

clave20



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

nº 12. junio de 2005
ejemplar gratuito



EL SAMUR-PC EN SUMATRA

La labor llevada a cabo en Sumatra ha marcado un antes y un después en el Servicio en lo que se refiere a la prestación de ayuda sanitaria a las víctimas de grandes desastres más allá de nuestras fronteras. 631 de personas atendidas y el reconocimiento internacional del SAMUR-PC, han sido algunos de los frutos de una misión de un valor incalculable.

UN "REAL SIMULACRO"

Los servicios, las instituciones, suelen imprimir determinadas huellas en los ámbitos más directamente relacionados con su presencia, función social y profesional.

Sin duda, SAMUR-Protección Civil ha sido una de esas instituciones que no ha dejado indiferente el entorno que ha presenciado su corta e intensa vida. El color amarillo, la agilidad operativa, su tecnología, procedimentación y el control de calidad asistencial son algunas de las conocidas "marcas de la casa SAMUR" para todos aquellos profesionales del sector de la emergencia extrahospitalaria.

Pero si hubiera que definir una actividad capaz de aglutinar a los ámbitos del mundo profesional, social y tecnológico, ese sería el Simulacro con el que cada año ponemos punto y final a nuestras Jornadas Municipales sobre Catástrofes. Una práctica estrechamente arraigada a la vida de nuestro Servicio tan interesante para el técnico como atrayente para el público, un público que todos los años llena los graderíos del lugar donde se celebra.

Desde el accidente de autobús del primer simulacro allá por el año 93 hasta el incidente de tres focos del año pasado, SAMUR-PC, policías, bomberos, servicios sociales, cuerpos sanitarios de Madrid y otras muchas áreas municipales así como de otras institu-

ciones, se unen cada año para propiciar un ejercicio de trabajo de progresiva complicación, basado en los principios de protocolización y coordinación.

Un entrenamiento que se ha demostrado excepcionalmente interesante como mecanismo de preparación de un sistema de emergencias frente a la catástrofe. Así fue reconocido por todos y cada uno de los servicios de emergencias de nuestro país tras los trágicos sucesos del año pasado.

Este año hemos querido contar con todos ellos. Y así, prácticamente todas las Comunidades Autónomas de nuestro país participan en el Simulacro 2005 por medio de unidades terrestres o aéreas de cada uno de sus servicios de emergencias.

La importancia profesional y social, así como el carácter nacional del mismo son refrendados este año por la presencia de SS.AA.RR. los Príncipes de Asturias.

A sus Altezas Reales y a todos los ciudadanos a los que representan dedicamos este ejercicio que no tiene más pretensión que la de poner a punto una respuesta de emergencias con el único objetivo de estar a la altura de lo que la sociedad reclama de cada uno de nosotros. **C20**

pág. 5 LOS DELTAS

La incorporación de este nuevo grupo de enfermeros y técnicos del operativo ha permitido completar el círculo de la calidad asistencial.



pág. 4
pág. 13
pág. 14
pág. 15

pág. 6 EL SAMUR-PC EN SUMATRA

Más de 600 pacientes atendidos y el reconocimiento internacional del SAMUR-PC han sido algunos de los logros de una misión que ha marcado un antes y un después en el Servicio.

pág. 12 SHOCK SÉPTICO

Un caso clínico que muestra al alcohólico como un paciente de riesgo plurietiológico.



FOTO DEL MES pág. 11

NOTICIAS
PLAN DE FORMACIÓN INTERNA
NOVEDADES
BIBLIOTECA Y SAMUR-PC en Forma

STAFF

■ EDITA: CONCEJALÍA DE SEGURIDAD Y SERVICIOS A LA COMUNIDAD DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID. SUBDIRECCIÓN GENERAL SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL ■ REDACCIÓN Y COORDINACIÓN: César Gómez Zamora ■ COLABORAN EN ESTE NÚMERO: J. Ayuso, D. García, E. Granizo, L. Herráiz, B. Martín, Concepción Merino y A. Vargas ■ FOTOGRAFÍA: Miguel Angel González y Vicente Bravo, archivo SAMUR-PC y Emergencias Madrid ■ 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



Simulacro NBRQ con la participación conjunta del SAMUR-PC y del Cuerpo de Bomberos

ACCIDENTE INDUSTRIAL CON ESCAPE TÓXICO

El pasado mes de febrero se llevó a cabo un simulacro de intervención ante un accidente Nuclear, Radiológico, Biológico y Químico (NRBQ) en el parque número 9 de Bomberos situado en la avenida de Monforte de Lemos. El ejercicio, en el que participaron 25 sanitarios del SAMUR-PC y 30 bomberos del Ayuntamiento de Madrid, simulaba la colisión frontal de un turismo contra una cisterna de una instalación industrial, con el consiguiente escape de líquido volátil extremadamente tóxico.

En los accidentes NRBQ están presentes sustancias peligrosas o agentes tóxicos en estado líquido, sólido o gaseoso que presentan importantes diferencias con otro tipo de siniestros: por ejemplo, la necesidad de descontaminar a las personas afectadas y las zonas donde se producen los hechos, así como la protección especial de los

cuerpos de seguridad y emergencias que intervienen.

