



Asociación de Sanitarios de Bomberos de España

Boletín 2.0

Número 47 - Enero 2017



Editorial

Miguel Angel Molina Sánchez
Presidente de ASBE

Estimados socios y amigos:

Nuevamente me dirijo a vosotros desde nuestro boletín para deseáros, como no puede ser de otra manera en días tan señalados, que los hayáis pasado en compañía de vuestros seres queridos y que hayan estado plenos de paz, sosiego y felicidad, así como que en el año que ya comenzamos se cumplan todos vuestros deseos y afanes.

Un año 2016 que ya va quedando atrás, y que para mi, personalmente, ha sido sin duda un año duro. Sin embargo, gracias al apoyo de todos los que nos quieren y aprecian se han podido superar las dificultades.

Me gustaría públicamente dar la bienvenida de la junta a dos nuevos miembros. Proviene del Ajuntament de Barcelona, son dos enfermer@s jóvenes que creo que aportan savia nueva y una deseable renovación en este órgano rector de nuestra asociación. Por otro lado quiero despedir de la junta, que no de nuestra asociación a Nuria Molina y a Manel Tomás, pioneros de ASBE y que por decisión propia han decidido dejar paso a sangre nueva. De verdad y de corazón quiero darles las gracias por todo lo que han trabajado por nosotros, que según ellos no ha sido mucho, pero el que hace lo que puede ya hace mucho.

También me gustaría destacar la realización de las pasadas jornadas nacionales de la ASBE, celebradas durante el mes de noviembre en el Principat d'Andorra, que gracias al generoso esfuerzo que ha realizado la comisión de las mismas, y al incondicional apoyo recibido de las instituciones y las gentes del Principado, especialmente Juanjo Barrio, han constituido en muchos aspectos un éxito, del cual se puede sentir orgullosa nuestra asociación.

Pero, igual que un año se termina, otro se inicia, con nuevos e ilusionantes retos y proyectos. Dentro de los proyectos para el año 2017, tengo la satisfacción de anunciaros que las XXVII Jornadas Nacionales de la Asociación de Sanitarios de Bomberos de España se celebrarán en Sevilla, y aunque las fechas están aún por concretar, sí puedo adelantar que serán la última semana de octubre o las primeras de noviembre, de manera que os sugiero que vayáis reservando estas fechas en vuestras agendas y así poder reunirnos en la capital andaluza.

También pretendemos que a lo largo del año sigan los contactos de las comisiones y grupos de trabajo que se han creado en ASBE, y cuyas conclusiones y documentos esperamos comiencen a salir a la luz a lo largo del año entrante, y a los cuales os animo a que os suméis.

Me despido de todos vosotros deseándoos nuevamente una Navidad llena de amor, paz y felicidad y un Año Nuevo venturoso pleno de esperanza y prosperidad para vosotros, vuestras familias y amigos.

Miguel Ángel Molina Sánchez

Presidente de la ASBE



Coordinación Boletín: José Antonio Cortés Ramas	
Edición: Diego Borraz Clares	Coord. Emergencias:
Coord. Salud Laboral: Jose Manuel Alvarez Gómez	Coord. Medicina del Deporte: Javier Pérez Ansón
Editado en Zaragoza (España). ISSN: 2386-6934	

Resumen de las XXVI Jornadas Nacionales



Las Jornadas comenzaron con la inauguración, a cargo del Ilmo. Sr. D. Xavier Espot Zamora, del Ministeri d'Afers Socials, Justícia i Interior, y contó también con la presencia del Embajador de España en Andorra, el Ilmo. Sr. D. Manuel Montobbio de Balanzó.

Tras la inauguración, D. Jordi Farré Canelles, Director Adjunto del DEPEIS d'Andorra, nos hizo una amena Presentación del Servicio de Bomberos del Principat d'Andorra y de su Sección Sanitaria.

A continuación, comenzó la primera mesa redonda, moderada por el Dr. Miguel Angel Molina, sobre la Visión internacional de los sanitarios en los cuerpos de bomberos.

En dicha mesa, la primera intervención corrió a cargo del capitán Jerome Salles, perteneciente al Servicio Médico del SDIS 66 de Perpignan (Francia). En la mis-

ma nos describió el amplio dispositivo de personal sanitario que son capaces de desplegar los bomberos de Francia, contando con una gran diversidad de profesionales: médicos, enfermeros, psicólogos, farmacéuticos, veterinarios, fisioterapeutas... Dichos profesionales, salvo en las grandes ciudades como París y Marsella, que son profesionales, actúan con los bomberos con carácter voluntario. También expuso que aunque hay una ley de carácter estatal que regula dichos servicios, existe una gran autonomía departamental en el desarrollo de la misma, y por lo tanto existen notables diferencias entre los departamentos a la hora de implementar más o menos estos servicios.

