

clave20



Revista Interna del SAMUR-Protección Civil "Villa de Madrid"

NÚMERO 4 enero-febrero de 2003
ejemplar gratuito



MANEJO EN EMERGENCIAS DEL PACIENTE QUEMADO

100 especialistas de toda España se reunieron
en una Jornada Técnica organizada por el SAMUR-PC PAG. 6

DEBRIEFING PSICOLÓGICO

Una estrategia preventiva para superar el impacto
de los incidentes críticos PAG. 8

pág. 6

MANEJO EN EMERGENCIAS DE PACIENTE QUEMADO

Especialistas de todo el país se dieron cita en una jornada técnica organizada por el SAMUR-PC para debatir sobre las nuevas técnicas en este ámbito de la medicina de emergencias.



pág. 8

DEBRIEFING PSICOLÓGICO

El personal de emergencias está expuesto a situaciones que tienen un alto potencial de impacto psicológico. El debriefing psicológico ayuda a superar las posibles consecuencias.



pág. 12

GENTE SAMUR-PC

Recordamos a dos compañeras que fallecieron durante el pasado año.



pág. 11
La Foto

pág. 4 Noticias
pág. 14 Novedades en emergencias
pág. 14 Cartas
pág. 15 Libros recomendados
y Agenda imprescindible

CONTRAPORTADA
El termómetro



Atentados terroristas

STAFF

■ **EDITA:** CONCEJALÍA DE SALUD Y CONSUMO DE MADRID. DIRECCIÓN DE SERVICIOS SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL
■ **REDACCIÓN Y COORDINACIÓN:** César Gómez Zamora ■ **COLABORAN EN ESTE NÚMERO:** Ervigo Corral, Juan Carlos Gómez, Leopoldo Herráiz, José Antonio Jiménez Fraile, Juan Carlos Medina, Paloma Miravet, Rosario Pinilla, Javier Quiroga, Maribel Vargas y Antonio Verdú ■ **FOTOGRAFÍA:** Adrián Llanos, David Martínez y archivo SAMUR-PC ■ **DISEÑO E INFOGRAFÍAS:** Francisco Miguel Lara ■ **IMPRIME:** Piscegraf S.L. ■ **DEPÓSITO LEGAL:** M-24.582-2002 ■ **ISSN:** 1695-0984

Esta publicación no se hace responsable de las opiniones vertidas por sus colaboradores

Para colaborar en CLAVE20 Tel.: 91 588 43 74 ó e-mail:
gomezc@munimadrid.es

GRACIAS ANTONIO, GRACIAS JUAN

La cara más siniestra de ETA ha estado a punto de reaparecer en Madrid y convertir las Navidades en las más sangrientas jamás imaginadas. Nos habían reservado un fin de año cargado de muerte y destrucción. Hacer estallar uno o varios coches bomba en distintos centros comerciales era la tragedia que preparaban los terroristas para volver a demostrar su locura e irracionalidad.

Pero sus abyertos planes quedaron desbaratados el día 17 del pasado mes de diciembre gracias a la valentía y profesionalidad de dos compañeros guardia civiles: Antonio Molina y Juan Aguilar.

Antonio sacrificó su vida por defendernos de la barbarie terrorista. Afortunadamente, Juan salvó la vida aunque ya nada para él será igual. Dos guardia civiles, dos héroes que nos han salvado de una masacre sin precedentes.

Por eso, gracias. Gracias porque nosotros, como profesionales de la emergencia sanitaria, sabemos muy bien cómo se sufre cuando la destrucción llega de la mano de la maldad terrorista.

Lamentablemente son muchas, demasiadas, las ocasiones en las que a lo largo de nuestra breve historia hemos tenido que intervenir junto a otros cuerpos de emergencia y seguridad, para paliar en la medida de los posible los daños que produce un atentado.

Nuestra esperanza y deseo es que cuanto antes quede erradicada esta barbarie sin sentido. Mientras tanto sólo nos resta confiar en la profesionalidad, a veces rozando el heroísmo, de todos los que de una manera u otra trabajan día a día para conseguir que por fin se pueda vivir en nuestro país en paz y libertad.

Gracias Antonio. Gracias Juan. **C20**

FELIZ 2003

Un año importante para nuestro Servicio ha comenzado. Cargado de trabajo, de nuevos proyectos y retos nada fáciles de superar en los que todos y cada uno de nosotros estamos involucrados. Esforzarnos al máximo y volver a hacer posible lo imposible es algo a lo que todos los que trabajamos en el SAMUR-PC estamos más que acostumbrados. Esa ha sido una de nuestras señas de identidad a lo largo de la última década y me consta que lo va a seguir siendo en este año 2003.

Gracias por el espíritu de entrega y el compromiso con la vida que cada día demostráis con vuestra labor. Os deseo lo mejor para este año recién estrenado. Feliz 2003.

Dr. José Luis Gilarranz Vaquero
Director de Servicios SAMUR-Protección Civil



Para colaborar en catástrofes y emergencias

CONVENIO CON EL MINISTERIO DE DEFENSA

La Concejalía de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Madrid y el Ministerio de Defensa acordaron el pasado mes de noviembre, mediante un convenio, colaborar en caso de catástrofes, emergencias, desastres colectivos o accidentes de tráfico que puedan ocurrir en el municipio de Madrid.

