

clave20



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

NÚMERO 9 noviembre-diciembre de 2003
ejemplar gratuito



ACTUACIÓN EN SINIESTROS CON RIESGO NBQ

Un procedimiento que garantiza nuestra seguridad y la de los demás en una situación límite. PÁG. 6

EL ICTUS, SEGUNDA CAUSA DE MORTALIDAD EN ESPAÑA

El Samur-PC galardonado por la implantación del Código 13. PÁG. 10



pág. 6

ACTUACIÓN EN SITUACIÓN DE RIESGO NUCLEAR, BIOLÓGICO O QUÍMICO

Aunque el riesgo NBO parece lejano, hay que estar preparado para garantizar nuestra seguridad y la de los demás

pág. 10

EL ICTUS, SEGUNDA CAUSA DE MORTALIDAD EN ESPAÑA

El SAMUR-PC ha sido galardonado con el Premio Ictus 2003 por la puesta en marcha del Código 13



pág. 12

LA AMISTAD DESCONOCIDA

Sancho y Alonso, 2 OTS, son los protagonistas de una historia de amistad y compañerismo a caballo entre la realidad y la ficción.



pág. 4 Noticias

pág. 14 Novedades en emergencias

pág. 14 Fe de Erratas del Manual de Procedimientos

pág. 15 Libros recomendados, Carta y Agenda imprescindible

pág. 9

La Foto

CONTRAPORTADA
El termómetro



Accidente de Tráfico en N-I

STAFF

■ **EDITA:** CONCEJALÍA DE SEGURIDAD Y SERVICIOS A LA COMUNIDAD DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID. DIRECCIÓN DE SERVICIOS SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL ■ **REDACCIÓN Y COORDINACIÓN:** César Gómez Zamora ■ **COLABORAN EN ESTE NÚMERO:** Antonio Cabezas, Ervigio Corral, Miguel Angel Díaz, Francisco Dorado, Juan Carlos Gómez, Juan Carlos Medina, Charo Pinilla y M^o Luz Sabin ■ **FOTOGRAFÍA:** Miguel Angel González, Francisco Miguel Yusta 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: gomezzc@munimadrid.es

APORTACIÓN CIENTIFICA NOTABLE DEL SAMUR-PC EN EL 2003

El 2003 ha sido un año excelente en lo que refiere a la aportación científica que nuestro Servicio ha hecho en el ámbito de la medicina de emergencias.

La participación destacada del SAMUR-PC en los principales foros nacionales en los que este año se han dado cita los profesionales de la emergencia sanitaria, ha sido una constante a lo largo del año.

Así, por ejemplo, el pasado mes de junio se celebró en Valencia el XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Allí estuvo el SAMUR-PC con 29 comunicaciones y 7 ponencias. El SAMUR fue el servicio de emergencia de España que más aportaciones hizo al Congreso tanto en cantidad como en calidad. Las comunicaciones "Las motocicletas de primera intervención" y "Una nueva estrategia de reperfusión en el IAM: fibrinólisis en la primera hora, angioplastia a partir de entonces", obtuvieron respectivamente el segundo y tercer premio nacional en la categoría de poster defendido.

En total casi 50 comunicaciones presentadas y aceptadas en congresos nacionales e internacionales, 14 ponencias, 2 premios nacionales y una tesis doctoral, sobresaliente *cum laude*, realizada por personal de nuestro Servicio con el título "Epidemiología de la intervención sanitaria prehospitalaria". Todo un hito que permite afianzarnos en el camino hacia la consolidación del SAMUR-PC como un centro de referencia de investigación técnica y científica en el ámbito de la emergencia sanitaria.

El SAMUR-PC es un servicio muy conocido y querido entre los ciudadanos. Asimismo, cada vez más es una entidad percibida por los ciudadanos y técnicos como punto de referencia en todo aquello que tienen que ver de manera directa o indirecta con la emergencia sanitaria.

Gracias al esfuerzo que durante este año han hecho nuestros profesionales en el área de la investigación científica, el SAMUR-PC es, además, uno de los organismos de referencia de nuestro país con mejor proyección científica en materia de medicina de emergencias.

Un esfuerzo que merece la pena y que encuentra su recompensa en el reconocido prestigio que tiene nuestro Servicio entre los profesionales de la emergencia tanto dentro como fuera de nuestras fronteras. **C20**

ENSEÑANDO RCP EN EL METRO



El pasado mes de octubre, el vestíbulo principal de la Estación de Metro de Nuevos Ministerios sirvió de aula para cientos de ciudadanos interesados en conocer las maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar. Una excelente oportunidad para enseñar a los madrileños lo que se debe hacer cuando alguien sufre una parada cardíaca súbita. Nuestros compañeros adiestraron a más de 500 personas interesadas en las técnicas de reanimación cardiopulmonar. Así, este medio millar de ciudadanos aprendió de primera mano y en la práctica a averiguar si la víctima está inconsciente, a abrir una vía aérea, a comprobar si respira, a buscar el pulso y a realizar un masaje cardíaco.

Esta actividad se enmarcó dentro de la XIX Semana del Corazón 2003 que la Fundación Española del Corazón celebró entre los días 14 y 19 de octubre y que están declaradas de "Interés Sanitario" por el Ministerio de Sanidad y Consumo. *El Recinto Cardiosaludable*, ubicado en la Plaza Mayor de Madrid, fue el centro neurálgico de unas actividades que reunieron, a lo largo de una semana, a más de 15.000 personas.

