

CATEGORIA	ACERCAMIENTO	CONTACTO INICIAL VICTIMA	VALORACION PRIMARIA (VALORACION Y MANEJO DE VIA AEREA)	VALORACION PRIMARIA (VALORACION Y MANEJO DE LA RESPIRACION)	VALORACION PRIMARIA (VALORACION Y MANEJO DE LA CIRCULACION)
CRITERIOS ACTUACION	VALORACION DE MECANISMO LESIONAL (EC) Y PELIGROS	SE COMUNICA DE FORMA APROPIADA CON LA VICTIMA EN LA APROXIMACION	RECONOCE EL ESTADO DE LA VIA AEREA CON CONTROL DE LA COLUMNA CERVICAL	VALORA LA VENTILACION (F.R., PROFUNDIDAD, REGULARIDAD, AUMENTO DEL ESFUERZO ...)	IDENTIFICA Y MANEJA LAS HEMORRAGIAS MAYORES
	IDENTIFICACION & TRIAGE DE VICTIMAS	LE DA INSTRUCCIONES CLARAS DE SEGURIDAD	LLEVA A CABO LA INSPECCION VISUAL DE LA BOCA	INSPECCIONA EL TORAX (INSPECCION & PALPACION)	COMPRUEBA LA PERFUSION DE LA PIEL (COLOR, TEMPERATURA & HUMEDAD)
	RECIBE EL RESULTADO DE LA VALORACION DE ESCENA 360°	INFORMA AL MANDO DE LA NECESIDAD DE ENTRADA RAPIDA	EFFECTUA MANIOBRA APROPIADA DE APERTURA DE V.A.	ESCUCHA SONIDOS RESPIRATORIOS (AUSCULTACION OPCIONAL)	COMPRUEBA Y COMPARA PULSOS PERIFERICOS Y CENTRALES
	CONTACTA CON EL MANDO PARA LA APROXIMACION	TRANQUILIZA A LA VICTIMA CONSTANTEMENTE	MANTIENE EL ESTADO DE LA V.A. DURANTE	RECONOCE LA NECESIDAD DE APLICAR OXIGENO ADICIONAL	VALORA EL RELLENO CAPILAR
	IDENTIFICA ACCESO SEGURO	OBTIENE ACCESO EFECTIVO	CONTROL CONSTANTE	CONTROL CONSTANTE	CONTROL CONSTANTE

CATEGORIA	VALORACION PRIMARIA (VALORACION Y MANEJO NEUROLOGICO)	VALORACION SECUNDARIA (EXPONE Y EXAMINA)	MANEJO DE COLUMNA (INICIAL)	MANEJO DE COLUMNA (DURANTE)	EQUIPAMIENTO MEDICO
CRITERIOS ACTUACION	VALORA EL NIVEL DE CONSCIENCIA	EFFECTUA UN EXAMEN CORPORAL COMPLETO	PROPORCIONA ESTABILIZACION Y ALINEACION MANUAL DE CABEZA Y CUELLO	INFORMA AL EQUIPO DE OTRAS LESIONES ANTES DE MOVILIZAR	USO APROPIADO DEL E.P.I.
	VALORACION DE PUPILAS	IDENTIFICA EL NIVEL DE ATRAPAMIENTO	UTILIZA UNA TECNICA EFECTIVA	ASEGURA MOVIMIENTO CORRECTO Y SEGURO CUANDO ES NECESARIO	USO CORRECTO Y APROPIADO DEL MATERIAL SANITARIO
	IDENTIFICA LESIONES MAYORES	IDENTIFICA LESIONES / ANORMALIDADES (DEFORMIDADES, ASIMETRIAS...)	MANEJO Y CONTROL SEGUROS DE CABEZA Y CUELLO POR EL EQUIPO	ASEGURA QUE NO EXISTEN MOVIMIENTOS INNECESARIOS DE COLUMNA DURANTE	EL MATERIAL SANITARIO ES COLOCADO EN ZONA SEGURA
	COMPRUEBA FUNCION SENSITIVO - MOTRIZ	VALORA EL HISTORIAL MEDICO DE INTERES (AMPLE)	ELIGE TALLA Y COLOCA COLLARIN RIGIDO CORRECTO CUANDO ES POSIBLE	DIRIGE AL EQUIPO DURANTE LA MOVILIZACION NECESARIA	MONITORIZACION CONSTANTE DEL MANOMETRO DEL EQUIPO DE OXIGENO
	CONTROL CONSTANTE	REEVALUACION PRIMARIA & SECUNDARIA	ASEGURA MANTENIMIENTO DE LA ESTABILIZACION ESPINAL DURANTE	MOVILIZA CORRECTAMENTE AL PACIENTE CUANDO ES NECESARIO	CONTROLA CONSTANTEMENTE LA POSICION Y SEGURIDAD DEL EQUIPO