La Ciudad de Madrid, a través del Área de Gobierno de Seguridad y Servicios a la Comunidad, cuenta con un Plan de Protección frente al riesgo NRBQ. La coordinación del Cuerpo de Bomberos (responsable de identificar las sustancias y sus riesgos) y del SAMUR-PC (encargado de los procesos de descontaminación de urgencia) conforma el protocolo de actuación, al que pronto se incorporarán la Policía Municipal y el resto de fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado.

Este plan de actuación pretende evitar duplicidades en las intervenciones, asegurar una formación coordinada así como la disposición de los medios adecuados: trajes con protecciones específicas, vehículos especiales o equipos descontaminantes.

El protocolo de actuación consta de ocho etapas: zonificación del área (zonas caliente, templada y fría); identificación del producto tóxico; rescate; descontaminación de víctimas y participantes; asistencia sanitaria y traslado de las víctimas; control del siniestro; recogida y tratamiento de residuos, y, por último, control del entorno y valoración médica de los operativos.

En estos accidentes, además de efectivos altamente cualificados, se utilizan autobombas, tanques de bomberos, unidades de Soporte Vital Básico y Avanzado, vehículos de apoyo, camiones NRBQ, así como trajes de protección química y criogénicos, equipos autónomos y otros de comunicación especiales para intervención química. También son imprescindibles los dispositivos especiales de descontaminación, con un complejo sistema de suministro de agua y productos purificadores. C.G.Z.



LOS DELTAS

Rosa Suárez Bustamante
JEFE DE DIVISIÓN DE CONTROL DE CALIDAD
DE OPERACIONES SAMUR-PC

Por fin este año hemos podido completar un poco más el círculo de la Calidad Asistencial gracias a la incorporación del grupo de DELTAS. Se trata de un grupo de enfermeros y técnicos del operativo que realizan una labor de apoyo fundamental, especialmente al Soporte Vital Básico, pero también a la enfermería, colectivo que llevaba años pidiendo más participación en este ámbito.

Durante los tres últimos meses se han centrado en dar a conocer más en detalle el sistema además de ofrecer su apoyo y ayuda para mejorar la calidad de las asistencias. Los resultados hasta este momento son muy positivos y hay que resaltar la buena acogida que han tenido por parte de todo el operativo.

De todos es sabido que la preocupación por la calidad del servicio que prestamos a nuestros pacientes ha sido una máxima para el personal del SAMUR-PC desde sus comienzos en 1992.

A lo largo de estos años se han ido adaptando los métodos de gestión a la evolución del concepto de calidad de los servicios sanitarios. Actualmente, una gestión de calidad incluye necesariamente el concepto de "mejora continua", a través de la detección de oportunidades de mejora mediante la evaluación y el análisis de la actividad en todas sus vertientes.

Una de las principales herramientas de las que disponemos para lograr el objetivo de la "mejora continua" es el Sistema de Valoración del Desempeño. Este sistema incluye unos criterios objetivos de valoración asistencial para cada

colectivo profesional, criterios que utilizan diariamente los Jefes de División de Guardia para aportar una valiosa información a la Unidad de Capacitación y Calidad acerca de la evolución del desempeño individual y colectivo en lo concerniente al ámbito asistencial.

De manera indirecta también se transmite esta información del resultado de la actividad a través del análisis del grado de cumplimentación y concordancia del contenido de los informes asistenciales y, por último, y quizás más importante, de la opinión directa de los pacientes.

Los objetivos principales de este proceso son: ofrecer la retroalimentación de la actividad para que se tenga la oportunidad de analizar y subsanar deficiencias y/o de afianzar y mejorar un desempeño de calidad; detectar necesidades de formación individuales y colectivas con el fin de adecuar el diseño y desarrollo del Programa Anual de Capacitación a las necesidades reales, y finalmente, a través de los profesionales más destacados, describir estándares de calidad de la actividad de los tres colectivos. Además, los datos de la evolución de la calidad asistencial se utilizan como indicadores de la eficacia de la gestión de la Unidad y de la División de Calidad.

Esperamos que el grupo de DELTAS se consolide como uno más de los referentes de calidad que distinguen a nuestro Servicio.



BREVES

Nuevos nombramientos

El pasado mes de abril tomó posesión oficialmente como Subdirector General de SAMUR-Protección Civil, el Dr. Ervigio Corral Torres, que hasta el momento era el Jefe de Departamento de SAMUR-PC. Desde esa fecha, el Dr. Carlos Barra Elgueta, hasta entonces uno de nuestros charlys, es el nuevo Jefe de Departamento. El Subdirector General de SAMUR-PC depende directamente del Director General de Emergencias, Dr. Alfonso del Álamo.

El 'Victor' tiene una nueva base



Desde los primeros días de abril, el 'Victor' disfruta de una nueva base situada en la calle Hermenegildo Bielsa s/n de Usera. La nueva base es una planta baja totalmente reformada que ocupa una superficie total de 238 m2. Cuenta con una amplia zona de almacén, un despacho para el 'Victor', dos habitaciones, dos áreas de descanso y zona de estar/comedor, así como una cocina americana perfectamente equipada que dispone hasta de lavavajillas. Los 2 baños con ducha completan las instalaciones de esta nueva base mucho más cómoda y adecuada que la antigua base de la calle de La Cuesta.