EMERGENCIAS MADRID NUEVA OFICINA DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIAS DEL AYUNTAMIENTO

El pasado 6 de octubre se puso en marcha Emergencias Madrid, un nuevo servicio municipal cuyo objetivo es gestionar la información que se genera en relación a aquellos sucesos en los que intervienen los servicios municipales de emergencia: SAMUR-Protección Civil, bomberos del Ayuntamiento y Policía Municipal.

Los portavoces de Emergencias Madrid son tres periodistas (Javier Ayuso, César Gómez y Beatriz Martín) que prestan servicio 24 horas al día, 365 días al año. Ellos son los encargados de hacer llegar a los ciudadanos cómo trabajan los servicios municipales para resolver una situación de emergencia.

En su primer mes de funcionamiento, Emergencias Madrid ha generado más de un centenar de noticias en las que los protagonistas eran los servicios de emergencia del Ayuntamiento.

César Gómez (a la izquierda) junto a Beatriz Martín y Javier Ayuso



Foto: EL MUNDO

AUMENTAN UN 6% LAS ACTIVACIONES EN LOS PRIMEROS 8 MESES DE 2003

Durante los **8 primeros meses de 2003**, el Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate (SAMUR-Protección Civil), tuvo que intervenir en **71.351** ocasiones, un **6%** más que en el mismo periodo del año anterior.

Del total de casos atendidos **23.614** precisaron traslado hospitalario. De los servicios que el SAMUR realizó en el primer semestre de este año, un **35%** ha sido realizado por ambulancias de soporte vital avanzado, un **61%** por ambulancias convencionales y un **3%** por las unidades psiquiátricas. Finalmente, el **2%** restante de las actuaciones corresponde a servicios de coordinación, preventivos y de apoyo.

Traumatismos accidentales

producidos principalmente como consecuencia de los accidentes de tráfico y caídas fortuitas, así como **patologías cardiovasculares** y todo tipo de casos menores, fueron las causas más habituales de intervención de las unidades en los 8 primeros meses del año.

Por días de la semana, la tarde-noche de los fines de semana

concentran el mayor número de intervenciones, de igual forma que en años anteriores. Por distritos, Centro, Salamanca y Chamberí son los que mayor número de avisos aglutinan. Vicálvaro y Barajas los que menos.

Mes a mes, la distribución de activaciones fue la siguiente:

enero	8.116
febrero	7.616
marzo	9.058
abril	8.384
mayo	10.008
junio	10.065
julio	9.232
agosto	8.081



EL FLASH

Todo apunta a que la sede central del SAMUR-Protección Civil se trasladará a las nuevas instalaciones de las que dispondrá el Ayuntamiento en la calle Julián Camarillo, en el distrito de San Blas. El plazo para que el Servicio deje definitivamente las instalaciones de Legazpi está aún por determinar.

BREVES

■ Nombramiento del Director Gerente de Emergencias

El pasado mes de octubre tomó posesión como Director Gerente de Emergencias, el Dr. Alfonso del Álamo Giménez, cargo de nueva creación bajo cuya responsabilidad quedan la dirección de servicios de bomberos y la de SAMUR-Protección Civil. El Director Gerente de Emergencias depende del Delegado de Servicios a la Comunidad, Fernando Autrán.

■ La Agencia de Protección de Datos valida la base de datos de voluntarios del SAMUR-PC

El pasado 15 de octubre, la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, mediante resolución emitida por su director, validó la base de datos de voluntarios del SAMUR-PC al comprobar, tras una inspección, que ésta cumple con el principio de exactitud de los datos de carácter personal por el artículo 4.3 de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre. Según este principio, "los datos de carácter personal serán exactos y puestos al día de forma que respondan con veracidad a la situación actual del afectado". Las actuaciones de la Agencia, que quedaron archivadas, se habían iniciado con motivo de una denuncia, según la cual, se había supuestamente vulnerado la base datos del SAMUR. Las actuaciones de la AGP han demostrado la validez de esta base de datos del Servicio.

NBQ

ACTUACIÓN EN SITUACIÓN DE RIESGO NUCLEAR, BIOLÓGICO O QUÍMICO

Aunque el riesgo NBQ parece lejano hay que tener en cuenta que por Madrid pasan todos los días toneladas y toneladas de mercancías potencialmente peligrosas. Además, no hay que olvidar el riesgo potencial de accidentes industriales. Por eso, el SAMUR-PC cuenta, además de los materiales y la formación adecuada de su personal, con un procedimiento operativo destinado a regular aquellas situaciones en las que existe riesgo potencial de un suceso NBQ.

Ante la existencia o sospecha de un siniestro de riesgo NBQ, las unidades serán informadas por la Central de Comunicaciones. Cuando éstas lleguen a las proximidades del lugar del suceso se priorizarán las siguientes medidas:

1. Autoprotección

Lo fundamental es evitar cualquier contacto con la sustancia supuestamente contaminante. Por ello, es imprescindible tomar medidas como cerrar las ventanas del vehículo, así como cortar la ventilación o el aire acondicionado. Además es necesario alejarse o mantenerse alejado de la zona y en contra de la dirección del viento. Se ha de buscar un lugar seguro, libre de contaminación y, por supuesto, lo antes posible se ha de comunicar nuestra posición a la Central de

Comunicaciones para que ésta pueda indicarlo como punto de espera o lugar seguro al resto de unidades que se dirigen hacia el lugar.

2. Información

Se comunicará a la Central de Comunicaciones todos los datos posibles sobre el siniestro, entre ellos:

- Código de peligro (Si se conoce).
- Identificación de la sustancia (si se conoce).
- Lugar exacto del impacto.
- Lugar exacto de la unidad.
- Accesos más seguros.
- Riesgos añadidos.
- Estimación de víctimas.

