

Jornada d'actualització: Assistència sanitària urgent, tècniques i aspectes legals

Forma de citació: Díaz JM, Lázaro Y, Collado D, Villena O, Prieto JA. *Jornada d'actualització: Assistència sanitària urgent, tècniques i aspectes legals*. ReMUE.c@t 2016;3(1):49-53

Available at http://webs.academia.cat/revistes_elect/view_document.php?tpd=2&i=5141

Como actuamos ante signos negativos de vida y positivos de muerte, que hacer con los pacientes paliativos? Como actuar ante una orden de no RCP?

Sr. José Maria Díaz. Tècnic assistencial SVB

La clave de la supervivencia a una parada es el inicio precoz del soporte básico y el uso inmediato de un desfibrilador. Pero no debe hacerse si evidenciamos SIGNOS NEGATIVOS DE VIDA Y POSITIVOS DE MUERTE.

El mejor bien, relacionado con la medicina es cuando unimos "utilidad" y "beneficio" al paciente o al menos un beneficio esperado, pensando que el paciente puede mejorar de un proceso potencialmente recuperable, para no incurrir en futilidad terapéutica¹ o ensañamiento terapéutico (DISTANASIA).

La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.

Deberíamos empezar a reconocer la muerte como el destino final de todos los seres humanos, quien constituye propiamente un enemigo es la muerte, pero siempre cuando se da en el momento equivocado (**demasiado pronto en la vida**), por las razones equivocadas (**cuando se puede evitar o tratar médicamente**) y la que llega al paciente de una forma equivocada (**cuando se prolonga demasiado o se sufre pudiéndose aliviar**).

²Incluso la denominación de la Limitación de Tratamientos de Soporte Vital (LTSV), está siendo cuestionada por varios autores y proponen cambiarla por el término "Adecuación del Esfuerzo Terapéutico" que reflejaría mejor la realidad clínica de su aplicación.

ORDEN DE NO RCP

Existe en nuestro ordenamiento jurídico un documento formal (Testamento Vital o de

Voluntades Anticipadas) en el que el propio paciente, o su representante legal en caso de incapacidad, han expresado su voluntad explícita de no ser sometido a maniobras de reanimación. Y estos casos están debidamente regulados por nuestra legislación y son muy claros.

CONCLUSION

No existe una indicación específica de en quién y cuándo iniciar maniobras de RCP, pero el criterio fundamental será que pensemos que existe la alternativa de reversibilidad.

A- INDICACIONES PARA NO DAR RCP³

- Pacientes con signos de muerte biológica, el paro es consecuencia final de una enfermedad irreversible de mal pronóstico, el paciente ha expresado de forma verbal o escrita el deseo de no recibir RCP, paciente > 10 min. en paro sin que se haya iniciado maniobras, excepto caso de las 4H y 4T, cuando el inicio de maniobras de RCP a un paciente significa que se deje de dar asistencia a un paciente crítico recuperable, el inicio de maniobras de RCP supone un peligro para el reanimador,

B- INDICACIONES DE SUSPENDER REANIMACIÓN³

- Tras inicio de RCP se notifica que el paro es resultado de una enfermedad terminal, el lugar del paro se encuentra muy lejos del centro de asistencia vital avanzada, intervalo entre el soporte vital básico y el avanzado es > 30 min. es un solo reanimador y está exhausto, asistolia refractaria por > 10 min. se logra reanimación exitosa.

EL CONOCIMIENTO NOS HACE RESPONSABLES

Marc Assistencial del TES a les unitats d'emergències⁽¹⁾

Sr. Yuri Lázaro. Tècnic assistencial Falk-VL/ SEM

A forma d'introducció, vam destacar els resultats de l'estudi d'aspectes legals a l'assistència sanitària, on mostrava que un 69,45% de treballadors pensaven que era segur o molt probable que es trobessin amb problemes legals conseqüència de la seva activitat professional. Alhora, més del 84% dels professionals puntuaven del 8 al 10 (puntuació màxima), la importància de la formació en els aspectes legals intrínsecs a la seva professió⁽²⁾.

El Marc Europeu de Qualificacions (EQF)(3), l'institut nacional de qualificacions (INCUAL)(4) i l'Institut Català de Qualificacions Professionals (ICQP), fan una descripció general dels coneixements, habilitats i competències dels Tècnics (nivell 2) (5). Continuant amb la recerca legislativa, s'analitza el desenvolupament curricular establert pel real decret(6) i el decret del cicle formatiu de grau mitjà d'emergències sanitàries (7), d'aquest en destaquem;

A-. Les Competències del perfil professional

B-. Els continguts d'aspectes legals al currículum professional del TES.