La labor del SAMUR-Protección Civil en Banda Aceh (Sumatra)

UNA EXPERIENCIA QUE NOS HA MARCADO DE POR VIDA

Fernando Prados Roa
JEFE DE SECCIÓN DE PROTECCIÓN CIVIL SAMUR-PC



Los salvajes efectos de una catástrofe natural tienen desde el pasado 26 de diciembre una nueva referencia en la costa noroeste de isla de Sumatra.

Allí un tsunami generado por un terremoto magnitud 9.0 en la Escala Richter provocó la pérdida de más de 150.000 personas y daños materiales incalculables

El SAMUR-PC estuvo a pie de obra. Es difícil describir el drama con el que convivimos a lo largo de muchos días. También lo es expresar las sensaciones que nos transmitían los indonesios a los que la naturaleza les ha arrebatado su felicidad. Hemos vivido una experiencia inolvidable, una experiencia que nos marcará de por vida. En el plano personal hemos aprendido mucho. No es lo mismo entender esta tragedia desde las imágenes de la televisión que desde el interior mismo del desastre, ni prestar la ayuda a los demás leyendo los números de una tarjeta de crédito que intercambiar una sonrisa rodeado de desolación. Pero, sin duda, todos nos hemos traído un pedazo de humanidad y muchas emociones.

El día 28 de diciembre la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) daba luz verde al SAMUR-PC para participar en la ayuda de las víctimas del tsunami. Se puso en marcha un sistema de movilización para conformar un equipo operativo y autónomo durante un periodo de entre 10 a 15 días. El sistema de activación y movilización está todavía pendiente de proceder (aspecto en el que se está trabajando actualmente) pero el éxito de lograr situar un equipo sanitario operativo a más de 10.000 kilómetros no es fruto de la casualidad, si no del gran trabajo de muchos compañeros funcionarios y voluntarios que habían demostrado su interés previo a la activación.

Las informaciones que disponíamos sobre las terribles consecuencias del terremoto y posterior tsunami, revelaban una situación preocupante. La situación epidemiológica exigía medidas preventivas que tuvimos que contrastar con Sanidad Exterior y el Instituto de Salud Carlos III y los recursos de la zona parecían no garantizar la estancia en el lugar sin autonomía prácticamente completa. Para que un grupo de compañeros y mucho material esté listo (incluidas las mochilas de catástrofes) otros compañeros trabajaron intensamente aquellas horas previas a la salida.

La expedición se pone en marcha

El último día de 2004 a las 12 de la mañana, en un avión de la Fuerza Aérea Española y acompañados del embajador de España en Indonesia junto a 2 responsables de la AECI, 4 miembros del SUMMA, 4 bomberos de la ciudad de Córdoba y 10 sanitarios de la Sociedad Española de Medicina de Catástrofes, los 20 funcionarios y voluntarios del SAMUR-PC salimos hacia la isla de Sumatra. La expedición estaba en marcha.

En el avión empezó la segunda parte del trabajo. AECI mandó a dos responsables durante la primera fase de la misión que hicieron un trabajo extraordinario. La función de AECI es esencial para poder realizar un trabajo eficiente. Cuando ocurre un desastre las estructuras organizativas también pueden verse afectadas y esto ocurrió en Banda Aceh, donde las autoridades habían desaparecido o se encontraban ausentes por motivos evidentes. En estos casos buscar una referencia que pueda tomar decisiones y permita que la actuación de los equipos cooperantes sea productiva es esencial para el éxito de la misión y nuestros compañeros de AECI junto con la inestimable participación del embajador, nos situaron en la zona más devastada por el tsunami y con la capacidad de realizar nuestra labor en un lugar seguro.

La dirección sanitaria nos fue encomendada antes de bajar del avión en Medan con el conocimiento de los responsables de AECI y por acuerdo de los responsables de los cuatro grupos integrantes.

Medan es una ciudad situada al este de la isla de Sumatra, por lo que no se vio afectada por el tsunami y se convirtió durante días en el receptor de toda la ayuda para la zona más afectada por el desastre. Tras momentos de incertidumbre e inquietud, las decisiones de los responsables de la AECI y del embajador español consiguieron finalmente y no sin esfuerzo, que el día 2 de enero, nuestro contingente llegara a la ciudad de Banda Aceh.



Banda Aceh, nuestro destino

Improvizamos una zona del aeropuerto como dormitorio mientras realizábamos las gestiones necesarias para determinar nuestra actuación en la zona. Nos desplazamos al centro de la ciudad y visitamos el Hospital Provincial. El interior y exterior del hospital eran un auténtico lodazal con zonas de hasta un metro de profundidad. La misión de rehabilitar ese centro sanitario era imposible. Cruzando la calle, visitamos otro edificio de dos alturas y buena construcción que también estaba inundado por lodo. Era la facultad de Medicina, que parecía haber sido utilizada como centro de atención de heridos. La referencia del hospital hacía de ese edificio un lugar idóneo para la atención primaria de la población de la zona. Además, presentaba estructura eléctrica y llegada de agua canalizada, que aunque no funcionaba y no era potable, nuestros compañeros tenían capacitación suficiente para que el edificio tuviera luz y agua corriente desde el primer día. No fue el único trabajo necesario para habitar "la facultad". Todos se emplearon en labores de limpieza, de descarga de material, de colocación de medicamentos, de víveres. En tiempo récord el Puesto Médico Avanzado del SAMUR-PC y la bandera de España se situaron a la entrada de la finca del edificio.