3. Espera

Antes de entrar en la zona de riesgo, es esencial esperar al personal provisto de equipos de detección. Además, hay que intentar evitar, en la medida de lo posible, que las personas que están en la zona supuestamente contaminada abandonen el lugar.

El papel de la Central de Comunicaciones, del Directivo de Guardia y del Jefe de Guardia

La Central de Comunicaciones se encargará de avisar al Directivo de Guardia, al Jefe de División de Guardia y a las unidades más cercanas al suceso para que estén preparados, indi-





El Jefe de Guardia, es el responsable, bajo supervisión del Directivo, de organizar en una zona segura la asistencia sanitaria. Siempre ha de hacerlo en coordinación con el resto de instituciones que intervienen en el siniestro.

cándoles el punto de espera de las ambulancias, es decir, el lugar seguro más cercano al suceso.

Además, recabará toda la información posible sobre el suceso para mantener informado en todo momento al Directivo de Guardia, así como a las unidades presentes en el siniestro o de camino, sobre los efectos y tratamiento del agente implicado, si lo conoce.

También es responsabilidad de la Central activar y poner operativo un segundo canal de emergencias para la comunicación entre los efectivos del Servicio. Asimismo, se alertará a los hospitales si así lo indica el Directivo de Guardia o la persona en quien éste delegue.

El Directivo de Guardia es el máximo responsable en el siniestro hasta la llegada de mandos superiores. Es el encargado de activar a SAMUR O y el responsable de la coordinación del incidente con los responsables de otros servicios de emergencias.

Además, ha de determinar definitivamente el lugar de espera de las ambulancias y del Puesto Médico Avanzado, si se considera necesario montarlo. Si el directivo es la primera unidad en llegar, adoptará las medidas de autoprotección e información anteriormente descritas.

Dentro de sus funciones ante un siniestro NBQ también se encuentran la comunicación de la situación a los hospitales y a otros servicios prehospitalarios de emergencias y la activación de los procedimientos de movilización y planes de emergencias, si el evento lo requiere. Por último, el directivo de guardia ha de velar por el correcto manejo del material de autoprotección individual y colectivo, así como por la descontaminación del personal interviniente del Servicio.

Por su parte, el **Jefe de División de Guardia** es el responsable, bajo la supervisión del Directivo de Guardia, de organizar en una zona segura la asistencia sanitaria, siempre previa coordinación con el resto de instituciones que intervengan en el siniestro.

Además, ha de mantener informado al Directivo de Guardia sobre lo que ocurra en el suceso y determinar, en ausencia del Directivo de Guardia, el lugar de espera de ambulancias y del Puesto Médico Avanzado. También comunicará, en ausencia del Directivo de Guardia, la situación a los hospitales y a otros servicios prehospitalarios de emergencias. Si para ello fuera necesario, podrá hacerlo a través de la Central de Comunicaciones. Finalmente, el Jefe de Guardia ha de coordinarse con el resto de instituciones intervinientes.

Conducta frente a una amenaza NBQ

Las siguientes medidas son esenciales para poder resolver con éxito una emergencia NBQ. Siendo estricto en su cumplimiento se garantiza en buena medida nuestra seguridad y la de los demás.

- Ser conscientes en todo momento de la importancia de la autoprotección y de que estamos ante un suceso susceptible de ser peligroso.
- Antes de entrar en la zona de riesgo:
 - Evaluar a conciencia la situación.
 - Esperar a la llegada de unidades de reconocimiento con los equipos de detección y de protección adecuados.
 - Equiparse con los medios de protección.
 - Intentar averiguar el tipo de producto o su señalización. La detección del agente concreto permitirá tomar las medidas de protección individual necesarias, conocer los síntomas que pueden aparecer y el posible tratamiento de los afectados.



Por la zona de descontaminación deberá pasar todo material o personal que haya entrado en la zona contaminada, incluso los dudosos. Es imprescindible someter a descontaminación a todo el personal y material expuesto al agente NBQ.

- Identificar las distintas áreas de riesgo y los equipos de protección individual necesarios para cada zona. Si no se conoce el producto, equiparse con protección total, y tener en cuenta que:
 - Si es nuclear, considerar que existen emisiones radiológicas.
 - En caso de ser biológico, se debe tener en cuenta que puede ser un agente contagioso y de fácil propagación.
 - Si se trata de un agente químico, hay que saber que puede ser explosivo, inflamable, tóxico y corrosivo.

- Mantener y delimitar el perímetro de seguridad, mínimo 500 metros. Si no se dispone de medios de protección adecuados, no entrar en la zona.
- Aprovechar para resguardarse en cualquier obstáculo posible, en especial en los riesgos radiológicos.
- Evitar todo contacto directo con el agente. Tener en cuenta que la ausencia de síntomas no indica necesariamente ausencia de peligrosidad.
- Mantener un control del personal que requiera nuestro auxilio.
- Diferenciar las zonas de actuación sanitaria en:
 - Zona de descontaminación, por la cual deberá pasar todo material o personal que haya entrado en la zona contaminada, incluso los dudosos. Seguir escrupulosamente las indicaciones del personal de descontaminación en cuanto a las técnicas adecuadas.
 - Zona de apoyo: donde se localizarán las unidades de apoyo logístico, materiales, etc.
 - Zona de espera de ambulancias: ambulancias de zona limpia y ambulancias de zona contaminada.
 - Puesto Médico Avanzado.
- Diferenciar claramente las norias de ambulancia de la zona limpia y la zona contaminada.
- Es imprescindible someter a descontaminación a todo el personal y material expuesto al agente NBQ. **C20**

CADENA HUMANA

Durante más de tres interminables horas, bomberos, sanitarios del SAMUR-Protección Civil, policías municipales y nacionales y, como no, compañeros del tajo, lucharon por rescatar con vida a un joven trabajador que había quedado sepultado bajo toneladas de tierra en una zanja de 4 metros de profundidad. Las probabilidades de que hubiera sobrevivido al brutal alud eran ínfimas. En segundos, se formó una cadena humana con más de 50 personas, 50 eslabones con una obsesión: sacarle con vida de allí. Sin hablar, sin mirar, sin descansar, sin perder la esperanza estuvieron, cubo a cubo, excavando cada gramo de arena que le aprisionaba el cuerpo. No fue posible, la lógica se impuso. Se rompió el milagro, la cadena y, sobre todo, el silencio. El amargo llanto de los compañeros lo inundó todo.