C-. Els continguts i resultats d'aprenentatge en atenció sanitària.

Per tindre coneixement del que representem els TES a les unitats d'emergència, observem la Memòria d'emergències mèdiques, de la que destaquem que els TES estem presents al 89% de les mobilitzacions de recursos anuals del CatSalut Respon(8)

Tenint de referència el marc assistencial descrit, analitzem el paper del TES distingint entre les quatre situacions següents, realitzant una relació entre les necessitats i els continguts i competències descrites;

1-TES a les unitats de Suport Vital Bàsic

2-TES a les unitats de Suport Vital Bàsic serveis conjunts amb unitats de Suport Vital Avançat

3-TES a les unitats de Suport Vital Avançat

4-TES a les unitats de Suport Vital Avançat als serveis conjunts amb altres unitats

Conclusions

Un aspecte molt important a tenir en compte en el desenvolupament de la professió és el coneixement del marc legal per poder garantir una assistència de qualitat amb actuacions homogènies i segures, afrontant de forma eficient les situacions d'emergència que es produeixen.

Elementos de seguridad que debemos conocer.

Sr. David Collado. Tècnic en Emergències Sanitàries. SEM

SEGURIDAD ACTIVA: Características Técnicas que evitan pérdidas de Control de trayectorias evitando los accidentes (ABS, Control estabilidad y de tracción, etc). Si estos sistemas no surgen efectos por diferentes factores y acabamos sufriendo un accidente se pasará a la fase de activación de ...

SEGURIDAD PASIVA: Estas son las características Técnicas que minimizan daños a los pasajeros al producirse un accidente. Éstos sistemas se Testean mediante unos muñecos de tamaño real y diferentes medidas con impactos a velocidades comprendidas entre los 8 y 80 km/h tanto como pasajeros como de peatones. Como elementos de Seguridad Pasiva encontramos:

Cinturones de Seguridad los cuales impiden el desplazamiento el los ocupantes en diferentes direcciones con el fin de evitar colisiones con las partes internas del vehículo.

Es además de obligatorio por el código de Circulación su utilización y aconsejable al 100% para todos los ocupantes incluidos Unidades asistenciales y todos sus pasajeros/ paciente el llevarlos abrochados

Si no se abrochan, los Avisadores emitirán señales luminosas y acústicas debido a varios indicadores como sensores de carga en asientos y sensores en la Hebilla del cinturón.

Los cinturones se activan tras una detonación pirotécnica con material explosivo y gas al producirse un impacto. (Reduce el efecto Bobina)

Reposa Cabezas Este es obligatorio su utilización en España desde 1989. No es un elemento de confort sino de Seguridad. Minimiza la Hiper extension/flexion del segmento cervical reduciendo así un 35% las lesiones leves. La Separación correcta entre cabeza y Reposo cabeza es de 4 a 7 cm.

Airbag: Amortigua el impacto del cuerpo contra las partes internas del vehículo mediante el inflado de un cojín de nylon instalado en las piezas propias del vehículo (señalizado con la palabra AIR BAG)

También funciona tras una detonación de Gas nitrógeno, por sensores electrónicos calculando la desaceleración y velocidad de impacto, desplagándose a 300 km/h.

- Airbag Frontal
- Airbag Lateral
- Airbag techo / Cortina delanteros y traseros
- Airbag de Rodilla

Existe una nueva generación de Doble etapa que en caso de una colisión moderada realiza una explosión del 70 % y en caso de impacto mayor un despliegue del 100%.

IMPORTANTE:

El Airbag está directamente ligado al uso del cinturón de Seguridad. Resulta muy peligroso la activación de este dispositivo sin llevar abrochado el cinturón de Seguridad.

- 60% Accidentes Frontales
- 25 % Impacto Lateral (el que produce lesiones mas graves)
- 15 % Posteriores y otros

Let Brace: Se trata de una protección Cervical con apoyo torácico / escapular. El casco apoya en la parte superior de este dispositivo sin estar enganchados. Se realiza una extracción rápida mediante gatillos laterales de color rojo.

Hit Air: Sistema de chaleco auto inflable con protección de columna vertebral, hombros y codos. Se pre instala a la motocicleta con un sistema de conexión mediante un cable en espiral unido al chaleco. Al separarse tras un impacto éste se desplaga y se desincha automáticamente en 10 segundos.