El SAMUR-Protección Civil y el Hospital Militar Central Gómez Ulla, con la colaboración del Escalón Médico Avanzado de Tierra (EMAT) ya venían cooperando desde 1996 en temas relacionados con la medicina de emergencia y catástrofes, tanto en sistemas operativos como en intercambio de formación e información. Pasados seis años y dados los buenos resultados de esta colaboración, se ha decidido ampliar el campo de actuaciones recíprocas con la firma de este nuevo convenio.

Así, el SAMUR-PC tiene como centro sanitario de referencia, en casos de catástrofe o emergencia, el Hospital Central de la Defensa (antiguo Gómez Ulla). En cumplimiento del convenio, los sanitarios de este servicio municipal recibirán atención docente en los centros educativos del Ministerio de Defensa y el personal militar recibirá formación acerca de emergencias extrahospitalarias.

El convenio, que entró en vigor de forma inmediata, ha sido suscrito por un año prorrogable y cuenta con una comisión de seguimiento que velará por su correcto cumplimiento. Por último, ambas instituciones se han comprometido a iniciar los procedimientos administrativos legales para conseguir la titulación de "Medicina de Catástrofes" al amparo de la Ley de Universidades.



Nueva legislación en farmacovigilancia

OBLIGACIONES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

El pasado 20 de julio fue publicado en el BOE el Real Decreto 711/2002, de 19 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano.

El artículo 7 de esta nueva normativa nos afecta directamente ya que especifica las obligaciones de los profesionales sanitarios respecto a este tema. Así, según esta legislación, los médicos, farmacéuticos, enfermeros y demás profesionales sanitarios tienen las siguientes obligaciones:

- Notificar toda sospecha de reacción adversa de las que tengan conocimiento durante su práctica habitual y enviarla lo más rápidamente posible al órgano competente en materia de farmacovigilancia de la Comunidad Autónoma correspondiente, mediante el formulario de recogida de sospechas de reacciones adversas ("tarjeta amarilla").
- Conservar la documentación clínica de las sospechas de reacciones adversas a medicamentos, con el fin de completar o realizar el seguimiento, en su caso necesario.

■ Cooperar con los técnicos del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de uso humano, proporcionando la información necesaria que éstos les soliciten para completar o ampliar la información sobre la sospecha de reacción adversa.

■ Mantenerse informados sobre los datos de seguridad relativos a medicamentos que habitualmente se prescriban, dispensan o administren.

■ Colaborar con los responsables de farmacovigilancia de los titulares de autorizaciones de comercialización, en caso de sospecha de reacción adversa a una de las especialidades farmacéuticas, aportando la información que se precise para su posterior notificación al Sistema Español de Farmacovigilancia.

■ Colaborar, en calidad de expertos, con la Agencia Española del Medicamento y los órganos competentes de las Comunidades Autónomas, en la evaluación de los problemas de seguridad de los medicamentos de uso humano.

EL FLASH

Desde el pasado mes de enero, el SAMUR-PC ha impartido en 64 colegios madrileños el curso "Alertante" con el objetivo de proporcionar a los escolares la formación básica necesaria para saber qué hacer y, sobre todo, qué no hacer ante casos de emergencia médica. En el 2002 casi 2.000 escolares madrileños han aprendido a valorar la importancia de una activación precoz de los servicios de emergencia sanitaria, a saber qué información hay que proporcionar cuando se comunica una emergencia, a realizar una valoración primaria de la víctima, así como a ejecutar las maniobras necesarias para colocar en una posición de seguridad al paciente en espera de la llegada de los equipos sanitarios.

El equipamiento tecnológico del CICOIN, sufragado por la Fundación Vodafone

NUEVO PATROCINADOR PARA EL CICOIN

El pasado 12 de diciembre se suscribió un convenio de colaboración por el que la Fundación Vodafone se compromete a sufragar el coste del equipamiento tecnológico del CICOIN.

Gracias a este patrocinio, el CICOIN dispone de las últimas innovaciones tecnológicas en el ámbito de las telecomunicaciones. Este vehículo, presentado oficialmente el pasado verano, está concebido para, en caso de catástrofe o en situaciones de riesgo, sea utilizado al mismo tiempo como centro de coordinación operativa y como el lugar donde se centraliza la información sobre el suceso tanto para los

responsables de tomar las decisiones como para los medios de comunicación.

No es la primera vez que la Fundación Vodafone colabora con el Ayuntamiento de Madrid en proyectos relacionados con la mejora del equipamiento del SAMUR-Protección Civil. En 1997, ambas instituciones (entonces la Fundación Vodafone se denominaba Fundación Airtel) firmaron un acuerdo por el que se donó a nuestro Servicio el vehículo 939.



BREVES

■ El SAMUR-PC sede del Curso de Instructores de la AHA y SEMES sobre SVB y SVA

Entre los días 10 y 14 del pasado mes de diciembre, el SAMUR-PC acogió en su sede el Primer Curso sobre SVB y SVA que instructores de la American Heart Association (AHA) y la sociedad científica SEMES imparten en nuestro país. Más de 100 médicos de toda España asistieron a esta actividad formativa de alto nivel. Esta previsto que en el primer semestre de este año 2003, se imparta un segundo curso sobre SVA para médicos y enfermeros y otro, destinado a técnicos, sobre SVB.

