdiques dels Bombers de la Generalitat de Catalunya

23 de octubre de 2014

De entrada quisiera exponer que la aportación que a continuación realizo es fruto de mi experiencia como médico adjunto al Grup d'Emergències Mèdiques. Esta no debe asumirse como una información institucional así como tampoco se trata de un documento científico.

El rescate en Catalunya, salvo en el municipio de Barcelona, es competencia del Cos de Bombers de la Generalitat de Catalunya (al menos a fecha de hoy). Cuando este rescate sucede en un lugar de difícil acceso, se encarga de ello el grupo de especialistas Grup d'Actuacions Especials (GRAE). Cuando la persona a rescatar puede estar herida, entramos en juego el personal del Grup d'Emergències Mèdiques (GEM) de Bombers de la Generalitat de Catalunya.

La guardia operativa del GEM está concebido para 7 médicos y 7 DUE que cubren en binomio las guardias 24h/365d, siendo el médico quien se desplazaría al rescate. La realidad es que la guardia diaria se cubre con el personal que hoy queda en activo indistintamente. Esto es debido a la precariedad en materia de contratación por parte de la administración. En la actualidad hay solo 8 plazas (de 14) cubiertas por personal operativo. Más de la mitad de las guardias vienen siendo cubiertas por enfermería.

Como rescate vertical se puede entender aquella situación en la que la persona ha perdido la autonomía para liberarse y además hay un factor de verticalidad que hace imposible la extracción por los medios terrestres habituales. En la mayoría de estos rescates será necesario montar algún tipo de instalación compleja para asegurar tanto al rescatador como al accidentado, así como para poder evacuarlo con las máximas garantías de seguridad. Por supuesto que, para realizar estos trabajos con la mayor garantía, es IMPRESCINDIBLE personal bien formado, bien equipado y bien motivado.

Hoy por hoy, el personal del GEM tiene base en Cerdanyola del Vallés, desde donde hace las salidas por tierra con una ambulancia (Unidad de Soporte Vital Avanzado). Entre orto y ocaso las salidas se realizan desde el aeropuerto de Sabadell en helicóptero para asistencia en rescate de montaña principalmente. Además también se realizan otros servicios puntuales de colaboración con el SEM (Sistema d'Emergències Mèdiques) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

La sanitización del rescate vertical se suele realizar mediante helicóptero por motivos obvios, siempre y cuando las condiciones meteorológicas y de luz lo permitan. Cuando nos desplazamos en helicóptero, el equipo humano del grupo de rescate en el que participa el GEM lo forman: un piloto, un operador de grúa, dos GRAE y un miembro del GEM.

Los escenarios en los que suelen aparecer víctimas para este tipo de rescates son variopintos. A groso modo podríamos hablar de: urbanos, de montaña, espeleología y, desde hace unos años, el de los inmensos aerogeneradores.

Entrando ya en materia de rescate encontramos condicionantes que afectarán al desarrollo del trabajo como son:

- La localización: es fundamental que el alertante sepa dar unas reseñas del sitio donde se encuentra lo más exactas posibles. Normalmente se trata de escaladores o espeleólogos que saben perfectamente definir el sitio, pero en ocasiones se trata de excursionistas que desconocen el nombre local, haciendo más difícil su localización.

- El horario: como decía nos movemos en helicóptero durante las horas de luz, esto condiciona el tiempo de desplazamiento hasta el accidentado, ya que por tierra aumentará en mucho el tiempo de respuesta.
- La meteorología: evidentemente también afectará a la velocidad del desplazamiento y a la calidad de la asistencia. Aspectos que limitan la sustentabilidad del helicóptero son la temperatura del aire junto con la altitud y el viento.

A nivel sanitario nos encontramos con muchas variables con respecto a los servicios “convencionales” que aumentan el grado de dificultad de la asistencia.

- El acceso al herido: es, quizá, el principal inconveniente. Hablamos de lugares confinados por altura en los que, para poder llegar, hacemos uso de la grúa del helicóptero. Si no fuera posible por cualquier motivo, es cuando precisamos de técnicas complejas de progresión vertical. La seguridad debe ser primordial para todos los actuantes. Es por esto que se hace imprescindible un perfil profesional muy concreto para este tipo de actuación, así como una formación continuada y prácticas constantes en esta materia. Además hay que añadir el peso y la logística del material, tanto de seguridad como sanitario.
- El último recurso: A todo esto se le suma el hecho de que, con mucha probabilidad, seas el último recurso sanitario que tenga el herido para superar su desafortunada situación. También es frecuente que el sanitario deba actuar y asumir la complejidad del paciente con absoluta soledad en cuanto al diagnóstico, toma de decisiones terapéuticas, aplicación de éstas en forma de técnicas invasivas, soporte vital avanzado, re-evaluación constante, adaptación a cambios hemodinámicos, etc.