No forma parte de nuestro trabajo diario descargar y cargar camiones, aviones, coches, etc., eliminar el lodo de un edificio, acondicionar la entrada al recinto o potabilizar y almacenar agua para abastecer duchas o retretes. Y sin todo esto, en Sumatra, no se hubiera podido hacer lo que sí hicimos a partir de ese momento, todos los días.

Nuestro trabajo se organizó en tres puntos diferenciados: el dispensario, el aeropuerto y el hospital.

El dispensario

Iniciamos la actividad sanitaria en la facultad de Medicina de Banda Aceh. En cuanto conocieron



SISTEMÁTICA DE TRABAJO

Trabajo en el Dispensario PACIENTES DE TODA LA CIUDAD

- Enfermedades médicas corrientes.
- Heridas infectadas.
- Enfermedades infecciosas.
- Coberturas terapéuticas totales.

Trabajo en el PMA del Aeropuerto

- Colaboración estrecha con los helicópteros EEUU.
- Punto de clasificación y estabilización de los heridos rescatados por los helicópteros EEUU.
- Patología traumática no tratada desde el maremoto y enfermos muy debilitados.

Trabajo en el Hospital

- Aparece con la puesta en marcha del Hospital Provincial.
- Samur se responsabiliza del Servicio de Urgencias.
- Mucha patología médica sin atender en varios días.
- Patología infecciosa predominante.



En Banda Aceh, en cuanto conocieron nuestra presencia en la zona, llegaron de toda la ciudad pacientes con patología variada, con problemas médicos típicos de unos servicios de salud deficientes y de secuelas no curadas tras el desastre

nuestra presencia en la zona, llegaron de toda la ciudad pacientes con patología variada, con problemas médicos típicos de unos servicios de salud deficientes y de secuelas no curadas tras el desastre. El trabajo en nuestro centro continuó durante toda la misión con asistencias ambulatorias, permitiéndonos un contacto con la población y el conocimiento de la patología de la zona. En las misiones en El Salvador y en Marruecos también realizamos esta labor sanitaria en situaciones diferentes.

Terminamos ubicando el consultorio en el interior del edificio, cuando pudimos habilitar todas las dependencias. También se destinó una habitación a la farmacia y el salón de actos a almacén de comida y fármacos.

El aeropuerto

El primer día de trabajo recibimos la visita de un comandante médico de la armada de los Estados

Unidos que solicitó ver nuestras instalaciones sanitarias. Tras visitarnos nos preguntó si estábamos dispuestos a trasladarnos al aeropuerto y asumir la clasificación, estabilización y atención de los heridos que ellos transportaban en helicóptero desde la costa oeste de la isla. Nos trasladamos al aeropuerto y nos colocamos en uno de los escasos huecos que quedaban para ubicar nuestras tiendas y equipos ya que decenas de equipos de emergencias de todo el mundo había desplegado en ese lugar sin posibilidad de desarrollar actividad alguna. Las camillas con heridos provenientes del oeste de Sumatra y trasladados por helicópteros y soldados del ejército de los Estados Unidos, sorteaban tiendas y barrizales para acceder a nuestras tiendas donde nos confiaban a los pacientes que atendíamos y trasladábamos a los hospitales operativos o los dejábamos en manos de una ONG americana que los atendía en campos de trasladados. Asistimos patología de urgencias y emergencias, cada día los helicópteros norteamericanos

TERREMOTO EN EL SALVADOR: LA PRIMERA MISIÓN DE AYUDA SANITARIA DEL SAMUR-PC FUERA DE NUESTRAS FRONTERAS

Alicia González Mucio, JEFE DE DIVISIÓN DE ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN

El 13 de enero de 2001 tuvo lugar un terremoto cuyos efectos se dejaron sentir en varios países de Centroamérica. El seísmo localizaba su epicentro a pocos kilómetros de la costa de la República del Salvador. El país había sido declarado zona catastrófica por su gobierno.

Inmediatamente, los diferentes servicios de emergencia e instituciones se ponían a disposición de la AECL. Entre ellos, se encontraba por primera vez el SAMUR-PC. La expedición sanitaria estaba formada por 9 personas del Servicio.

Tras casi 38 horas de viaje, incluidas las largas esperas y las escalas técnicas, la expedición llegó a su destino. Conscientes de nuestra entrega personal también lo éramos de ser principiantes en este terreno. La misión era concisa bajo las premisas de coordinación y cooperación con el sistema de ayuda establecido. El esfuerzo realizado debía suponer en ese país siempre una ayuda útil.

Una vez allí, establecimos nuestro Centro de Operaciones en el Centro de Salud de San José.

Desde este lugar atendimos a la población de la zona en coordinación con la Unidades de Salud Locales. Durante cinco días, establecimos la dinámica de trabajo de asistencia en dos equipos, uno fijo en el Centro de Salud y otro móvil, visitándose once cantones de municipios cercanos. Se atendieron un total de 565 pacientes, donde algo más del 50% fueron niños y colaboramos en campañas de vacunación y recogida de información sobre las condiciones socio-sanitarias de algunas de las zonas visitadas. Fue muy destacable la buena acogida de los salvadoreños, profesionales y afectados, que en todo nos fue dispensada. Nos regalaron millones de sonrisas a pesar de su dolor, un gesto tan generoso, gratificante y de complicidad que hacía que en ocasiones se confundieran los roles de quienes estaban dando y quienes recibiendo.