CATEGORIA	MANIPULACION VICTIMA (PLANIFICACION Y EJECUCION)	SEGURIDAD DE LA VICTIMA (PROTECCION DEL ENTORNO)	COMUNICACION (CON EL MANDO)	COMUNICACION (CON EL EQUIPO)	COMUNICACION (CON LA VICTIMA)
CRITERIOS ACTUACION	INFORMA AL EQUIPO DEL PLAN DE MANIOBRA	CONSCIENTE DE PELIGROS	EN EL ACERCAMIENTO INICIAL	MANTINE INFORMADO AL EQUIPO SOBRE EL ESTADO DE LA VICTIMA	ESCUCHA Y ATIENDE A LA VICTIMA
	SUPERVISA LA CORRECTA COLOCACION DE TABLA ESPINAL	ASEGURA EL USO CORRECTO DE PROTECCIONES BLANDAS/RIGIDAS	INFORMA SOBRE RIESGOS (AIRBAGS, ETC)	SE ASEGURA QUE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO ENTIENDEN SUS ROLES	REALIZA PREGUNTAS APROPIADAS
	PELVIS CONTROLADA, CONSIDERAR SI CINCHADO	USO DE GUANTES CLINICOS SOLO EN EL CONTACTO CON LA VICTIMA	INFORMA AL MANDO DEL ESTADO DE LA VICTIMA TRAS LA VALORACION 1ª	DA ORDENES CLARAS AL EQUIPO	MANTIENE A LA VICTIMA INFORMADA Y LA RECONFORTA DURANTE
	ASEGURA COLOCACION SOBRE TABLA ESPINAL CORRECTA Y SEGURA	MUESTRA CONOCIMIENTOS DE SEGURIDAD	INFORMA AL MANDO DEL ESTADO DE LA VICTIMA TRAS LA VALORACION 2ª	DIRIGE AL EQUIPO CUANDO ES NECESARIO	EVITA JERGA MEDICA. NO TRATO CONDESCENDIENTE O CON AIRE DE SUPERIORIDAD
	ASEGURA PROTECCION Y CUIDADOS DE LAS LESIONES DURANTE	MANTIENE LA PROTECCION CORRECTA DURANTE	MANTIENE LA COMUNICACION CON EL MANDO DURANTE	MANTIENE LA COMUNICACION CON EL EQUIPO DURANTE	MANTIENE LA COMUNICACION CON LA VICTIMA DURANTE

METICULOSA	EFICIENTE	PUNTUACION	BASICA
		1	EL SANITARIO EFECTUO ACCIONES DE ARRIBA PERO MOSTRO PRACTICA INSEGURA.
		2	EL SANITARIO EFECTUO ALGUNAS / MAYORIA (COMPLETA 1 - 3 ACCIONES) DE ARRIBA, MOSTRO PRACTICA SEGURA PERO NO FUE SISTEMATICO EN EL ENFOQUE.
		3	EL SANITARIO EFECTUO ALGUNAS / MAYORIA (COMPLETA 1 - 3 ACCIONES) DE ARRIBA, MOSTRO PRACTICA SEGURA, USO ENFOQUE SISTEMATICO A PESAR DE IR MUY RAPIDO / LENTO.
		4	EL SANITARIO EFECTUO MAYORIA / TODAS (COMPLETA 3 - 5 ACCIONES) DE ARRIBA, MOSTRO PRACTICA SEGURA Y ENFOQUE SISTEMATICO A LA VELOCIDAD CORRECTA.
		5	EL SANITARIO EFECTUO TODAS LAS DE ARRIBA, MOSTRO PRACTICA SEGURA, USO ENFOQUE SISTEMATICO A LA VELOCIDAD CORRECTA, DEMOSTRANDO ATENCION AL DETALLE.



Asociación Profesional de Rescate en Accidentes de Tráfico

Aribau 168, 1º 1ª · 08036 Barcelona

www.aprat.es

info@aprat.es

ANEXO A LA ACTUACION SANITARIA

Apreciados rescatadores y sanitarios, el motivo de éstas cuatro letras es aclarar algunas cuestiones al respecto de los Encuentros. Todo ello tiene como finalidad establecer unas bases que sirvan para equipos veteranos como para aquellos que participarán por primera vez teniendo en cuenta que éstos Encuentros han sido y siguen siendo una excelente plataforma formativa y de intercambio de conocimientos entre profesionales que habitualmente tenemos que dar respuesta al accidente de tráfico.

Como sabéis, APRAT, es socio de primer nivel de la WRO (World Rescue Organisation), organización que, por ser la mundial, aglutina a las organizaciones filiales (UKRO del Reino Unido, ARRO Austral asiática, TERC con sus dos filiales USA y Canadá...)

Cada una de las organizaciones filiales, tenemos nuestros representantes dentro de las reuniones de la WRO de cara a hacer sentir nuestra voz y nuestras propuestas. También somos consultados para que aportemos nuestra opinión cuando, por ejemplo, se intenta unificar un criterio único mundial en las hojas de valoración de los Asesores, etc.