Tech Air Alpinestars: Chaleco interior auto inflable con Homologación tipo 2 (EN- 1621-4). Va unido interiormente a una chaqueta de esta misma marca.

No lleva pre instalación con la moto ya que es independiente. Incorpora 3 sensores (2 hombros

+ 1 tortuga) que funcionan calculando una desaceleración brusca superior a una velocidad de 25 km/h. Se activa en 25 milisegundo. Éste dura inflado tras impacto 5 segundos. Necesita carga de batería para su correcto funcionamiento.

Cascos: Este debería garantizar la Seguridad de su dueño en caso de accidente moderado Homologación Europea ECE/ONU R22-05

7 de cada 10 accidente resultan mortales o lesionados graves por no utilizar el casco. La utilización de este dispositivo disminuye en un 45% la mortalidad y reduce en un 65% las lesiones Graves.

Existen diferentes tipos de cascos.

Casco **modulable** realiza una apertura de toda la zona del mentón y pantalla mediante un gatillo de color rojo situado en la zona del mentón

El mejor sistema de cierre por correa para todos los cascos es el de Doble cierre ya que es el que aporta más Seguridad. Se localiza fácilmente tras un tirador rojo en el mismo cierre.

Casco **Integral:** Las nuevas generaciones funcionan mediante el sistema EQRS. Éste sistema incorpora 2 tiradores a la altura del arco mandibular facilitando una extracción eficiente y rápida en caso de accidente, ya que al tirar de ellas se extrae la parte acolchada lateral interna.

Casco **Vozz Helmet RS 1.0:** También es modulable mediante 2 partes. Zona occipital y el resto de zona de cabeza. Mejora la Seguridad del motorista para ser tratado tras un accidente.

Prescinde de correa de sujeción ya que queda ajustado al cuello al cerrarse el casco. Extracción rápida al llevar incorporado 2 pulsadores laterales a la altura mandibular de color rojo. También dispone de 2 tornillos protegidos por tapa roja que sirve de unión superior de las 2 piezas de casco haciendo la función de bisagra. Una vez extraídos estos tornillos las 2 partes se separan al completo, tras realizar un control cervical y extrayendo la parte frontal realizando siempre esta maniobra en diagonal hacia arriba dirigida hacia el pecho de la víctima se llevará a cabo una separación de la carcasa trasera que aun seguirá colocada en la parte occipital del paciente, con el resto del casco.

Tratamiento de las heridas en prehospitalària

Sra. Olga Villena. Infermera assistencial SVA. SEM Barcelona.

Las heridas tienen una alta incidencia en urgencias prehospitalarias, son lesiones muy

frecuentes que podemos ver tanto en los accidentes de tráfico como en los accidentes laborales, en los incendios, en caídas, autolesiones y agresiones.

Existen diferentes formas de heridas, según el mecanismo de lesión, pero debemos prestar mucha atención a la extensión, a la profundidad de las mismas y a los órganos que puedan afectar ya que de ello depende su gravedad.

En ocasiones podemos cuestionarnos si merece la pena curar en la calle.

El tratamiento inicial que nosotros podemos ofrecer es siempre según prioridades, como puede ser detener la hemorragia si la hay.

Si hay lesión ósea preservaremos la función y recuperaremos la forma alineando la extremidad.

Favorecemos la limpieza de la herida y aplicaremos antisépticos, cubriremos la herida con apósito húmedo para control posterior.

Es importante tener en cuenta que los antisépticos no están recomendados sistemáticamente ya que son citotóxicos. En el caso de usarlos para control de la carga bacteriana, deberíamos respetar los tiempos de acción que varían según el producto.

Debemos evitar la contaminación cruzada y realizar cambio de guantes a cada paciente que atendamos.

Hacer un uso correcto de los polialcoholes (Sterilium®) que disponemos en las unidades para la higiene de manos, ya que para su eficacia debemos frotar las manos durante 30 segundos sin secarse.

Una de las urgencias más habituales donde podemos enfrentarnos a las heridas son las quemaduras. Se clasifican según su profundidad en:

- ✓ primer grado o epidérmicas, su característica es el eritema de la piel.
- ✓ segundo grado o dérmicas (superficial y profundas), aparece flictena.
- ✓ y tercer grado o subdérmicas donde aparece escara de gris a negra.

Estas quemaduras pueden producirse por varias causas desde abrasión por líquidos calientes, contacto directo con llama, productos químicos, electricidad.