A continuación, el Dr. Armando Cester Martínez, Jefe Médico de la Asistencia Médica del Cuerpo de Bomberos del Ayuntamiento de Zaragoza, hizo un completo repaso histórico de la presencia de sanitarios en los Cuerpos de Bomberos tanto a nivel internacional como

en España, para exponer seguidamente la situación actual de la cuestión y argumentar las razones por las que dichos servicios sanitarios deben ser mantenidos e incluso incrementados, para beneficio de la sociedad a la que atienden.

Finalmente, Nelson Filipe Monteiro Nascimento, Director del Grupo Nacional de Bombeiros-Enfermeiros de Portugal, tras la proyección de un impactante video, donde se apreciaron las graves carencias y enormes dificultades con que se enfrentan ante un siniestro los bomberos lusos, presentó un proyecto encaminado a la incorporación de sanitarios en los cuerpos de bomberos de Portugal, así como su integración en el sistema de emergencias portugués, tomando los aspectos más destacados de los sistemas franceses y español.

Una vez finalizada esta mesa, Juan Carlos Gasca Gómez moderó un breve espacio en el que se presentaron los grupos de trabajo creados en el último año.

Juan Carlos a su vez informó sobre el grupo de formación, tanto de los contenidos de formación sanitaria como el camino a seguir para solucionar la problemática con los Técnicos de Emergencias Sanitarias y las ambulancias de Bomberos.

Se quedó para una posterior reunión en las Rozas (Madrid), con los responsables y jefes de servicio de diferentes cuerpos de bomberos para tratar este tema.

José Manuel Álvarez Gómez, como responsable del grupo de salud laboral, informó de los trabajos realizados y presentados recientemente en la reunión de Madrid.

Elvira Prieto Cuervo, como miembro del grupo de procedimientos, nos habló de su creación, objetivos, actividades, miembros, y forma de contacto.



Antonio Benavides Monge informó del grupo de jubilación anticipada, los pasos que han realizado diferentes Cuerpos de Bomberos, y aquellos que están en negociaciones.

Y por último, Carlos Gracia Sos informó sobre el trabajo del grupo de suicidos.

Tras esta breve mesa, Ramón Pérez Peñaranda nos presentó la aplicación para móviles para la atención a personas con diversidad funcional, creada entre otros por él mismo.

Tras esto, dio comienzo la mesa de Salud Laboral. En ella intervinieron el Dr. Sebastián Cartón Gutiérrez, Médico de Bomberos de la Comunidad de Madrid, el Dr. Antonio Benavides Monje, Médico de Grup de Emergències Mèdiques de los Bombers de la Generalitat de Catalunya, y el Dr. José Manuel Álvarez Gómez, Médico de Bomberos del Ayuntamiento de Valencia.

Los tres ponentes analizaron el hecho de la elaboración del documento, la discusión de los borradores contrastados con la información de la Asociación Española de lucha contra el cáncer, y la necesidad como Asociación de sanitarios de posicionarse ante la inquietud generalizada sobre los trabajos de bomberos y el riesgo de padecer cáncer.

El documento, al que se puede acceder desde la página web de la ASBE, lo hemos titulado [Riesgo de Patología tumoral en Bomberos. Documento de consenso](#). Fue presentado en el Parque Central de Bomberos de la Comunidad de Madrid el 30 de Marzo del presente año y contó con la participación de las siguientes personas:

- José Manuel Álvarez Gómez, Médico especialista en Medicina del trabajo y Jefe de Salud Laboral del servicio de Bomberos del Ayuntamiento de Valencia,
- Antonio Benavides Monje, Médico del Grup de Emergències Mèdiques de los Bombers de la Generalitat de Catalunya.
- Sebastián Cartón Gutierrez, Jefe Médico de Cuerpo de Bomberos de la Comunidad de Madrid
- Blanca Cifuentes Valencia, Medico de Bomberos de la Comunidad de Madrid
- Ana Franco Gracia, Médico Especialista en Medicina del trabajo del Ayuntamiento de Zaragoza.
- Patricia Gil de la Peña, Técnico Prevención de la Función pública de la Comunidad de Madrid.
- Maria Pilar Moral Però, Técnico de prevención de Riesgos Laborales del Ajuntament de Barcelona
- Vicente Moreno Mellado, Médico del Cuerpo de bom-

beros de la Comunidad de Madrid.

- Paloma Novillo Fertren Vazquez, Médico evaluadora INSS Madrid
- Carlos Ramos Torán, Médico del Cuerpo de bomberos de la Comunidad de Madrid
- Carmen Romero Andujar, Médico del Cuerpo de bomberos de la Comunidad de Madrid
- Beatriz Varela Moll, Enfermera salud laboral Comunidad de Madrid
- Juan Carlos Yepes Perez, Enfermero del Trabajo. Ajuntament de Barcelona.

