Rescate Invernal

Iván Parra [1], Catalina Giusti [2], Robert Blasco [3,4]

[1] *Collegi Oficial d'Infermeria d'Andorra*
[2] *Extreme Medicine – Medicina de montaña y expediciones. Aconcagua*
[3] *Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España*
[4] *Servicio de Anestesia y Reanimacion de Vall d'Hebron*

Resumen

En cualquier rescate, el tiempo de evacuación es una gran variable a tener en cuenta. No es lo mismo asistir a un paciente que sabemos que podremos transportar en pocos minutos que a otro cuya evacuación va a necesitar una hora o más.

Somos conocedores que ese tiempo condiciona nuestra estrategia asistencial, de evacuación y transporte. Tenemos que valorar las actuaciones que podemos realizar en terreno, qué material necesitamos para la intervención, que recursos humanos y materiales debemos solicitar y hasta qué punto podemos estabilizar al paciente antes de iniciar el traslado

Pero, en un rescate invernal, además, el tiempo no depende únicamente del estado del paciente. El terreno, la

meteorología, la accesibilidad, la seguridad del equipo, el medio de evacuación disponible o incluso la necesidad de realizar un rescate técnico pueden modificar considerablemente estos tiempos.

Por eso, como equipo de rescate, una de las características importantes a la hora de intervenir en un rescate es intentar anticiparnos.

¿cuánto tiempo vamos a tardar realmente en sacar a este paciente del medio y qué puede ocurrir durante ese intervalo? Estas preguntas son realmente relevantes en pacientes tiempo dependientes, donde la evolución durante la espera y el transporte puede ser determinante.

Por estos motivos tenemos que reflexionar en que no necesariamente se trata simplemente de evacuar al paciente lo más rápido posible, sino de plantear cuál es la estrategia de evacuación más adecuada teniendo en cuenta su situación clínica y las capacidades del centro al que podemos llevarlo. Deberíamos plantearnos y valorar si compensa un traslado más largo hacia un centro con unos recursos determinados frente a

una evacuación más rápida a un centro que tenga menos capacidad resolutiva.

Desde el rescate, por tanto, nuestra responsabilidad no termina en «sacar al paciente de la montaña». Tenemos que intentar proporcionar al siguiente nivel asistencial la información clínica y operativa necesaria para que mantener la cadena asistencial.

El pronóstico del paciente politraumatizado grave y del paciente con hipotermia accidental grave no depende solo de la calidad de la asistencia, sino también del hospital al que llega. El mismo paciente puede tener posibilidades de supervivencia muy distintas según el centro de destino.

Los centros de trauma se han asociado a una reducción de la mortalidad en el paciente con traumatismo grave. Su ventaja no está en profesionales mejores, sino en un sistema organizado: activación precoz de equipos especializados, disponibilidad inmediata de quirófano y banco de sangre, y un volumen de casos suficiente para mantener la experiencia.

En la hipotermia accidental grave, el centro de destino es todavía más determinante. El paciente hipotérmico en parada

cardíaca puede sobrevivir con buena evolución neurológica tras reanimaciones prolongadas, siempre que llegue a un hospital con capacidad de recalentamiento mediante circulación extracorpórea. En un hospital sin esa capacidad, las opciones terapéuticas son muy limitadas.

Un centro de referencia no es solo un hospital, sino un sistema. Incluye la identificación del paciente en el lugar del incidente, la coordinación para decidir el destino adecuado, un transporte que permita mantener la reanimación y la activación del hospital receptor antes de la llegada. Los registros compartidos son imprescindibles para conocer la casuística y evaluar los resultados.

El hospital más adecuado no siempre es el más cercano. Centralizar la atención de estos pacientes no supone restar recursos a otros centros, sino garantizar que cada paciente grave, sea cual sea el lugar del accidente, llegue al lugar donde tiene más posibilidades de sobrevivir.

Winter Rescue

Iván Parra [1], Catalina Giusti [2], Robert Blasco [3,4]

[1] *Collegi Oficial d'Infermeria d'Andorra*
[2] *Extreme Medicine – Medicina de montaña y expediciones. Aconcagua*
[3] *Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España*
[4] *Servicio de Anestesia y Reanimacion de Vall d'Hebron*

Abstract

In any rescue operation, evacuation time is a key variable to consider. Caring for a patient whom we know we can transport within a few minutes is very different from caring for someone whose evacuation will take an hour or longer.

We know that this time influences our approach to patient care, evacuation and transport. We need to assess which interventions we can perform in the field, what equipment we need, which personnel and additional resources we should request, and how far we can stabilise the patient before starting transport.

In a winter rescue, however, evacuation time also depends on factors beyond the patient's condition. Terrain, weather, accessibility, team safety, the available evacuation

method and even the need for a technical rescue can considerably alter these times.
As a rescue team, anticipating what lies ahead is therefore an important part of our response.

How long will it actually take us to get this patient out of the environment, and what might happen during that interval? These questions are particularly relevant for patients with time-critical conditions, whose clinical course while awaiting evacuation and during transport may be decisive.

For these reasons, we need to recognise that the objective is not necessarily simply to evacuate the patient as quickly as possible, but to determine the most appropriate evacuation strategy, taking into account their clinical condition and the capabilities of the receiving facility. We should consider whether a longer transfer to a centre with specific resources offers greater benefit than a faster evacuation to a centre with more limited treatment capabilities.

Our responsibility as rescuers therefore does not end with "getting the patient off the mountain". We must endeavour to

provide the next level of care with the clinical and operational information needed to maintain continuity of care.

The prognosis of patients with severe multiple trauma and those with severe accidental hypothermia depends not only on the quality of care but also on the hospital to which they are transported. The same patient may have very different chances of survival depending on the receiving centre.

Trauma centres have been associated with reduced mortality among patients with severe injuries. Their advantage lies not in having better professionals, but in an organised system: early activation of specialist teams, immediate access to an operating theatre and blood bank, and a sufficient caseload to maintain expertise.

In severe accidental hypothermia, the receiving centre is even more critical. Hypothermic patients in cardiac arrest may survive with favourable neurological outcomes following prolonged resuscitation, provided they reach a hospital capable of extracorporeal rewarming. In a hospital without this capability, treatment options are very limited.

A referral centre is more than a hospital; it is a system. It encompasses identifying the patient at the scene, coordinating the choice of an appropriate destination, providing transport that allows resuscitation to continue, and activating the receiving hospital before arrival. Shared registries are essential for understanding the caseload and evaluating outcomes.

The most appropriate hospital is not always the nearest. Centralising care for these patients does not mean taking resources away from other centres, but ensuring that every critically ill or injured patient, regardless of where the accident occurs, reaches the facility where they have the best chance of survival.