EL ICTUS

SEGUNDA CAUSA DE MORTALIDAD EN ESPAÑA

El SAMUR-PC ha sido galardonado con el Premio Ictus 2003 por la puesta en marcha del Código 13



En España, se estima que aproximadamente 100.000 personas sufren anualmente un ictus, trastorno que hasta hace pocos años contaba con escasas posibilidades terapéuticas. El 85% de los casos el ictus es isquémico, es decir, se produce por una obstrucción del flujo sanguíneo que puede ocasionar la lesión o la muerte de las neuronas. El ictus hemorrágico (el 15% de los casos) se produce como consecuencia de la rotura de un vaso cerebral. Cuando los síntomas de la isquemia duran menos de 24 horas, se habla de ictus menor o ataque isquémico transitorio (AIT). En el caso del AIT, aunque los síntomas desaparecen,

la persona afectada tiene un riesgo muy elevado de sufrir un infarto cerebral en los días siguientes, por lo que debe acudir urgentemente al hospital.

Después de sufrir un primer ictus, el riesgo de que se repita es muy elevado y, de hecho, un 30% de los pacientes vuelve a sufrir otro, si no se toman las medidas preventivas adecuadas.

Las horas inmediatas al ictus son definitivas: los pacientes que son tratados en las primeras 6 horas por un especialista en un hospital recuperan en mayor medida las funciones neurológicas. En la actualidad, no más del 50% de los afectados ingresa antes de las 6 horas. El problema es que aún hoy muchos pacientes acuden al hospital cuando ya es demasiado tarde.

Si controlar los factores de riesgo es fundamental para reducir la probabilidad de sufrir un ictus, conocer la sintomatología es igualmente clave para que la enfermedad pueda ser manejada con eficacia en un servicio de urgencias. Es el único modo de limitar las secuelas y mejorar la supervivencia. Sin embargo, sólo el 54% de los españoles conoce

uno o más síntomas del ictus, aunque en este aspecto se ha mejorado significativamente respecto a hace unos años.

Lamentablemente, el 72% de los españoles no sabe lo que es exactamente un ictus. Este desconocimiento se produce en una patología que continúa siendo en nuestro país la primera causa de muerte en la mujer, la segunda en el hombre, el principal responsable de invalidez permanente en la edad adulta y el segundo motivo de demencia.

Los datos proceden de la Encuesta Conocimientos sobre el Ictus en la Población Española, cuyos resultados preliminares se dieron a conocer el pasado día 4 de noviembre en la presentación del Día del Ictus. Esta jornada, organizada por el Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (GEECV-SEN) con la colaboración de Bristol-Myers Squibb, se celebra con el fin de informar a la población sobre la necesidad de conocer una enfermedad frente a la que hay que luchar contrarreloj.

EL SAMUR-PC PREMIO ICTUS 2003

Cada año, durante esta jornada, se entrega un premio a la personalidad o institución que se haya distin-

RESULTADOS CÓDIGO 13 (Desde Mayo de 2003)

- 18 casos realizados (ninguno código 13.1)
- 10 de ellos hombres, con una edad media de 61 años, y 8 casos, mujeres con edad media de 68 años.
- El 30% de ellos, gracias a la aplicación del procedimiento, ha evitado morir y ha mejorado su calidad de vida.

REPERCUSIÓN PRECOZ DEL ICTUS ISQUÉMICO: CODIGO 13

OBJETIVO

Regular la actuación operativa a seguir cuando se constate la existencia de un paciente con signos y síntomas compatibles con un ictus de posible etiología isquémica.

CARACTERÍSTICAS GENERALES

1.- Hospitales de referencia

Unidades de ictus de los hospitales La Princesa, Clínico San Carlos, La Paz y Gregorio Marañón.

• Causas de no transferencia a los hospitales de referencia:

- La negativa del paciente o su familia, o su preferencia por su centro de referencia.
- La denegación por parte del hospital del preaviso
- La situación clínica del paciente, que obligue a un traslado inmediato al hospital más cercano, a criterio del médico del SAMUR-PC

2.- Perfiles de los pacientes

- Se definen dos tipos de perfiles :
- Perfil Código 13. Pacientes diagnosticados de ictus con dos horas o menos de evolución desde el inicio de los síntomas.
- Perfil Código 13.1. Pacientes diagnosticados con una evolución desde el inicio

de los síntomas superior a dos horas e inferior a 4 horas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN PARA UN CÓDIGO 13

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Edad entre 18 y 80 años.
- Diagnóstico clínico de ictus isquémico con existencia de un déficit neurológico focal objetivo.
- Momento conocido del inicio del infarto y evolución menor de 2 horas en caso de código 13 y de 2 a 4 horas en caso de código 13.1.
- Escala de Rankin menor de 2. (ver anexo)

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Sintomatología leve o que mejora rápidamente.
- Antecedentes de hemorragia cerebral de cualquier tipo, malformación arteriovenosa o aneurisma.
- Existencia de crisis convulsiva al inicio del ictus.
- Presentación clínica sugestiva de hemorragia subaracnoidea.
- Realización de cirugía intracraneal o existencia de un traumatismo craneoencefálico en los 3 meses previos.
- Cirugía mayor, traumatismo importante, hemorragia gastrointestinal o de tracto

urinario en los 30 días previos.