■ Proyecto europeo X-MOB

Junto a otras instituciones y empresas españolas y del resto de Europa, el SAMUR-PC participa en un complejo proyecto tecnológico llamado X-MOB, una plataforma de movilidad diseñada para dar respuesta a los procesos de negocio que involucran equipos móviles. Una de las primeras aplicaciones prácticas de este proyecto podría ser el acceso móvil a la información relevante del historial del paciente en situación de emergencia. Así, desde un dispositivo (tipo pc, pda, etc.) embarcado en la ambulancia, introduciendo un identificador del paciente, se podrá conocer en tiempo real los datos clínicos críticos del paciente. El plazo previsto para el desarrollo de este proyecto es de 20 meses.

■ Nuevo reconocimiento para el SAMUR-PC

Desde el pasado mes de noviembre contamos con un nuevo reconocimiento. En esta ocasión el Rotary Club Madrid nos ha distinguido como institución ejemplar por la labor desarrollada en el Programa de Recogida de Alimentos para Indigentes a cargo de los voluntarios del Equipo de Intervención Social y Humanitario. En lo que va de año, se han efectuado 150 servicios de recogida y transporte de alimentos y se han servido un total de 5.200 menús en el Colegio San Alfonso.

1ª JORNADA TÉCNICA

Manejo en Emergencias del paciente quemado

El pasado 29 de noviembre se celebró en nuestra sede la 1ª Jornada Técnica sobre el Manejo en Emergencias del Paciente Quemado, una actividad formativa que a lo largo de todo el día reunió a los principales especialistas del país en el manejo del paciente quemado.

El objetivo de esta Jornada Técnica, organizada por el SAMUR-Protección Civil con el patrocinio de la firma Adaro Tecnología, fue abordar en detalle los últimos avances en este ámbito de la medicina de emergencias, así como servir de foro de debate y de intercambio de experiencias a los profesionales especializados en esta materia.

Las técnicas actuales de manejo del paciente quemado tanto en el medio extrahospitalario como en las unidades hospitalarias especializadas, el tratamiento de la hipotermia en la unidad de quemados, el enfriamiento terapéutico de las quemaduras, los resultados de estudios clínicos realizados sobre la terapia prehospitalaria de enfriamiento de quemaduras o las nuevas técnicas en el manejo prehospitalario de este tipo de pacientes, fueron algunos de los temas que se abordaron en este evento al que asistieron 100 expertos nacionales en la materia.

Las ponencias y comunicaciones corrieron a cargo de especialistas de reconocido prestigio que desarrollan su labor en hospitales e instituciones sanitarias de primera línea como el hospital universitario de Getafe, La Paz de Madrid, La Fe de Valencia, el propio SAMUR-Protección Civil, el Instituto de Medicina de Urgencia AGAN de Alemania o la Sociedad Internacional de Pacientes Quemados con sede en Estados Unidos. **C20**



CONCLUSIONES DE LOS EXPERTOS

Tras las ponencias y comunicaciones, los especialistas reunidos debatieron largo y tendido para finalmente acordar las siguientes conclusiones:

- Para detener el proceso de la quemadura en el lugar de la actuación, no se irrigará al paciente con líquidos, sobre todo si la superficie quemada es de gran extensión.
- Es preciso un abordaje precoz de la vía aérea, en previsión del edema de glotis al que se pueden ver abocados estos pacientes. Ese abordaje se realizará ante la presencia de los criterios de quemadura inhalatoria indicados.
- Es importante comenzar una fluidoterapia precoz con cristaloides, no siendo imprescindible la utilización de la fórmula de Parkland. No se deben administrar coloides en esta primera fase dada la hiperpermeabilidad vascular en las primeras horas.
- No es preciso una valoración exacta de las quemaduras en el lugar de la actuación ya que se retrasaría todo el proceso. Una valoración orientativa es suficiente.
- La quemadura es un proceso dinámico y, por tanto, una vez solucionados los problemas vitales, es preciso minimizar su profundización. Para ello se cubrirán las mismas con los apósitos de hidrogel en todos aquellos casos en los que la extensión de la quemadura no sobrepase el 30-40% de superficie corporal.
- El beneficio de los hidrogeles es mayor cuando más superficial es la quemadura, por lo que se incidirá preferentemente en las quemaduras I, IIA y IIB.
- El beneficio adquiere mayor importancia si las quemaduras se localizan en cara, palma de las manos y genitales.
- Es imprescindible una analgesia precoz del paciente.
- Debe valorarse siempre la posibilidad de un síndrome de inhalación de humos en todo paciente quemado.
- Se recomienda mantener una FiO₂ de 1 para disminuir la vida media de la carboxihemoglobina.
- Si es posible, se ha de dilatar la realización de escarotomías hasta la llegada al medio hospitalaria.
- Se recomienda administrar coloides a partir de las 12 horas del traumatismo para disminuir los requerimientos de fluidos.



3 ESPECIALISTAS DEL CINE SE QUEMARON A LO "BONZO"

Con el objetivo de mostrar a los asistentes las últimas innovaciones en la atención sanitaria de urgencias para pacientes quemados, en el marco de esta jornada técnica se realizó un espectacular simulacro técnico-divulgativo en el que 3 especialistas de cine se prendieron fuego en vivo y en directo ante los 100 asistentes al seminario. Una vez sofocadas las llamas, 3 equipos del SAMUR-Protección Civil atendieron a estas tres supuestas víctimas de la deflagración, utilizando para ello distintos tipos de técnicas y materiales. De esta forma, los profesionales asistentes pudieron comprobar de primera mano las ventajas de las últimas técnicas y materiales como los hidrogeles, utilizados para el manejo en emergencias de pacientes quemados.