Como en el resto de misiones de esta índole, el velar por la seguridad y salvaguardar la integridad de los integrantes de la expedición también fue un factor a tener en cuenta.

Durante esta primera experiencia quedaron de

manifiesto una serie de premisas determinantes para el buen fin en futuras misiones:

- La importancia del sentimiento de unidad y sintonía entre los miembros del equipo.
- La coordinación con las autoridades competentes y otros grupos locales.
- La idea de no avasallar: ser una ayuda útil, no sustituir sino cooperar.
- La idea responsable de no pensar que con nuestro trabajo solucionaríamos el mundo. Eso sí, dando el máximo.
- La necesidad de autosuficiencia del equipo.
- La importancia de estar dotados de unos medios y recursos previos, así como de implicar al Servicio para que vea estas misiones también como una parte más de su trabajo.

Esta primera experiencia nos enseñó mucho. Nos abrió el camino para que ahora el SAMUR-PC pueda participar con eficacia en misiones de ayuda muy lejos de nuestras fronteras. Gracias a todos los que lo hicieron posible.

salían cargados de alimentos y ropa hacia zonas donde nadie había podido acceder desde que el tsunami había asolado la zona. Aldeas enteras habían desaparecido y las poblaciones que habían sobrevivido se agrupaban en zonas deforestadas esperando la ayuda por aire de estas unidades que además, gracias a nuestra presencia, podía recoger a los heridos más graves para que fueran atendidos en nuestros puestos médicos avanzados.

Hablamos mucho con los norteamericanos, de su enorme trabajo e impresionante despliegue de medios, de su vida en el portaviones, de su capacidad de intervención y trasladamos nuestras dudas de por qué habían elegido nuestra atención respecto a la de otros servicios de otros países y su respuesta en claro castellano fue: "ustedes son capaces de atender a los heridos con medios y procedimientos de alto nivel, como si estuvieran en su país y además acreditaron su capacidad en los atentados del 11-M".

Trasladamos a los heridos que requerían atención continua al hospital militar los primeros días y al hos-

pital provincial situado junto a nuestra base después, cuando estuvo habilitado. Utilizamos nuestro 4x4 que transformamos en una perfecta ambulancia asistencial quedando el volante en el lado izquierdo a diferencia de los coches del lugar; posiblemente a nadie se le ocurrió el cambio y además algo habrá que dejar para otras misiones...

El trabajo fue duro. A lo ya mencionado se unieron temperaturas superiores a los 30° C con una humedad del 95% y lluvias torrenciales que anegaban los alrededores de las tiendas de atención, dificultad para dormir por los temblores de hasta 6.5 en la escala de Richter, aparición de mosquitos en zona endémica de malaria, etc. Ya cansados recibimos al segundo contingente cuyo trabajo, disposición y capacidad fue igual al primero.

El hospital

Había que rematar la misión y nuestro compromiso con el ejército norteamericano y con la población de Banda Aceh obligaba a mantener la actividad que se había iniciado diez días antes. Los responsables de

RECURSOS MATERIALES DE LA MISIÓN

- Comunicaciones.
- Electricidad.
- Material protección personal.
- Equipo personal.
- Inteligencia Sanitaria.
- Puesto Médico Avanzado.
- Arcón de electromedicina.
- Arcón vía aérea.
- Arcón traumatología y equipos de curas.
- Arcón de fluidoterapia.
- Arcón con medicación.
- Otro material.



Trasladamos nuestras dudas sobre por qué habían elegido nuestra atención a la de otros servicios de otros países y su respuesta en claro castellano fue: "ustedes son capaces de atender a los heridos con medios y procedimientos de alto nivel, como si estuvieran en su país y además acreditaron su capacidad en los atentados del 11-M".

Durante los 27 días de misión en Banda Aceh, se atendieron 631 pacientes

AECI decidieron contactar con los nuevos gestores del hospital provincial que durante los días anteriores estaba siendo habilitado y se ofreció atender en los servicios de urgencias y traumatología, de pediatría y de cirugía. También nos integramos en esta labor junto a diferentes ejércitos y equipos de diferentes países. Mucho era el trabajo y limitadas las condiciones, empezando por el estado del hospital, pero permitió a todos los integrantes de éste segundo contingente rotar por los diferentes puestos de atención.

La necesidad de atención sanitaria de emergencias era menor cada día y además el propio sistema sanitario iba regenerándose. Sabíamos que nuestro objetivo no era lograr dar una atención sanitaria como la que disponemos en nuestro país. Nuestro objetivo era ayudar a los servicios sanitarios de la zona a adquirir su propia independencia de la ayuda externa y proporcionar la atención sanitaria mínima hasta que el sistema sanitario local fuera capaz de asumirlo. Los equipos norteamericanos decidieron revisar también

su misión y junto a nosotros decidieron finalizar esta primera fase de ayuda por lo que retiramos nuestros equipos de la zona del aeropuerto.

Existió mucha dificultad para finalizar la misión por problemas en el avión que debía devolvernos a nuestra ciudad. La sensación de inquietud también apareció en el segundo grupo y todos deseábamos ya llegar a nuestras casas.