A tener en cuenta conceptos tan importantes como el P.A.S. en el que debemos protegernos a nosotros y al entorno antes de asistir a los demás.

Durante nuestra asistencia sea cual sea la quemadura priorizaremos el ABC siempre, realizar RCP (reanimación cardiopulmonar) si lo requiere y colocación de un DEA lo antes posible.

Si el paciente está estable realizar la cura de las heridas.

Estas heridas precisan analgesia, excepto las epidérmicas que por sí solas no desestabilizan al paciente y únicamente requieren lavado con agua y crema hidratante para su curación espontánea. Evitar el uso de Silvederma® en quemaduras simples y sólo aplicarla en casos de heridas infectadas (pomada con contenido antibiótico por las sulfamidas y bactericida por la plata).

Las heridas dérmicas en las que aparecen flictenas deben curarse retirando la piel muerta, es falsa la creencia de que estas ampollas no deben tocarse, ya que si no se observa el lecho de la herida no pueden curarse ni valorarse adecuadamente.

En las quemaduras por productos químicos debe intentar retirarse con lavado abundante de agua o suero fisiológico. No hay estudios que demuestren más eficacia de uno con respecto al otro. Así que el agua del grifo siempre que sea potable nos será muy válida para todo tipo de cura.

En general las quemaduras las hidratamos o con agua y gases o con cobertura Water-gel® para refrescar y analgesiar, siempre con precaución de no provocar hipotermia en grandes quemados.

Trasladar a la Unidad de Quemados del Hospital del Valle Hebrón con una correcta valoración tanto de la profundidad como de la extensión.

Para concluir podríamos decir que si merece la pena curar en la prehospitalaria pero sin complicarnos. No podemos generalizar.

Debemos priorizar la emergencia y no perder tiempo. Realizar una limpieza de la herida siempre que el paciente esté estable y nos sea posible según la situación.

Recursos per a la permeabilització de la via aèria (VA)

Dr. Antoni Prieto. Metge assistencial SEM.

- Per què primer la via aèria?
 - Sense una adequada respiració, les cèl·lules, principalment les neurones comencen a morir als pocs minuts. (més ràpid comparat amb una fallada de la circulació).
 - Els Tècnics en Emergències Sanitàries, han de conèixer i

- dominar les tècniques manuals de permeabilització de la via aèria.
- Passos per a la permeabilització de la via aèria:
 - Obertura manual de la via aèria
 - Pacient no traumàtic: Maniobra front-mentó, Triple maniobra.
 - Pacient Traumàtic: (sempre amb control cervical bimanual) Tracció mandibular, Triple Maniobra modificada.
 - Avaluació de la respiració: Veure (com s'eleva tòrax), Escoltar (soroll respiratori), Sentir (l'ale' del pacient) V.E.S (10")
 - Avaluació de la permeabilitat: hi ha quelcom que obstrueixi la VA?
 - Neteja i desobstrucció: neteja digital (objectes visibles), aspiració (amb sonda rígida Yankauer)
- Permeabilització instrumentalitzada: col·locar cànula oro-faríngia (Guedel, mida i tècnica adequades).
- Altres dispositius supraglòtics: alguns sistemes d'emergències disposen de material alternatiu per a la permeabilització de la VA, en situació de Aturada Cardio-respiratòria (ACR). Permeten ventilar al pacient amb cert grau d'aïllament de la VA, fora de la ACR requereixen sedació i relaxació, i per tant personal mèdic. El TES ha de conèixer aquests dispositius, o al menys els que disposi, pel seu us o assistència al personal mèdic que el faci servir. Són: Combitube, Tub Laringi, Cobra, Mascaretes laríngies (ML), ML Fastrach, iGel, Air-Q...
- Intubació Oro-traqueal: es tracta de la tècnica "Gold Standad" per a la permeabilització i aïllament de la VA. L'ha de dur a terme personal qualificat i entrenat. El TES ha de conèixer la tècnica per assistir al personal que la realitzi.
- Altres dispositius per IOT: El TES ha de conèixer la tècnica per assistir al personal que els faci servir. Prova, Airtraq, Videolaringoscop.
- Conclusions: El TES ha de conèixer i dominar les tècniques de permeabilització manual de la VA, ha de saber fer servir els dispositius supraglòtics per ventilar pacients en situació d'ACR i, ha de conèixer les tècniques i dispositius de maneig avançat de la VA per tal de poder assistir en la tècnica, al personal mèdic o d'infermeria (qualificat i entrenat) en el moment de la seva utilització.