El simulacro, organizado por el SAMUR-Protección Civil, fue dirigido por el experto en efectos especiales Reyes Abades.

EL DEBRIEFING PSICOLÓGICO

Una estrategia preventiva

El personal de emergencias está expuesto en mayor medida que otros profesionales a "incidentes críticos". Estas situaciones tienen un alto potencial de impacto psicológico provocando en la mayoría de las ocasiones síntomas de estrés agudo.

Mª Dolores Rolle Fernández. Psicóloga del SAMUR-Protección Civil, Master en Terapia Cognitivo-Conductual

Los intervinientes en emergencias coinciden en valorar como incidente crítico los siguientes:

- Fallecimiento de niños y/o con heridas graves.
- Fallecimiento de compañeros y/o con heridas graves.
- Sucesos donde existe una identificación con la víctima por alguna circunstancia.
- Sucesos con grupos de personas descontroladas y donde se temió por la propia seguridad.
- Perder a una víctima después de un socorro prolongado.
- Atender a víctimas de maltrato y/o abuso sexual.

En una asistencia de urgencias, en la que se advierte un peligro para la vida de otro o se es testigo del sufrimiento, se dispara una respuesta de alarma. Ello implica un aumento de las hormonas de estrés lo que conlleva una aceleración cardiaca, un aumento del ritmo respiratorio y del pulso, así como de la fuerza muscular, a la vez que una disminución de la sensibilidad al dolor físico. A nivel psicológico se produce una focalización de la atención, permitiendo una sobreconcentración y una anestesia emocional, aspectos ambos que facilitan la tarea.

Esta respuesta psico-física es una reacción de estrés agudo, un intento

por adaptarse al suceso. La respuesta adaptativa del estrés pretende "resolver" el suceso que la provoca. Una vez resuelto, el sistema recobra poco a poco el equilibrio, aunque persista un estado de hiperactividad que dificulta, por ejemplo, el poder conciliar el sueño aún estando físicamente cansados, pues la alerta cortical ha sido tan intensa que requiere algo más de tiempo para volver a su nivel tónico.

Podemos hablar de trastorno de adaptación cuando los síntomas (agitación, hiperactividad, disociación y recuerdos) se mantienen.

Los pensamientos recurrentes sobre el suceso suelen durar unos días y tienen una finalidad adaptativa: aprender aspectos de una situación peligrosa.

Por otra parte, la necesidad de evitar todo lo que se relaciona con el episodio (personas, lugares, olores, etc.) está relacionado con el recuerdo doloroso.

En ocasiones, el impacto es tan intenso que hace tambalear las creencias sobre el mundo como lugar seguro, al igual que las que mantenemos sobre nosotros mismos como avales de la propia existencia y de las personas que queremos. El mundo, la gente, etc., se convierten en elementos peligrosos que ya no se controlan. Esto justifica una hipervigilancia, pesadillas, cambios de carácter y, al final, un embotamiento emocional, instalándose en la persona la dureza y la desconfianza. Todo ello forma parte de la reacción normal ante una vivencia

REACCIONES COMUNES DE ESTRÉS AGUDO POR IMPACTO PSICOLÓGICO

Pensamientos

- Pensamientos continuos sobre aspectos del suceso.
- Falta de concentración.
- Hipervigilancia.
- Cuestionarse creencias o filosofías de vida.
- Temor y ansiedad
- Irritabilidad.
- Tristeza y decaimiento.

Conductas

- Evitar lo relacionado con el suceso.

- Aislamiento.

- Problemas para conciliar el sueño.
- Crisis de lágrimas y llanto sin motivo aparente.
- Hiperactividad y fácil sobresalto.
- Conducta ansiosa sobre la propia seguridad y la de la familia.

Fisiológicos

- Fatiga.
- Dolores musculares.
- Escalofríos.
- Mareos.



que tiene el carácter de traumática y que han de vigilarse para evitar su cronificación (trastorno de estrés post-traumático, trastornos ansiosos-depresivos, somatizaciones, etc).

La Clasificación Diagnóstica de la Asociación Americana de Psiquiatría presenta el trastorno de estrés post-traumático (TEPT) cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una amenaza para la propia vida o la de otros y la emoción experimentada es de miedo, horror o indefensión. Con ello podemos hablar de dos tipos de víctimas: las directamente afectadas por el suceso y las secundarias, testigos del dolor del otro, y ante el cual sienten que nada puede hacerse -indefensión e impotencia. Es lo que Figley (1995) llama traumatismo por rebote, siendo una de las principales causas de agotamiento psíquico entre los profesionales de ayuda (sanitarios, bomberos, policías, psicólogos, etc).

No todas las personas, sea cual sea el estresor, desarrollan TEPT. Existen variables moduladoras rela-

cionadas con la persona como es la estabilidad emocional previa, el apoyo social y familiar del que dispone, así como la edad y la experiencia. Otras variables se relacionan directamente con el suceso (recuperación de cadáveres, tiempo de exposición al trauma, triajes, etc). Estas variables interactúan y dan como resultado las diferencias individuales observadas.