Nos sentíamos atendidos desde España, sabíamos que cada día los informativos contaban lo que estábamos haciendo y padeciendo, nuestras familias estaban informadas a diario y para algunos los regalos de los Reyes de otro Oriente nos esperaron junto a unos zapatos sin barro. Nos volvimos con muchas experiencias vividas en un mundo muy diferente al nuestro, con la desolación y la tragedia a nuestro alrededor, pero con la sensación de haber colaborado en la medida de nuestras posibilidades a paliar los efectos de la mayor catástrofe natural que nadie haya recordado. **C20**



NO ERA UNA PESADILLA

Retransmitido en directo por televisión y ante los atónitos ojos de millones de personas, el edificio Windsor, un coloso de más de 100 metros de altura, era devorado por las llamas como si fuera de papel. Afortunadamente, este "cinematográfico" siniestro no causó ni víctimas mortales ni siquiera heridos de gravedad aunque sí hizo correr ríos de tinta y sus famosísimas "sombras" permitieron a las televisiones rellenar horas y horas de programación.

El alcohólico como paciente de riesgo plurietiológico

SHOCK SÉPTICO

Mercedes Elizondo Giménez (ENFERMERA)
Rosa Vico Fernández (MÉDICO)



El caso

EMERGENCIAS MADRID

Varón de 55 años que se encuentra tendido en el suelo en unos cuartos de baño de una galería comercial. Tras el dificultoso acceso al paciente, se le encuentra consciente, estuporoso, diaforético, mal perfundido, con posible fetor etílico y Glasgow inicial de 12.

Se procede al traslado primario prioritario a la USVA. Sin embargo, es preciso interrumpir la movilización por lo que se inicia de nuevo su reevaluación en decúbito supino. Presenta deterioro progresivo con bradicardia extrema, bradicardia de 50 lpm, SatO₂ de 68 %, y disminución de la TA. Se inician medidas de estabilización mediante la canalización de Vía IV 14G y oxigenoterapia a alto flujo. El paciente realiza bradicardia extrema, evolucionando a P.C.R. en asistolia, tras bradicardia extrema.

Después de 10 minutos de maniobras de RCP, el paciente presenta T.S.V., con pulso; precisando relación por respuesta respiratoria espontánea.

Exploraciones complementarias: determinaciones secuenciales

- **Hipoglucemia** <20mg/dl 60mg/dl 98mg/dl
- **Analítica de sangre venosa:** Acidosis, Hipoxemia e Hipernatremia

Evolución del Caso

Llama la atención la alteración electrolítica, con presencia de hiponatremia, así como la no mejoría de los parámetros tras corrección de la acidosis con Bicarbonato Sódico 1M a dosis de 100 mEq.

El paciente queda ingresado en la U.C.I., inestable, hipotenso, hipoxémico, afebril, con infiltrado pulmonar bilateral, atribuyendo el caso a un proceso séptico

de etiología desconocida. Tratándole con antibioterapia de amplio espectro, ampliando anaeróbios. A las 24 horas se obtiene diagnóstico diferencial de sepsis generalizada por neumococo, produciéndose Síndrome de Fallo Multiorgánico y posterior fracaso renal agudo que es corregido con hemodiálisis, con sistema de hemofiltración.

A los tres meses de ser ingresado, se encuentra reingresado en la U.C.I., tras haber sido dado de alta a la planta de Medicina Interna, con el siguiente diagnóstico: P.C.R. extrahospitalaria, recuperada tras 10 minutos de R.C.P.; Shock Séptico; meningitis; neumonía neumocócica; Síndrome de Fallo Multiorgánico; fracaso renal agudo, resuelto con hemofiltración; TAC craneal: (Infarto Agudo Protuberancial?); traqueostomía; HTA y, finalmente, epilepsia con crisis tónico-clónicas.

Conclusión

El interés de este caso es que muestra al alcohólico como un paciente de riesgo plurietiológico llegando a desarrollar cuadros graves como el de la llamada Triada de Osler. Es común en alcohólicos crónicos que desarrollan clínica de meningitis, neumonía y endocarditis, siendo la aparición de esta última la mayor responsable de la mortalidad. En este paciente no se desarrolló la endocarditis hecho que condicionó, en parte su supervivencia. Fueron tres las sospechas diagnósticas ante la PCR: hipoxia, alteraciones hidroelectrolíticas refractarias a tratamiento o difícilmente reversibles y alteraciones neurológicas. **C20**

RESULTADOS ANALÍTICA

	1ª ANALÍTICA	2ª ANALÍTICA (tras Bicarbonato en maniobras de R.C.P.)
PH	7,18	7,11
PCO ₂	48,3	38,18
PO ₂	17	43
HCO ₃	10,8	17
EB	-9	-12
SO ₂	17	62
TCO ₂	20	19
Na	111	118
K+	4,8	4
lca	1,8	0,9
Hb	12,9	12,9
Htc	38	38

El paciente entra en PCR. Se le recupera tras diez minutos de RCP



Plan de formación interna 2005

Isabel Casado Flórez

JEFE DE UNIDAD DE CAPACITACIÓN Y ASISTENCIAL SAMUR-PC

Durante el pasado año, la Unidad de Capacitación y Calidad Asistencial desarrolló un programa de formación con el objetivos de ajustarse tanto a las necesidades de formación obtenidas por la valoración del desempeño como a las necesidades recogidas del personal. Este plan está basado en tres pilares fundamentales:

- Formación en soporte vital.
- Formación en asistencia a múltiples víctimas y catástrofes.
- Formación en aspectos y técnicas de apoyo relacionados con la emergencia que ayudan al desarrollo de la labor asistencial.

