



World Water Safety

INTERNATIONAL LIFE SAVING FEDERATION

Gemeenteplein 26 – 3010 Leuven – Belgium
Tel: (32.16) 89.60.60 – Fax: (32.16) 89.70.70
E-mail: ils.hq@telenet.be - Web: www.ilsf.org

DECLARACION DE POSICION MEDICA - MPS 06

QUIEN NECESITA AYUDA MEDICA ADICIONAL LUEGO DE UN RESCATE DEL AGUA

NOTA: Esta declaración está dirigida a aquellos Guardavidas/Socorristas, que actúan en calidad de profesionales o voluntarios, que están entrenados en técnicas de rescate acuático y reanimación y, que asumen el deber de proteger a los usuarios de entornos acuáticos. Pueden denominarse Guardavidas, Salvavidas, Socorristas o ambos. Esta declaración no está dirigida personas en general, capacitadas en técnicas de seguridad y rescate acuático, pero sin el deber de responder, quienes pueden ser conocidos también en algunas áreas del mundo, como salvavidas.

1. ANTECEDENTES

En su reunión de abril del 2000, la Comisión Médica consideró la necesidad para los guardavidas/socorristas, tras el rescate acuático, de poder tomar decisiones sobre qué personas deberían enviarse al hospital o aconsejarles que buscaran atención medica adicional. En algunos casos, la decisión requerirá de poca deliberación, pero cuando las víctimas muestran síntomas de leves a moderados, y pueden mejorar con tratamiento, existe alguna evidencia que puede usarse para ayudar a formular un tratamiento adecuado y un plan de cuidados. Esta declaración se revisó después de la reunión de la Comisión Médica en Penang, Malasia en 2016 para reflejar el estado de evidencia más reciente.

2. INTRODUCCION

Los Guardavidas/Socorristas son la primera línea en la prevención del ahogamiento y rescate de ciudadanos en dificultades en el agua. La reanimación puede ser o no ser necesaria, pero después de cada rescate, el Guardavidas/Socorrista debe decidir si la víctima debe ser trasladada al hospital o si el seguimiento médico es necesario o aconsejable. Esta declaración proporciona guías para la asistencia de los Guardavidas/Socorristas.

3. EVALUACION DE LA EVIDENCIA

La mayor parte de la evidencia disponible guía la decisión de liberar/dejar irse o no a una víctima de ahogamiento de la escena es de baja a moderada. Los estudios primarios que se utilizaron para desarrollar esta afirmación de carácter retrospectivo. Un estudio analizó una gran base de datos de rescates en aguas abiertas en Brasil y correlacionó los hallazgos del examen físico inicial con la mortalidad para desarrollar un sistema de clasificación.¹ El siguiente estudio fue un pequeño estudio de víctimas pediátricas y de adultos jóvenes dados de alta de la escena luego de rescates en el mar, con datos de seguimiento recopilados mediante entrevistas telefónicas.² Los dos estudios finales analizaron víctimas de ahogamiento pediátricas ingresadas en el hospital para determinar el resultado asociado con los síntomas iniciales y y el momento de la descompensación.^{3,4} Dada la escasez de datos de alta calidad en esta temática, se tomó en consideración la opinión de consenso de la Comisión Médica para desarrollar la siguiente declaración.

4. DECLARACION

(a) Cualquier víctima que cumpla con alguno de los siguientes criterios debe enviarse al hospital:

- Pérdida de conocimiento, incluso por un breve lapso.
- Persona confusa o con estado mental alterado
- Víctima que requiera respiración de rescate, boca a boca, ventilación con presión positiva, ventilación con bolsa mascarilla u oxigenación suplementaria
- Víctima que requiera Reanimación Cardio Pulmonar (RCP)
- Si se sospecha o se agrava una condición médica subyacente:
 - Ataque cardíaco, asma, accidente cerebro vascular, epilepsia o intoxicación
- Sospecha de afección traumática, como lesión de la columna o lesión traumática que requieren atención adicional
- Otro
 - Baja saturación de oxígeno (hipoxemia)
 - Sonidos pulmonares anormales
 - Presión arterial baja o disminuida (hipotensión)
 - Dolor en el pecho continuo o falta de aire a pesar del descanso y el tratamiento
 - Antecedentes y síntomas referidos a isquemia cardíaca.

(b) Se puede considerar a las siguientes víctimas, para ser dadas de alta luego de la atención en la escena si, después de 10-15 minutos de observación minuciosa, mientras se recalientan con mantas u otros cobertores según sea necesario, la víctima presenta TODO lo siguiente:

- Ausencia de tos.
- Normo-respiración incluida la frecuencia normal
- Saturación Normal de oxígeno (si está disponible)
- Circulación normal medida por el pulso en fuerza y frecuencia y presión arterial (si está disponible).
- Color normal y perfusion cutánea
- Auscultación pulmonar normal (si está disponible)
- Ausencia de temblores.
- Está plenamente consciente, despierto y alerta.

Si no se cumplen TODAS estas condiciones, o si el Guardavidas/Socorrista tiene alguna duda, se debe aconsejar a la víctima la búsqueda de atención médica de inmediato.

- (c) Mientras que el proceso de ahogamiento comienza con la inmersión inicial, el alcance completo de la lesión puede no ser evidente por algún tiempo. Existe evidencia de que una minoría de víctimas ahogadas que muestran pocos o ningún síntoma inicialmente pueden volverse sintomáticos. Esto usualmente ocurrió dentro de las 4 horas, con algunos casos que se extendieron hasta las 8 horas. Por lo tanto, todas las víctimas de ahogamiento deben ser advertidas de que si posteriormente desarrollan tos, dificultad para respirar, fiebre o cualquier otro síntoma preocupante, deben consultar al médico inmediatamente. Es preferible que estas víctimas sean liberadas al cuidado de una persona atenta, con instrucciones para observar el desarrollo de los síntomas.

NIVEL DE EVIDENCIA

Este documento está basado en el consenso de expertos.

POTENCIAL CONFLICTO DE DECLARACIÓN DE INTERESES

Ninguno de los participantes en el proceso de consenso que conduce a esta declaración de posición tiene un conflicto de interés con la industria, tecnología, personas u organizaciones de las partes interesadas que están identificadas y / o afectadas por la declaración de posición.

REFERENCIAS

1. Szpilman D. Near-drowning and drowning classification: a proposal to stratify mortality based on the analysis of 1831 cases. *Chest*. 1997;112(3):660-665.
2. Noonan L, Howrey R, Ginsburg CM. Freshwater submersion injuries in children: a retrospective review of seventy-five hospitalized patients. *Pediatrics*. 1996;98(3):368-371.
3. Pratt FD, Haynes BE. Incidence of secondary drowning after saltwater submersion. *Ann Emerg Med*. 1986;15(9):1084-1087.
4. Causey AL, Teelli JA, Swanson ME. Predicting discharge in uncomplicated near-drowning. *American Journal of Emergency Medicine* 2000;18(1):9-11.

Policy Statement approved by the ILS Board of Directors on 01/12/2000 and on 03/09/2016.