- Embarazo o lactancia.
- Glasgow menor de 9.
- Existencia de un sangrado activo.
- Pericarditis o sospecha de un trombo o aneurisma ventricular como complicación de un infarto de miocardio reciente.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE UN CÓDIGO 13

Una vez determinada la inclusión de un paciente en este procedimiento:

- Se informará a la Central de la existencia de un "Código 13", aportando los siguientes datos: tiempo de evolución del ictus, edad, sexo, situación hemodinámica del paciente y cualquier otro dato de interés proporcionado por la unidad.
- La Central de Comunicaciones se pondrá en contacto con la Unidad de Ictus del Hospital que corresponda para solicitarle un preaviso hospitalario e informándole de las características del paciente.
- La Central de Comunicaciones activará al Jefe de Guardia.
- El Jefe de Guardia se responsabilizará de trasladar los datos de identificación a la policía, que localizará a la familia y la dirigirá al hospital de destino, a efectos de pedir su permiso para el procedimiento.

- El equipo sanitario de la unidad aplicará el procedimiento terapéutico correspondiente.
- Cuando la unidad indique la clave 4, la Central de Comunicaciones volverá a ponerse en contacto con la emisora de la Unidad de Ictus, a la que informará del tiempo aproximado de llegada.
- La Unidad de Ictus se asegurará de que el paciente es recibido en la puerta de urgencias por el personal facultativo que su procedimiento interno indique. Será a ese médico a quien se realice la transferencia del paciente.
- En el informe sanitario que realizará el facultativo de la unidad, se incluirán los siguientes datos: hora de inicio de los síntomas, teléfono y domicilio del paciente y sintomatología clínica dominante.

Anexo: Escala de Rankin

0 Sin síntomas; 1 Sin incapacidad importante; 2 Incapacidad leve. Incapaz de realizar alguna de sus actividades previas; 3 Incapacidad moderada. Necesita alguna ayuda; 4 Incapacidad moderadamente grave. Sin necesidad de atención continua; 5 Incapacidad grave. Totalmente dependiente, necesitando asistencia constante día y noche; 6 Muerte.

guido por su influencia positiva en pro de la lucha contra esta enfermedad cerebrovascular.

En la edición 2003, ese prestigioso galardón ha recaído en nuestro Servicio. La puesta en marcha del Código 13 ha sido el factor decisivo para la obtención de este premio.

El Código 13 supone de nuevo

una iniciativa pionera de nuestro Servicio que impone una revolución en la filosofía del manejo de una enfermedad que hasta ahora, a excepción de en el SAMUR-Protección Civil, no ha sido tratada como una emergencia al mismo nivel que la cardiopatía isquémica o el politraumatizado.

Recordemos que el objetivo fundamental del Código 13 es proporcionar un tratamiento de reperusión arterial a aquellos pacientes que sufran un ictus y que cumplan los criterios correspondientes con el fin de evitar el mayor número posible de discapacidades.

A tenor de la experiencia que hasta hoy hemos acumulado en el Servicio, los resultados son prometedores.

La puesta en marcha de este Código no hubiera sido posible sin la imprescindible colaboración

de las Unidades de Ictus de los hospitales de La Princesa, Clínico Gregorio Marañón y La Paz, servicios especializados, con un método de trabajo protocolizado y con todos los medios necesarios para, según los expertos, llegar a reducir en un 30% el riesgo de muerte y la gravedad de las secuelas. Aunque los beneficios de la labor que se desarrolla en una Unidad de Ictus ya nadie los pone en duda, su implantación en España es todavía escasa. Apenas una docena de hospitales cuentan con estas unidades.

En el ictus, cada minuto cuenta contra la discapacidad. Gracias a la labor de nuestro Servicio, son muchos los pacientes que ya han ganado esa carrera contrarreloj a esta enfermedad poco conocida entre los ciudadanos pero que cada año causa casi 40.000 muertes y cientos de miles de casos de discapacidad severa. **CGZ. C20**



La amistad desconocida

En un lugar de nuestro Madrid, del que, para ser sincero, sí quiero acordarme, hace no demasiado tiempo, se fraguó una relación de amistad y compañerismo de las que pocas veces se dan. Aunque, personalmente, me habría resultado más propia, esta historia no transcurrió a lomos de rocines flacos ni asnos, ni participaron molinos de viento ni ingratos galeotes, sino pacientes, un tanto revoltosos y complicados a veces, un tráfico más colosal e invencible que los bien armados gigantes manchegos o un numeroso ejército bovino, y una ambulancia de nuestro Servicio como fiel e incansable cabalgadura; tampoco iban ataviados nuestros protagonistas con yelmos de mam-

brino, lanza en ristre, ni ropas de humilde labriego, sino, cuales siameses, con sendos polos amarillos; sin embargo, paradójicamente, ambos se llamaban Alonso y Sancho.