Todo ello se pretende realizar haciendo hincapié en la mejora en la calidad de la formación ofrecida. De hecho, se han tomado medidas como la disminución de la ratio alumno/profesor, el menor número de alumnos por edición (máximo 30 alumnos), así como la unificación de contenidos formativos entre docentes.

Otro aspecto fundamental ha sido el planteamiento eminentemente práctico de las acciones formativas. Por ello, siempre se exige la exposición de supuestos prácticos, aún en las sesiones de temas más teóricos.

Ninguna formación tendría sentido si los protagonistas de ella, los alumnos, no se sintieran conformes con ella. Por eso iniciamos durante este 2.004 la recogida de vuestras opiniones en forma de evaluación de satisfacción. En ese sentido, nos sentimos



satisfechos con los resultados obtenidos, aunque debemos seguir mejorando. Desde aquí, volvemos a daros las gracias por colaborar.

Con el Plan de Formación Interna 2005 pretendemos que la formación haya pasado definitivamente de ser una declaración de intenciones para convertirse en una nueva herramienta al servicio de la siempre cambiante, actividad y "especialidad", que nos une, la emergencia extrahospitalaria. **C20**

ACTIVIDADES FORMATIVAS 2005

Esta formación supondrá para cada profesional un total de horas aproximado en torno a las 40 horas obligatorias

MÉDICOS / ENFERMERAS

- Materiales de Catástrofes (formación por equipos), Proveedores de AVCA (AHA), RCP pediátrica y neonatal (Grupo español de RCP pediátrica. (HGM), Traumatología, Legislación en emergencias y Organización y toma de decisiones en incidentes NRBO (para Directivos y Jefes de Guardia).

TATS/OTS:

- Materiales de Catástrofes (formación por equipos), Seguridad y salud, Taller de vendajes, Transporte y urgencia pediátrica, Riesgos biológicos, Seguridad vial, Central de Comunicaciones (para personal de la Central) y Apoyo logístico a la catástrofe (para personal del Parque).

La efectividad de las compresiones torácicas disminuye de forma importante a partir del primer minuto de RCP

Este viejo estudio del año 2002 nos permite recordar la importancia del relevo frecuente en la realización del masaje cardiaco externo. Se valoró la efectividad de las compresiones torácicas realizadas durante tres minutos por un número importante de reanimadores bien entrenados en SVB. Se observó que el número de compresiones torácicas eficaces disminuía de la siguiente

manera a lo largo de dos periodos consecutivos de tres minutos con un mínimo descanso entre ambos: 1º minuto-82, 2º minuto-68, 3º minuto-52, 4º minuto-70, 5º minuto-44, 6º minuto-27. Algunos de los resucitados no consiguieron acabar el segundo ciclo. **A. Ashton. Resuscitation 55, 151-155.**

Rev. bibliográfica: E. Corral

János Balassa y la primera RCP

Varias decenas de años antes de los experimentos de Boehm en gatos y más de 100 años con respecto a las primeras publicaciones de Kouwenhoven, aparece este médico húngaro como el autor de la primera RCP en humanos. Cuenta un viejo escrito de la Academia Médica húngara un hecho ocurrido en 1858 en el curso de una asistencia sanitaria realizada a una joven con una laringitis ulcerosa producida por una difteria. Mientras se disponía a realizar una traqueotomía, la paciente sufrió una parada cardiorrespiratoria. El Dr. Balassa abrió quirúrgicamente su vía aérea y presionó su pecho rítmicamente simulando el esfuerzo de las respiraciones. Poco después retorna su pulso y su respiración comienza a ser regular, y al parecer, a los 15 minutos responde a su llamada. Quizás sin saberlo, Balassa había proporcionado las primeras compresiones cardiacas de la historia, compresiones a las que él definió como "presión rítmica a modo de bramido en la parte frontal del pecho". **Am J. Emerg. Med. 2004;22:622-3**

Rev. bibliográfica: E. Corral

La relación entre tiempo de intubación y supervivencia en las PCRs extrahospitalarias

Aunque el estudio ha sido realizado en EEUU y, por tanto, con paramédicos, es bastante significativo en cuanto que dilucida entre los pacientes que tienen aislada su vía aérea antes y después de los 12 minutos tras el inicio de la PCR. Pues bien, la supervivencia es el doble en los casos en los que la intubación se realizó de forma más precoz. Sin

duda, es otro estudio que demuestra la eficacia de una vía aérea permeable de forma temprana en el seno de una resucitación. **Prehosp Emerg Care. 2004 Oct-Dic;8(4):394-9.**

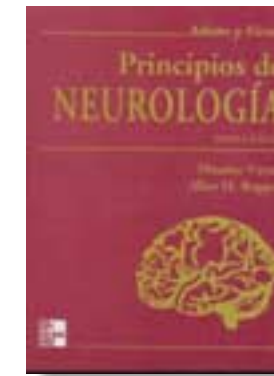
Rev. bibliográfica: E. Corral

Comparativa de Etomidato y Midazolam a la mitad de dosis en la secuencia rápida de intubación

Malos tiempos están corriendo para el Etomidato últimamente. Su asociación a lo que se ha denominado Insuficiencia Suprarrenal Relativa (ISR) está llevando a cuestionarse la utilización de este fármaco en su indicación fundamental: la secuencia rápida de intubación. De ahí la importancia de este estudio en el que se compara la repercusión hemodinámica de ambos fármacos. Con esa dosis, el Midazolam presenta la misma frecuencia de episodios hipotensivos que el Etomidato a dosis completa. Quizás habría que preguntar a los autores sobre el nivel de sedación del grupo de Midazolam. De todas las maneras, es posible que debamos empezar a buscar otras alternativas a los dos fármacos: ¿Ketamina, Propofol?.