Lo que se intenta es que se utilice un sistema de trabajo único que provenga del consenso entre profesionales de las distintas disciplinas (rescatadores y sanitarios) de todos los continentes.

Dicho esto, a continuación os relatamos la filosofía que persigue cada tipo de maniobra de las que se realizan actualmente, aunque cabe decir que los Encuentros son un proceso dinámico y que del consenso de todas las organizaciones, se pueden plantear cambios en un futuro.

Maniobra inmediata

El equipo de 5 personas dispone de 10 min. para desarrollar ésta maniobra. En los Encuentros organizados por APRAT, damos un poco más de tiempo (12 min.) ya que hemos observado que muchas maniobras quedan muy cerca de la extracción de la víctima para poder evaluar con más criterio el ítem correspondiente.

En ésta maniobra, se presenta un caso en el que la víctima está inestable y debe ser retirada del vehículo en un corto espacio de tiempo para poder ser atendida y trasladada al hospital.

Con ello, no se pretende una retirada con la técnica de Rautek, si no dar juego y poder demostrar las habilidades que tiene el Equipo Técnico, el Sanitario y el Mando en el manejo de éste tipo de situaciones.

La víctima puede permanecer todo el tiempo inconsciente a causa de la gravedad de las lesiones que presenta. Ello significa un plus de dificultad para el Sanitario que en todo momento debe mantener un alto índice de sospecha de traumatismo espinal, control permanente de la vía aérea permeable así como toda la dificultad de comunicación que entraña la inconsciencia, etc...

Maniobra estándar

Para desarrollarla, el equipo de 5 personas dispone de 20 min.

La víctima puede presentarse o no inconsciente, pero durante la maniobra, volverá a la consciencia para dar respuestas a las preguntas, quejarse e incluso indicar donde le duele... en algún caso puede alternar episodios de consciencia e inconsciencia, simulando un Trauma Craneoencefálico (tampoco todos los TCE cursan así pero hay que tenerlo en cuenta).

Antes de iniciar la maniobra, el Asesor Sanitario y el Jefe de Asesores de Interior, vista la biomecánica del accidente en el escenario, buscan lesiones lógicas y se las indican a la víctima.



Asociación Profesional de Rescate en Accidentes de Tráfico

Aribau 168, 1º 1ª · 08036 Barcelona

www.aprat.es

info@aprat.es

A la víctima se le suele dar una lesión de mayor gravedad y una o dos lesiones menores. Todas ellas, deben ser identificadas y atendidas por el Sanitario, interrogando, explorando, palpando a la víctima que en éste caso, facilita información si es preguntada.

Maniobra Compleja

Para el desarrollo de ésta maniobra, participan los 6 componentes del equipo y se dispone de 30 min.

En ésta maniobra, se requiere que el equipo se organice tal forma que de respuesta al capítulo del rescate y atención a las dos víctimas sin olvidar ni dejar ninguna. Es muy importante el triage que deberá hacer el Sanitario priorizando la atención y extracción de la víctima más inestable. Posteriormente la maniobra continúa para liberar y extraer a la víctima estable, que deberá ser desatrapada (se deberá identificar la parte del cuerpo atrapada y crear espacio hasta que el Asesor Técnico diga que el espacio creado es suficiente).

En el supuesto que en cualquier maniobra de las descritas, un equipo ha logrado la extracción de la/s víctima/s y aún le queda tiempo, podrá continuar con la reevaluación de víctima, así como con el reaseguramiento del escenario si lo estima conveniente hasta que agote el tiempo o hasta que el Capitán del equipo manifieste a los Asesores que da la maniobra por finalizada.

Lesiones

Hablemos ahora de las lesiones que se pide a las víctimas que simulen. Como hemos comentado antes, siempre se buscan lesiones lógicas con el escenario presentado y la biomecánica del accidente. Debemos tener en cuenta que durante el desarrollo de una maniobra, lo único que no es real es la víctima. Expliquémonos, cuando se simula un riesgo en el escenario, se hace de verdad, cuando se corta un montante también, cuando se abate un asiento para crear espacio también... pero el Sanitario y la víctima deben tener un plus de teatralización y puesta en escena ya que si buscan parámetros como la frecuencia cardíaca, encontrarán la de una persona sana, con un relleno capilar normal, con respiración normal, con pupilas normales... o los signos de una fractura o "sospecha de", basta decir dentro del escenario "traumatismo o sospecha de fractura" para que el asesor los de como válidos, pero mediante la exploración debida por parte del sanitario y mostrando sistemática de trabajo que es lo que interesa, (Valoración 1ª y después Valoración 2ª...).

Como ejemplo de lesiones mayores podríamos indicar: traumatismo de las costillas o esternón, TCE que alterna la consciencia y la inconsciencia, traumatismo espinal, traumatismo de pelvis... Ejemplos de lesiones menores son: traumatismos o fracturas cerradas de antebrazo, brazo, codo, pie, tobillo, rodilla, fémur...