Todo comenzó una recién inaugurada mañana otoñal cuando la diosa Fortuna quiso que compartieran ambos su primera guardia juntos. Lo que para Alonso, veterano O. T. S. curtido en mil batallas, era un día más de trabajo, para Sancho representaba su primer día como funcionario, con las inquietudes, nervios, temores y errores que conlleva el primer contacto con algo desconocido. Las cosas para Sancho, pensó éste en un principio apesadumbrado, no se le prometían muy felices, pues esperaba que le hubiese correspondido como compañero alguien más amable, colaborador y dado al diálogo, de quien aprender a cada momento, en lugar del taciturno, individualista, áspero y engreído ser con quien tendría que compartir sus guardias; porque habría agradecido que, al presentarse, en su primer encuentro, le hubiese dado la bienvenida y se hubiera ofrecido, cordial, a enseñarle y adentrarle en aquel mundo tan desconocido para él; pero no, ni siquiera le tendió la mano y, en cambio, le dirigió un apático y uraño "así que tú eres mi nuevo compañero. Vamos, date prisa y coge el material, que ya tendríamos que haber dado la clave 0".

Aunque comenzaba a acostumbrarse a este panorama diario, intentando asimilar la forma de ser de Alonso, le costaba un gran esfuerzo pensar que otros compañeros actuaban como un verdadero equipo, mientras que él, Sancho, debía conformarse estoicamente con un silencio frío y forzado, roto tan sólo por lacónicos y rutinarios "¿has tomado ya las constantes?" o "pide a Central el hospital de referencia, que nos vamos ya", pues el hermetismo de Alonso impedía establecer conversaciones de varias frases encadenadas y de temas ajenos a sus intervenciones.

Así pues, después de haber planeado por las cabezas de ambos, especialmente, de Sancho, la idea de pedir el cambio de equipo y compañero, un día cualquiera, a modo de idea feliz, Sancho comenzó a aceptar el comportamiento de su compañero y a





aprender de su seriedad, sobriedad y prudencia, mientras que, por su parte, Alonso, sin despojarse demasiado de su rígida armadura, aprendió a valorar como algo no tan negativo la jovialidad, la forma de empatizar con los pacientes y, porqué no reconocerlo, la alegría y el saber vivir de su joven compañero, que, a veces, tanto le sacaba de quicio.

Sin embargo, a pesar de haber afianzado, después de mucho tiempo y con grandes dosis de paciencia mutua, una relación cordial -por la que nadie daba al principio un duro de los de antes- de convivencia y trabajo en equipo, cuando Sancho pretendía conocer, espontáneamente y sin ninguna malicia, algún detalle de la vida privada de Alonso y la causa de su constante hermetismo, éste no soltaba prenda y, casi forzado y apiadándose de la incansable curiosidad de Sancho, le respondía con un deje de culpabilidad y añoranza que restablecía la barrera entre ambos "... es demasiado largo para contártelo y tú eres demasiado joven, casi un crío, para entenderlo; algún día lo sabrás...". Cada vez que Sancho escuchaba tales palabras, tenía que conformarse resignadamente con aceptar el incomprensible mutismo de su compañero, mirando de perfil a Alonso mientras llevaba las riendas del alfa y, especular con la razón de semejante actitud: "¿cuál podrá ser la causa para no querer contármela? ¿algún recuerdo amargo de la dura infancia vivida en la posguerra? ¿alguna intervención en la que hubiese visto, frente a frente, la verdadera y más cruel cara del sufrimiento o de la muerte? ¿o, tal vez, se trataría del pensamiento o el recuerdo hacia alguien a quien le habría unido una alianza que aún lucía con un sentimiento de lealtad en el dedo anular de la mano con la que cambiaba firmemente de velocidad?".

Así pues, después de terminar la guardia, la que podría haber correspondido a un día cualquiera, llegó el momento que ambos sabían que llegaría inexorablemente; mientras caminaban, como de costumbre, sin decir palabra, por el Parque, Alonso se detuvo inesperadamente y rompió el silencio de ambos con un gélido y tajante "hoy ha sido mi último día, mañana me jubilo", aunque, del tono de voz, por primera y única vez, Sancho pudo deducir claramente "perdóname por haber sido tan serio y terco contigo. No me lo tomes en cuenta, no puedo evitar ser así. Gracias por todo y buena suerte, amigo". Tras la breve despedida, impuesta por su compañero, Sancho sabía, aunque le habría gustado fundirse con Alonso en un abrazo, que aquella relación de tantos años terminaría con un formal y protocolario apretón de manos y que cada uno se perdería lentamente por su camino.

Años más tarde, durante una guardia bastante tranquila, de esas en las que da tiempo a ocupar la cabeza con cualquier idea, a Sancho le invadió la nostalgia al recordar aquellos años y al pensar qué sería o habría sido de Alonso, ese individuo tan desgarrado y huesudo al que siempre recordaría como "el O. T. S. de la triste figura". De repente, el sanitario que compartía el alfa con Sancho le devolvió a la realidad de las calles de Madrid cuando le preguntó porqué se había puesto tan serio, a lo cual, Sancho, esbozando una sonrisa amable y pícaro, de complicidad consigo mismo, le respondió "... es demasiado largo para contártelo y tú eres demasiado joven, casi un crío, para entenderlo; algún día lo sabrás...".

Juan Antonio Hernández García
Voluntario 2.550.