Es importante, por tanto, adoptar medidas preventivas para evitar que, por una parte, el trastorno de estrés agudo se deslice hacia estados de estrés post-traumáticos o trastornos ansiosos-depresivos y, por otra parte, evitar que ese malestar psicológico revierta en una disminución de la calidad del trabajo, en un aumento del absentismo laboral y de los conflictos interpersonales.

Afrontar el impacto psicológico

El Debriefing en su origen era una estrategia practicada en la armada

americana tras un combate. El objetivo era ayudar a los soldados a superar sus reacciones para volver rápidamente al frente.

Posteriormente el Debriefing se ha revelado como una medida de prevención para el traumatismo secundario o por rebote utilizándose en la policía y en el personal sanitario de emergencias, tanto en Estados Unidos como en el norte de Europa.(Mitchell 1993).

Su objetivo es evitar la cronicidad del estrés agudo y detectar a las personas que puedan necesitar una ayuda posterior.

De la técnica original se han derivado algunas variantes. Todas ellas mantienen dos pilares básicos: ventilar emociones y reevaluar cognitivamente lo vivido.

El recuerdo de un suceso que ha impactado emocionalmente es nítido en la imagen central del trauma (memoria tipo flash). Sin embargo,

Las emergencias de alto impacto psicológico son un factor potencial para desarrollar trastornos patológicos

está fragmentado y confuso en cuanto a lo que ha pasado, en la sucesión espacio-temporal del evento, en la historia. Esto impide integrar el suceso y hacerlo pasado. Por otra parte, las emociones (tristeza, ansiedad, miedo, frustración) son tan intensas que se prefieren negar, pudiéndose quedar asociadas a elementos del suceso (personas, lugares, olores), de manera que al volver a exponerse a situaciones parecidas se reactiva el trauma (Foa 1997, Foa y Kozak; Pennebeker y Susman 1998).

Contar lo sucedido es un medio para recobrar los aspectos de la historia de los que no se es consciente, dando oportunidad al recuerdo para que sea modificado a la luz de las nuevas informaciones. Pero contar lo ocurrido puede convertirse en una reexposición al trauma. Por ello es importante que el Debriefing lo realice personal con formación y experiencia en la técnica para poder tener esa retraumatización.

Indagar sobre la interpretación, el significado que la persona da al suceso, de lo que se acusa, de lo que teme, etc., son aspectos importantes en el desarrollo de la técnica, así como inducir a ser consciente de las emociones. Para ello el poder dar nombre a lo sentido se convierte en un primer paso para manejarlo. Conviene, no obstante, que no se produzca un desbordamiento de emociones. Para ello es necesario ubicarlas físicamente en el cuerpo, tratando de describir sus características (por



Los accidentes en los que hay niños implicados son especialmente traumáticos

LOS PASOS DEL DEBRIEFING

La técnica se desarrolla en dos sesiones. La primera entre las 48-72 horas después del suceso y la segunda entre las 6 u 8 semanas, con la finalidad de comprobar la no cronificación de síntomas. En caso contrario es pertinente la derivación para su tratamiento.

- I. En esta etapa se presentan los objetivos de la sesión y las normas del grupo.
- II. Reconstrucción del suceso evitando la retraumatización. El objetivo es que cada participante tome conciencia de los hechos, evitando las lagunas en los recuerdos.
- III. Abordar los pensamientos que se tienen con relación al suceso. Detectar ideas que pudieran cronificar la victimización, culpa y ansiedad.
- IV. Ser consciente de las emociones asociadas.
- V. Es una fase de intercambios donde el grupo pasa a ser un factor de apoyo social, de alivio y tranquilidad. También tiene el objetivo de normalizar los síntomas y proponer tareas para ir integrando lo sucedido.
- VI. Poner un punto y final al suceso: el grupo decide un gesto simbólico de despedida que sea significativo para todos y que permita saber que se ha tomado la decisión de continuar.
- VII. Conclusión: donde se resume la sesión, subrayando lo esencial de la misma. Se recuerda que ahora compartimos sucesos fuera de lo normal y que podemos enfrentarnos a ellos. Se ofrece la disponibilidad de apoyo intersesiones.

ejemplo la angustia se puede sentir como vacío en el estómago). Esto nos acerca a la emoción pero controlándola.

Conclusión

Las emergencias de alto impacto psicológico, los llamados incidentes críticos, son un factor potencial para desarrollar trastornos patológicos (estrés post-traumático, trastornos de humor, trastornos disociativos y psicosomáticos).

La intervención preventiva, Debriefing psicológico, pretende estructurar la experiencia traumática tanto a nivel emocional como a nivel cognitivo, impidiendo con ello la cronificación de los síntomas de estrés agudo. La técnica no es una psicoterapia, sino que está basada en principios de la intervención en crisis y, por tanto, se considera que el individuo tiene los recursos necesarios para gestionar sus propias crisis, orientándose la intervención en este sentido. C20



FUEGO EN EL CUERPO

Tres "bonzos" de pega ardieron ante un centenar personas en nuestra Sede. No se trataba de una protesta ni de un espectáculo circense. Todo formaba parte de un simulacro técnico-divulgativo realizado en el marco de las Jornadas sobre Manejo de Quemados organizadas el pasado mes de noviembre. Estos 3 "sufridos" especialistas pueden decir con conocimiento de causa que su trabajo quema mucho.