Como decía, todas estas circunstancias, aumentan la carga de estrés sobre el sanitario, por encima de lo que sería una actuación “estándar” extra hospitalaria.

De todo lo anterior se desprende, y hay que asumir, que lo que aparece en las guías como las de SVAT/PHTLS, ampliamente difundidas, es de difícil ejecución en estas condiciones, si bien es cierto que son una base necesaria. Esto ha hecho que en algunas ocasiones haya cierto reproche, por parte de los médicos receptores en los servicios de urgencias, sobre las condiciones en las que llega el herido.

La situación geográfica de la base del GEM en Catalunya hace que sea difícil cumplir con el concepto de la “hora dorada”, en relación al tiempo en el que un paciente politraumático grave tiene más posibilidades de sobrevivir tras el accidente si se le brinda una atención médica adecuada.

Nuestro tiempo de respuesta varía en función de muchos factores, el tiempo empieza a contar desde que ocurre el accidente (minuto 0) y a partir de aquí habrá que sumar:

- lo que tarda en dar el aviso el alertante,
- el tiempo de gestión del aviso hasta la activación del recurso (112/control bomberos/sala central bomberos),
- el tiempo de arranque del helicóptero,
- el tiempo de vuelo hasta la zona,
- la localización del herido,
- la preparación del material necesario de rescate,
- la aproximación del GRAE
- y la aproximación de sanitario.

En este punto comienza la atención sanitaria. En la mayoría de nuestros servicios encontramos pacientes que no presentan lesiones vitales y cuya extracción precisará a lo sumo analgesia e inmovilización.

Nuestro objetivo como sanitarios se centra, en primer lugar, en la estabilización hemodinámica de la persona. Si esto no fuera necesario, por tratarse de lesiones no vitales, habrá que tener en cuenta, también, la analgesia y la distermia en la mayoría de las ocasiones.

Dependiendo del estado y situación del accidentado la extracción será más o menos rápida. En aquellas situaciones en las que sea posible la llegada con grúa, y las lesiones de la

persona lo permitan, podremos utilizar el “arnés de caballo” o incluso el propio arnés del accidentado si fuera preciso. La camilla está indicada en sospecha de afectación de raquis, grandes fracturas o pacientes inestables hemodinámica o neurológicamente. La extracción será más segura en camilla pero va a alargar las maniobras en el tiempo considerablemente y no siempre es posible de entrada. No es para nada descabellado el plantearse una extracción rápida, aun sin inmovilizar, si las condiciones lo requieren. Si la entrada en grúa no fuera posible lo más probable es que tengamos que descender desde un punto más alto mediante cuerdas. A continuación habrá que descender con el herido hasta un punto de acceso con grúa para evacuar.

En un primer tiempo, tras el rescate, el helicóptero parará en un lugar seguro para acomodar la camilla en el interior de la cabina, con el fin de trasladarlo a un hospital adecuado. En ocasiones, puede pasar que se transfiera al paciente a un equipo del SEM que se encargue del traslado definitivo.

En el rescate vertical todo es relativo o, como mínimo, debido a la gran cantidad de variables entre un caso y otro, no siempre se podrá hacer todo tal y como nos gustaría. Tal es el caso de la correcta inmovilización o la adecuada analgesia en un primer momento. Si bien es cierto que siempre se tiene en cuenta esto, también lo es que, al tratarse de un medio hostil, lo que va a primar va a ser, en muchas ocasiones, la extracción rápida.

No es lo mismo un rescate a las 11 de la mañana en el macizo de Montserrat un día soleado de verano, que el mismo rescate en una pared en cara norte del Pirineo, a las 17h, en enero, con temperaturas bajo cero y ventisca. Entre un extremo y otro hay un increíble abanico de posibilidades, y, como no, el tipo de lesiones que vamos a encontrar, son cruciales para la toma de decisiones.

Creo que dentro de la asistencia prehospitalaria urgente, la atención a personas en situación de rescate y, concretamente, en el rescate vertical, es una de las situaciones más extremas con la que un sanitario puede encontrarse. Un escenario por definición hostil, falta de información sobre el estado del paciente, riesgo de sobreaccidente y sensación de peligro por la vida de todos los actuantes, necesidad técnicas médicas complejas sin ayuda, muerte del herido durante la atención... Son algunos ejemplos de circunstancias que incrementan la carga de estrés del profesional sanitario en este tipo de servicios y que, sin duda, van a influenciar en el resultado de la asistencia.