La onda trifásica, superior a la bifásica

Pues sí, aquí está la onda trifásica. Además, ha demostrado su superioridad en un experimento con animales realizado en la Universidad de Iowa. En el mismo se comprobó que conseguía más éxitos en la reversión de la FV y además lo hacía con menores niveles de energía. Hay que esperar a nuevos estudios, pero es prometedora. **J AM Coll Cardiol. 2003 Aug 6;42(3):568-75**

Rev. bibliográfica: E. Corral

Un derivado del Cannabis reduce el daño por isquemia

Se trata de un estudio realizado en animales en un Hospital de Jerusalén. En el mismo se examinaba el efecto neuroprotector de esa sustancia en la zona preinfarto. Se comprobó que a través de un mecanismo de hipoter-

mia, la administración del derivado del cannabis HU-210 conseguía una importante reducción del daño isquémico. **Stroke. 2003 Aug; 34 (8): 2000-6.**

Rev. bibliográfica: E. Corral

DF automática versus manual

Un curioso estudio hecho en animales en la Universidad de Arizona ha demostrado una superioridad absoluta de la DF manual sobre la automática en cuanto a éxitos en la recuperación. La causa, muy simple, el menor retraso que se produce en la realización de las compresiones con el DF Manual. El algoritmo diseñado en los DF semiautomáticos propicia esas pérdidas de tiempo que influyen en la recuperación de la circulación y en el deterioro neurológico. **Ann Emerg. Med. 2003; 42:458-467**

Rev. bibliográfica: E. Corral

FE DE ERRATAS MANUAL PROCEDIMIENTOS SAMUR-PC

SOPORTE VITAL AVANZADO Y MINIVADEMECUM

- **Dosis de Fentanilo.** Donde dice 1-2 mg/kg, debe decir 1-2 µg/kg. Debe rectificarse en las páginas: 316, 317, 320, 322, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 331, 333, 335, 338, 339, 340, 356, 378, 380, 382, 383, 384, 386 y 481.
- **Dosis de Dopamina.** Donde dice "Dopamina Fides® en perfusión IV 5mg/kg/mn hasta una dosis de 20 mg/kg/mn", debe decir "Dopamina Fides® en perfusión IV 5µg/kg/mn hasta una dosis de 20 µg/kg/mn". Páginas: 331, 337, 345, 350, 376, 390, 406, 410, 447 y 462.
- **Dosis de Adrenalina.** Pág 410. Donde dice "Adrenalina ... dosis de 1-10 mgr/mn", debe decir "Adrenalina iv: ...: dosis de 1-10 µg/mn". Pág 462. Donde dice "Adrenalina 0,1-1 mg/kg/mn, debe decir 0,1-1 µg/kg/mn. Pág 636. Donde dice "Adrenalina, Adultos, sc o iv, 0,005 - 0,1 mg/kg" debe ser 0,005 - 0, 01 mg".
- **RCP.** Página 296. Dice "si ni revierte tras el primer ciclo, administre:". Debe decir: "A partir de 2 ciclos, si no revierte, CONSIDERE:"
- **Dosis de Difenhidantoina.** Página 353. Donde dice "Difenhidantoina (Fenitoina Rubio ®) a dosis de 18 mg/kg (2 ampollas de 250 mg.", debe decir "Difenhidantoina (Fenitoina Rubio ®) a dosis de 18 mg/kg. (5 ampollas de 250 mg.".
- **Inyesprin.** Pág. 372. Donde dice "Administre 2 comprimidos de aspirina infantil o Inyesprin inyectable® 450 mg (¿ ampolla = 5 ml, en bolo), debe decir: "Administre 2 comprimidos de aspirina infantil o Inyesprin inyectable® 450 mg (1/2 ampolla = 2,5 ml, en bolo).
- **Heparina.** Página 406. Donde dice: "considere la utilización de Heparina", debe decir "considere la utilización de Heparina sódica".
- **Bicarbonato.** Página 440. Donde dice: "Bicarbonato E", debe decir "Bicarbonato 1M".
- **Página 347.** Donde dice: "y se va a administración de glucosa", debe decir "y se va a administrar glucosa".
- **Página 344.** Descartar la palabra "sanguineo" de la penúltima línea.
- **Dosis de Amiodarona.** Pág. 637. En la dilución de adultos, donde dice 30 µgotas/mn, debe decir 15 µgotas/mn.
- **Bromuro de Ipatropio.** Págs. 640 y 641. Sustituir todos los mgr por µgr.
- **Nitroprusiato.** Pág. 673. donde dice "0,5 /kg/mn, debe decir "0,5 µg/kg/mn".

- **Salbutamol.** Pág. 677. donde dice "¿ ampolla en cada brazo", debe decir "1/2 ampolla en cada brazo".
- **Página 663.** En Meperidina, las "?" sustituir las por _.
- **Página 644.** En Clorpromazina, donde dice "¿de la dosis de adulto", debe decir 1/2 de la dosis de adulto.
- **Página 647.** Donde dice "ir" debe decir "im".
- **Dopamina.** Pág. 651. Los números expresados en su párrafo son la siguiente tabla:

µg/k/m	5	10	15	20
40	6	12	18	24
50	8	15	23	30
60	9	18	27	39
70	11	21	32	42
80	12	24	36	48
90	14	27	41	54
100	15	30	45	60

SVB Y PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS.

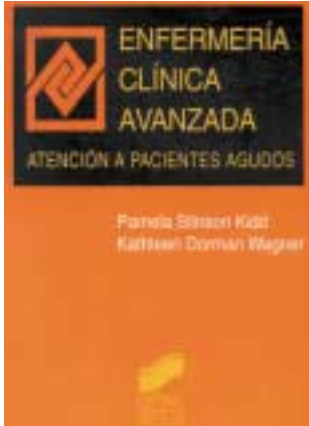
- **Página 513.** En el algoritmo del DESA, donde dice "ciclos de RCP 5/1", debe decir "ciclos de RCP 15/2".
- **Página 720.** Donde dice "SO2 del 96-98% equivale a una PO2 DE 80.100", debe decir "SO2 del 96-98% equivale a una PO2 de 80-100".

PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS.