Me preguntan cómo era Carolina



El año 2002 se ha cobrado la vida de dos de nuestras compañeras. El 5 de enero fallecía Silvia Madrid en acto de servicio. Carolina Carrasco, moría de cáncer tras varios meses de intensa lucha, el pasado mes de noviembre. Además, el pasado 15 de junio se cumplía el décimo aniversario de la muerte en acto de servicio de otros dos compañeros, dos auténticos pioneros de la emergencia, Virgilio Solera y Daniel Rodríguez. Sirvan estas líneas como sencillo pero sentido homenaje.

Me preguntan cómo era Carolina. Se me ocurren tanto que decir de ella y encuentro tan pocas maneras de decirlo que no se cómo empezar.

Nos conocimos porque tuvo la "desgracia" de caer en mi ambulancia en un servicio especial el día que se ponía el uniforme por primera vez. Desde entonces hemos hecho juntos muchos retenes, siempre de noche. Pero nos quedó una guardia pendiente.

Tenía la ilusión de esas chicas que hacen la carrera de enfermería creyendo que se van a comer el mundo. La diferencia era que ella cuando terminó su carrera no perdió la ilusión y empezó a comerse el mundo poco a poco. Incluso cuando

le dieron una esperanza de vida mínima no se desesperó y siguió con su vida lo más normal posible, con sus servicios y con su trabajo como enfermera. Hasta el último día antes de que la ingresaran sólo pensaba en trabajar con sus pacientes en el hospital, en su ambulancia y en su bici en "la prote".

La recuerdo en la cama del hospital antes de operarse de algo tan grave, dando botes y con una sonrisa enorme pidiéndome que me la llevara de guardia y que la sacara de allí. En muchos años de servicio no recuerdo a nadie con tanta ilusión en cada guardia. Ella no pedía base, ni quería esta ambulancia o aquella. Ella sólo quería salir cuanto antes de servicio y hacer lo que tenía que hacer mientras pasaba un rato agradable con sus amigos. Lo demás le daba igual.

Recuerdo que me decía cuando salió de la operación, que no se podía morir hasta que consiguiera trabajar en un servicio de emergencia, que eso le daba fuerzas para vivir y luchar contra todo. Incluso un par de días antes de que todo se acabara, le pidió a su madre sus apuntes y temarios para estudiarse una oposición para un servicio de emergencias. Ni siquiera podía levantarse de la cama.

Tampoco lo mal que lo pasaba cuando tenía que trabajar y ponerse la "quimio", le hicieron darse por vencida.

Era la chica más alegre que he conocido y esa alegría se la transmitía a sus amigos y a los pacientes que atendía como si fuera contagiosa. Cada vez que entraba en la ofi-



cina de voluntarios para firmar una guardia, llegaba con su sonrisa de oreja a oreja y a cada persona que saludaba le hacía sonreír con su simpatía.

Ella quería ser voluntaria para poder ayudar a la gente, cosa cada vez más rara hoy en día en nuestro Cuerpo. Por eso eligió "la prote", porque estamos cerca de la gente y ayudamos como podemos a los demás y cuando esto lo haces porque quieres ayudar y no tienes otro fin, lo haces con la ilusión que lo hacía ella. Hasta el servicio más aburrido, ella lo convertía en algo diferente.

Recuerdo que lo que más odiaba atender en una ambulancia era asistir a los 5.7. Cada vez que llegábamos a un caso de violencia doméstica, luego se pasaba un rato desquiciada por la situación que habíamos visto y siempre se volcaba aún más con la mujer agredida para darle asistencia física, si la necesitaba y sobre todo psicológica. Era admirable como las tranquilizaba, las entendía y compartía con ellas su dolor y, sobre todo, las ayudaba a seguir adelante.

Siempre pensando en sus guardias. La última vez que hablamos, me decía que en cuanto saliera del hospital quería hacer una guardia, de noche, como siempre y que así le demostraría al cáncer que no tenía nada que hacer con ella. Decía que tenía un "comecocos" dentro y que no se la comería entera, que podría con él porque cada guardia que hacía notaba que los tumores se hacían un poco más pequeños.

Siempre dijo que cuando pudiera se dedicaría a trabajar con los enfermos de cáncer y les pondría su

ejemplo para que vieran que si ella podía con la enfermedad, también podrían ellos. Por desgracia eso ya no será posible.

Después de muchos meses de sufrimiento y años desde su primera aparición, gracias a la incompetencia del médico que seguía su caso, el cáncer pudo con ella y la perdimos para siempre.

Un día cenando, la única vez que recuerdo que hablara del hipotético caso de que el cáncer pudiera con ella, me pidió algo. Me pidió por favor que el día que ella muriera, no la dejáramos sola y que quería ir al cementerio rodeada de lo que más quería: sus padres, su hermano y sus voluntarios. Por eso la acompañamos al cementerio con un discreto número de vehículos del servicio. Así lo pidió y así le prometí que sería.



Os contaría mucho más, pero no sabría como explicarlos la gran amiga de algunos y compañera de todos, que hemos perdido.

Sólo me queda transmitiros el agradecimiento de la familia por el trato que recibieron el día del entierro por parte de voluntarios y profesionales del servicio y por las muestras de cariño que han tenido.