Prehosp Emerg Care. 2004 Jul-Sep;8(3):273-9

Rev. bibliográfica: E. Corral



PRINCIPIOS DE NEUROLOGÍA

Autores: Vict Maurice, Ror Allan H. Editorial: McGraw-Hill

Interamericana

Comentario de:

Mercedes Elizondo Giménez

Séptima edición en castellano del clásico Tratado de neurología de ADAMS, libro de referencia para todos los profesionales que se quieren adentrar y profundizar en el conocimiento de las enfermedades del sistema nervioso. La primera parte de esta obra consiste en una exposición detallada de los síntomas y signos de neurológicos, los analiza desde los puntos de vista anatómico, fisiológico y nos razona sus consecuencias clínicas.

Lo agrupa en grandes síndromes y a continuación se describen las principales

enfermedades de cada uno de ellos. Esta aproximación a la enfermedad neurológica es lógica pues en la práctica, el paciente presenta síntomas de trastornos neurológicos a partir de los cuales el clínico debe de llegar a un diagnóstico. Esta secuencia que va desde el síntoma hasta el síndrome y a la enfermedad, recapitula el proceso racional del juicio clínico.

Este libro brinda la información indispensable no solo para el estudio de la neurología sino también para la medicina de urgencias y cuidados intensivos encontrándose en los capítulos 16, 17, 18, 34 y 35 material relevante para la práctica de estas especialidades.

Por último, se tratan los síndromes psiquiátricos y las enfermedades psiquiátricas principales, incluyendo los efectos neuropsiquiátricos por alcoholismo y abuso de drogas.

Esta obra consta de 6 partes, cada parte esta distribuida en diferentes capítulos estando organizados según la importancia de signos, síntomas y señales de una función nerviosa alterada.

DISPONIBLE EN NUESTRA BIBLIOTECA

gente samur

Rosa Suárez Bustamante, JEFE DE DIVISION DE CONTROL DE CALIDAD DE OPERACIONES SAMUR-PC

ESCAPADAS A LA SIERRA DE MADRID

Poco a poco SAMUR-PC se va poniendo "en forma", aunque todavía nos falta un poco de participación. A estas alturas de año ya sois 45 los que habéis participado en alguna de las actividades que se han organizado:

1. 28 valientes de nuestro servicio se propusieron acabar el año bien acompañados. El día 31 de diciembre celebramos junto a más de 15.000 corredores el cuarenta aniversario de una carrera ya mítica, la San Silvestre Vallecana.
2. El 7 de enero salimos para pisotear las primeras grandes nevadas de este año. Se animaron pocos pero con mucho peso: uno de nuestros más queridos veteranos, Félix de la Central, demostró su excelente forma física.
3. El 10 de Marzo otra travesía de montaña: de Navacerrada a Cercedilla. No queremos dejar de agradecer a nuestros compañeros David Prieto y Emilio Muñoz su participación como Guías de Montaña de estas salidas. Todas las ideas y colaboraciones son bienvenidas.
4. El 6 y 13 de marzo dos paseos de 10 km (Carrera del Agua y la Carrera Intercampus). Aquí mencionar a nuestro más constante corredor, el voluntario Francisco Javier Martínez Jiménez, Alisa "Chispas").
5. El 10 y 24 de abril otras dos carreras con historia: La Media Maratón Popular de Madrid y el XXVIII Maratón Popular de Madrid.
6. El equipo de fútbol vuelve a hacer de las suyas. Todos aquellos que os animéis estáis invitados a los partidos de entrenamiento de Fútbol-7 que tendrán lugar todos los miércoles de 10 a 12 en el Polideportivo de Aluche. El 11 y 12 de junio tuvo

lugar una cita ineludible y sin parangón en nuestra historia deportiva: El Equipo SAMUR-PC participa en Tolouse en el TORNEO INTERNACIONAL SAMU DE FRANCIA.

7. En mayo la XVI Carrera Popular 1º de Mayo (10 km).
8. Y lo mejor: nuestra propia carrera en las Jornadas de Catástrofes de este año, un trayecto corto por la Casa de Campo el sábado 25 de junio.

Os animamos a que participéis más activamente, tenéis la información de futuras citas en la página SAMUR-PC de la Intranet municipal AYRE. **C20**



XIV Jornadas Municipales Sobre Catástrofes

"SAMUR: más allá de Madrid"

Madrid 24, 25 y 26 de junio 2005

www.munimadrid.es/samur



madrid



M A D R I D
2 0 1 2

Área de Gobierno de Seguridad y
Servicios a la Comunidad
Dirección General de Emergencias