- **Página 179.** Se añadirá "base 17" a las bases en las que la clave 14 se realizará 45 minutos antes de la finalización del turno en los turnos de 8 horas.
 - **Página 203.** Sustituir "9" por ")".
 - **Página 216.** En las contraindicaciones relativas, añadir "isquémico" al ACV.
 - **Página 235.** Donde pone "según anexo 3" debe poner : "según anexo 1".
- ### VOLUNTARIOS.
- **Página 582.** donde dice "Capítulo IV del Reglamento vigente en ausencia superior a tres meses siempre que..." debe decir "Capítulo IV del Reglamento vigente y en ausencia superior a tres meses siempre que...".

**ENFERMERIA CLINICA AVANZADA
ATENCIÓN A PACIENTES AGUDOS**

Autores: Pamela Stinson Kidd, Kathleen Dorman Wagner
Editorial: Síntesis
Comentario de: Mercedes Elizondo Giménez



Dentro de los textos que sobre enfermería podemos encontrar actualmente, cabe mencionar éste, que aunque editado en 1992, no deja de tener una gran utilidad como libro de consulta para la profesión de enfermería.

El libro se concibió con la idea de la enseñanza a estudiantes, de tal forma que ayuda a recordar como aplicar en un marco clínico el conocimiento previamente aprendido en las asignaturas médico-quirúrgicas. El objetivo que persiguieron los autores para la enseñanza fue la

de elaborar un texto sencillo, ya que los manuales médico-quirúrgicos y de cuidados intensivos existentes, eran complejos y detallados, o les faltaba suficiente aplicación clínica que se basara en la realidad.

De esta forma, el texto, de carácter didáctico, desarrolla una serie de capítulos de auto-estudio centrados en la relación que existe entre el proceso de cuidados y la fisiopatología.

Es un libro adecuado para ser utilizado por todo el colectivo de enfermería, tales como estudiantes, enfermeros principiantes y enfermeros de cuidados intensivos sin experiencia. Así como también es un libro de referencia para el profesional de enfermería experimentado que desee actualizar sus conocimientos en la asistencia de cuidados de enfermería de estados agudos. El libro está compuesto por siete partes: Ventilación, Perfusión, Pacientes con lesiones múltiples, Metabolismo, Conceptos psicosociales, Cuidados de enfermería a pacientes especiales y Supuestos clínicos.

DISPONIBLE EN NUESTRA BIBLIOTECA

ACTIVIDADES FORMATIVAS INTERNAS

■ **Cursos para técnicos de emergencias médicas**

Durante diciembre y enero de 2003:

Nivel Básico (cierre promoción 15ª)

Nivel Básico (inicio promoción 16ª)

Nivel Avanzado (cierre promoción 14ª)

Nivel Avanzado (inicio promoción 15ª)

■ **Cursos para OTS**

IV edición del curso de conducción, de vehículos de emergencias

24 y 25 de noviembre de 2003

■ **Formación obligatoria para personal funcionario**

Cursos DESA para OTS, 2 de diciembre de 2003

ACTIVIDADES FORMATIVAS EXTERNAS

■ **III^{as} Jornadas de RCP de la Comunidad de Madrid**
Del 3 aa 5 de diciembre de 2003

■ **Experto de Enfermería de Emergencias Extrahospitalarias**

De febrero a septiembre de 2004

UEM.

■ **Atención enfermería en urgencias y emergencias**

De noviembre a mayo de 2004

Para más información:

Tel. 91 588 07 92

DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DE FORMACIÓN DEL SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL

VISITAS TÉCNICAS

Han visitado nuestra Sede...

■ **10 de octubre de 2003**
Delegación de Panamá, con su Alcalde al frente.

■ **17 de noviembre de 2003**
Delegación de Servicio de Emergencias Médicas de Portugal.



CARTAS **ACTUACIÓN IMPECABLE**
Rafael Pascual Pérez

El pasado 3 de octubre, al llevar al colegio a mi hijo Carlos de 2 años y 11 meses, un perro de los considerados como de raza peligrosa, atacó por sorpresa al niño. Solicite telefónicamente ayuda médica y en un tiempo verdaderamente breve acudieron a prestarnos asistencia una ambulancia de soporte vital avanzado del SAMUR-PC y un patrulla de Policía Municipal. Su actuación tanto con el niño como conmigo, que estaba muy nervioso, fue muy destacable por su profesionalidad y por el efecto tranquilizador que su asistencia produjo en ambos. Por eso, con estas líneas quiero transmitir a los 3 miembros del SAMUR (doctora, DUE y ots) mi más sincera felicitación por su impecable actuación, así como animarles a que sigan prestando un servicio público como el SAMUR que tanto hace por los ciudadanos de Madrid.



EL DATO

Entre los meses de enero a octubre de este año, el equipo de psicólogos del SAMUR-PC ha realizado 110 intervenciones, un 18% que en el mismo periodo del año anterior. En 41 ocasiones la intervención de los psicólogos se ha centrado en la atención de víctimas de accidentes de tráfico; en 29 casos, se ha dado apoyo a familiares de fallecidos por distintas causas (suicidios, accidentes mortales, muerte súbita, etc.), y el resto de intervenciones han estado relacionados con casos de precipitados, atrapamientos, quemados y crisis de ansiedad.

TIEMPO DE RESPUESTA DE LAS UNIDADES DE SOPORTE

BÁSICO: 8.39 MIN



AVANZADO: 8.11 MIN



Nº DE INTERVENCIONES DEL 1 DE SEPTIEMBRE AL 31 DE OCTUBRE DE 2003

17.542 ↑ 8,9% más respecto 2002

DISTRIBUCIÓN DE INTERVENCIONES SEGÚN LOS DISTINTOS SOPORTES