Carol, ya lo sabes, siempre estarás con nosotros en cada guardia, dentro de nuestros corazones. Nos veremos donde quiera que se va uno cuando muere. Hasta entonces, te echaremos mucho de menos y no te olvidaremos nunca. Descansa en paz.

FDO. : Un voluntario, un compañero, un amigo. **C20**

Un año sin Silvia

Se ha cumplido el primer aniversario de la muerte en acto de servicio de nuestra querida compañera Silvia. Han pasado 12 meses y seguimos echándola de menos como el primer día.

Nunca pensamos que la víspera de la mágica noche de los Reyes Magos se pudiera convertir en un momento tan trágico, tan triste y tan duro. Pero así fue. Sin esperarlo, de repente, sin tiempo para asimilarlo para familiares, amigos y compañeros, quedó segada una vida llena de proyectos e ilusiones.

Nunca nos acostumbraremos a su pérdida pero, al menos, el paso de los meses va permitiendo que junto al triste recuerdo de su brutal desaparición, comiencen de nuevo a aflorar recuerdos alegres sobre esa compañera simpática y sonriente y esa profesional que disfrutaba con su trabajo, siempre dispuesta a darse para y por los demás.

La pérdida de Silvia está aún tan cercana que son pocos los que al referirse a ella, a aquella ocasión en que hizo o dijo esto o lo otro, no terminan con los ojos llorosos repitiendo en voz baja que no puede ser, que no es justo.

Silvia permanece viva en nuestros corazones, como también lo hacen Virgilio y Daniel, otros dos compañeros que hace poco más de una década fallecieron en acto de servicio mientras asistían a los heridos de un maldito accidente de tráfico.

Los tres, Silvia Madrid, Virgilio Solera y Daniel Rodríguez, descanseen en paz.



En la FA, la revisión del ritmo no es mejor que el control de la frecuencia



Un interesante estudio realizado en Seattle sobre 4.060 pacientes demostró que en el manejo de la fibrilación auricular con riesgo de ictus o muerte, la estrategia de reversión a ritmo sinusal no ofrece mejor supervi-

vencia que la estrategia de la disminución de la frecuencia cardíaca. Las complicaciones y la mortalidad fue similar en los dos grupos. **N. England J. Med.** 2002 Dec 5; 347:1822-3

Rev. bibliográfica:
E. Corral

Los β agonistas IV no son superiores a los inhalados en el asma agudo

Un excepcional metanálisis realizado en Canadá con más de 750 referencias bibliográficas ha determinado que no existe evidencia científica para el uso prioritario de los beta agonistas IV en el asma agudo. La efectividad en términos de supervivencia y morbilidad demuestra la misma efectividad de los beta

agonistas inhalados con menores riesgos para el paciente, siendo los porcentajes de mejora en el *peak flow* similares en ambos grupos.

Chest 2002 oct; 122:1116-8

Rev. bibliográfica:
E. Corral

La edad es el principal riesgo de la cateterización de la subclavia

Estudio realizado en Nimes en un departamento de Anestesia sobre 707 pacientes. Se fallaron un 9,5% (67), se cateterizó la arteria en un 7,8% (55) y se produjeron un 3,1% (22) de neumotórax. Lo curioso de las conclusiones del estudio es que todos estos problemas no tenían relación con el menor entrenamiento o experiencia de los médicos sino con el hecho de pinchar más de una vez y con la edad del paciente (>77 años).

Intensive care med. 2002 Aug;28:1006-8 **Journal of Emergency Medicine.** 2002, 4; 345-348

Rev. bibliográfica:
E. Corral

Los IIb-IIIa y las nuevas estrategias de reperfusión

La publicación de los resultados del GUSTO V vuelven a apoyar la necesidad de contar con estos inhibidores de la agregación plaquetaria. El estudio plantea una comparativa a un año entre la fibrinolisis con reteplase a dosis completa y la unión de abciximab y reteplase a media dosis. Las diferencias en mortalidad no son significativas pero sí la necesidad de revasculari-

zación cutánea y de isquemia recurrente, diferencias a favor del tratamiento combinado. Con la precaución debida, es otra alternativa.

Am. J. Cardiol. 2002, 90:911-5

Rev. bibliográfica:
E. Corral



ENORME CARIÑO

M. Rosa Martínez
Abogada

Previos mis más cordiales saludos, sirvan estas líneas para hacer llegar mi más profundo agradecimiento y respeto a la unidad del SAMUR-Protección Civil que me atendió el pasado 27 de noviembre, sobre las 11 horas, en la Consejería de Presidencia de la Comunidad de Madrid.

Le ruego transmitan mi enhorabuena a los miembros de esa unidad, no sólo por su gran profesionalidad y humanidad, sino también por el enorme cariño con el que fui tratada en todo momento.

SERVICIO ESPECIAL DÍA DE LA ALMUDENA

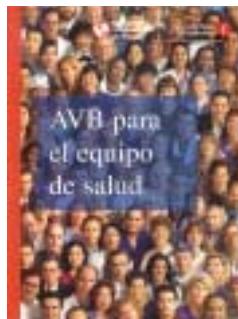
Marcos Climent
Jefe de Escuadra. Voluntario 2028

Me gustaría a través de Clave20, como medio que se nos proporciona a los voluntarios, agradecer a toda la gente que participó y colaboró conmigo en la realización del Servicio Especial del Día de la Almudena.

Agradecer la colaboración desinteresada y el compañerismo demostrado de las siguientes personas:

Vol. 0524 Juan Carlos Castro
Vol. 1548 Nuria Montes
Vol. 2367 Miguel A. Ortiz
Vol. 2368 Pedro Omar

Y al resto de voluntarios que participaron en la unidades básicas, Ecos y al responsable de organización.



“Apoyo Vital Básico para el Equipo de Salud”

VARIOS AUTORES,
Edit.: American Heart Association.

Comentario de: Rosa Suárez

Incluido dentro del lote de libros nuevos adquiridos por el servicio este año publicados por la *American Heart Association* (AHA), se encuentra este volumen de gran interés para el personal que realiza Soporte Vital Básico.

En primera instancia, el libro “AVB para el Equipo de Salud”, se dirige a aquellos profesionales sanitarios que realicen el curso de RCP y Soporte Vital Básico de la AHA. Por este motivo, el formato es muy didáctico y ameno, con cuadros que resaltan no sólo los objetivos de aprendizaje de cada capítulo, sino también toda aquella información que se considera importante retener. Al final de cada capítulo se incluyen resúmenes de la información esencial, un breve test de repaso y una extensa bibliografía donde ampliar conocimientos.

El contenido se divide en 12 capítulos entre los que se incluyen, además de los temas clásicos acerca de la RCP, un capítulo de “anatomía y fisiología de los sistemas respiratorio cardiovascular y cerebrovascular” que, aunque breve, resulta muy útil. Incluye además capítulos específicos acerca de la enfermedad coronaria y síndromes coronarios agudos, accidente cerebrovascular agudo, factores de riesgo de la enfermedad cardiaca y el ACV. Esta publicación contiene también dos Apéndices y un Glosario, encaminados a reforzar y consolidar los conocimientos adquiridos. Especialmente provechosa es la tabla del Apéndice A, donde se presentan esquemáticamente las diferentes recomendaciones por grupos de edad.

Este libro es especialmente útil por dos motivos:

- Recoge de forma didáctica y atractiva las recomendaciones acerca de RCP y Soporte Vital Básico vigentes en los procedimientos de nuestro servicio.
- La bibliografía en español dirigida a técnicos en emergencias es todavía escasa y, por tanto, son muy de agradecer publicaciones tan actualizadas.

Por último, una única pega: la traducción ha sido realizada por latinoamericanos y algunos de los términos nos pueden resultar extraños.

DISPONIBLE EN NUESTRA BIBLIOTECA

CLAVE 20, TU REVISTA

Tus colaboraciones, artículos, sugerencias, fotos, anécdotas, etc. son imprescindibles para que CLAVE 20 crezca. Muchos ya lo hacen pero todavía faltas tú. Anímate a participar.

Tlf. 91.588.83.74 . e-mail.: gomezcc@munimadrid.es.

ACTIVIDADES FORMATIVAS INTERNAS

- **Exposición de casos clínicos.**
23 de enero y 20 de febrero de 2003

- **Sesiones clínicas.**
30 de enero y 27 de febrero de 2003

- **Cursos para técnicos de emergencias médicas**
Nivel básico (13^a promoción)
18 enero- 23 de marzo
Nivel Avanzado (11^a promoción)
18 enero- 18 de mayo
Nivel Avanzado (12^a promoción)
22 febrero- 22 de junio

ACTIVIDADES FORMATIVAS EXTERNAS

- **Proyecto “Alertante”**
Comienza el 13 de enero.

- **Intervención Psicosocial en Situaciones de Crisis, Emergencias y Catástrofes**
Escuela de Enfermería de la Cruz Roja (Madrid)
Enero-Abril de 2003.

- **Experto Universitario en Enfermería de urgencias y Emergencias Extrahospitalaria**
Universidad Europea CEES
17 de febrero- 30 de septiembre 2003.

Para más información:
Telf. 91 588 45 51

**DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DE FORMACIÓN
DEL SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL**

VISITAS TÉCNICAS

Han visitado nuestra Sede...

- **22 de noviembre de 2002.- Delegación de responsables municipales de 4 ciudades de Holanda.**
- **29 de noviembre de 2002. Delegación de sanitarios de la DYA del País Vasco.**



EL DATO

La reperfusión, en breve, también de las arterias cerebrales. Con la llegada del nuevo año, se inicia en el Servicio un procedimiento pionero de actuación conjunta con las unidades de ictus ya creadas en los centros hospitalarios de nuestra ciudad. Su objetivo es ofrecer el tratamiento más actualizado a aquellos pacientes que sufren un A.C.V. Este nuevo procedimiento ha sido bautizado con el nombre de Código 13.

TIEMPO DE RESPUESTA DE LAS UNIDADES DE SOPORTE

BÁSICO: 8.22 MIN



AVANZADO: 7.48 MIN



NÚMERO DE INTERVENCIONES DEL 1 DE OCTUBRE AL 15 DICIEMBRE

21.698  3,4% más respecto 2001

DISTRIBUCIÓN DE INTERVENCIONES SEGÚN LOS DISTINTOS SOPORTES



1 DE OCTUBRE
AL 15 DE DICIEMBRE.
DE 2002