Tras esta mesa, pasamos a debatir sobre los temas mas interesantes de la mañana en la comida de trabajo.

Por la tarde se celebró la Asamblea General, y las actividades culturales programadas.

La segunda jornada comenzó con la mesa Aspectos psicológicos en las emergencias.

Moderada por Ramón Pérez Peñaranda, contó con la presencia de Pau Ribes, psicólogo y suboficial del DPEIS, Joan Beteta, Psicólogo del GEM y Caporal de Bombers de la Generalitat de Catalunya, y Andrés López, Psiquiatra. Técnico Dirección regional de FAISEM.

Pau Ribes, en su ponencia abordó dos temáticas en relación a la temática de la Mesa Redonda:

- El funcionamiento de la Sección Psicológica del DPEIS, Andorra.
- La presentación de herramientas de diagnóstico psicológico.

En su exposición se centró en su objetivo de asegurar la atención psicológica de los bomberos, actuando sobre los posibles traumatismos psicológicos de carácter profesional que se derivan de las intervenciones, siendo desarrollada por 1 psicólogo del DPEIS y la colaboración de Psicólogos/as externos con formación específica en Psicología de Emergencias con intervinientes.

Las tareas que se realizan y que tienen lugar antes, durante y tras la emergencia, están en relación, con:

- Previsión
- Prevención
- Intervención
- Rehabilitación psicosocial

El desarrollo de sus intervenciones responde a un protocolo que se inicia con la activación de la demanda de parte de la Dirección, Oficial Jefe de Guardia, Suboficial,

Bomberos de forma individual, Sección Sanitaria y después de una intervención difícil, como pueden ser:

- Accidente, agresión, o muerte de un bombero
- Se ha visto en riesgo la vida de un interviniente
- Estrés psicológico intenso por las circunstancias de la intervención
- Intervención a un conocido, familiar o niño
- Víctimas numerosas
- Muerte de la víctima

Prosigue la intervención presentando modelos de intervención, entre los que destaca:

- M.O.S.A.R.E: Medida, Objetivo, Solución, Aplicación, Resultados y Epílogo.
- EUP (Examen de Urgencia Psicológica) que valora la necesidad de asistencia psicológica, a partir de un análisis cuantitativo y cualitativo del estado psicológico de una persona ante una situación crítica.
- Triage psicológico.
- El BFP (Bilan Flash Psychologique, Goujard, S., 2010) que permite obtener de manera rápida una medida subjetiva del evento traumático, depresivo y de agotamiento físico con la ayuda de tres tiras y estableciendo una puntuación global que se relaciona con un balance o estado.

1.- Escala de unidades subjetiva de la angustia ¿Nivel de tensión o de estrés?

2.- Escala de unidades subjetiva de la tristeza ¿Nivel de estado de ánimo?

3.- Escala de unidades subjetiva del estado físico ¿Nivel del estado físico?

La suma de las tres escalas determinan una puntuación global que se correlaciona con un balance:

3 a 10

Balance verde:

Ninguna acción

11 a 20

Balance amarillo:

Atención psicológica

21 a 30 ó >6

Balance rojo:

Atención psicológica Urgente

Toda escala que pase del 6/10 en cualquiera de las tres escalas tiene que comportar atención psicológica y será contada como balance rojo.

• La utilización de la herramienta 5 Q'S permite obtener un análisis cualitativo del estado psicológico de una persona que se enfrenta a una situación crítica:

1. ¿Qué has hecho y en qué papel?
2. ¿Qué piensas de tu acción?
3. ¿Cuáles han sido las dificultades más importantes que te has encontrado? (A nivel de lo vivido o a nivel operacional)
4. ¿Cómo te encuentras en el momento actual?
5. ¿Crees que sería buena idea enlazar con un debriefing psicológico y/o operacional?

Por último el ponente expone diferentes técnicas: de-fusing, debriefing, grupo de duelo, que unidas a las herramientas anteriores conforman el Critical Event Management y Death Event Management Recommendations 2015 según S. GOJJARD y el modelo 3D Crash propuesto por E. DE SOIR, 2006, con el que finaliza su ponencia.

La segunda intervención en la Mesa Redonda está a cargo de D. Joan Beteta Madrid.

Joan presenta su ponencia "Atención psicológica en el accidente de autocar de Freginals". Trata sobre la intervención en el accidente de autobús de Freginals, ocurrido el domingo 20 de marzo de 2016 en la AP-7 Km 333,2, sentido La Jonquera en el que fallecieron 13 estudiantes universitarios Erasmus y 34 personas resultaron heridas.

Nos refiere la recepción de la llamada, la llegada al siniestro y los trabajos de rescate y excarcelación de víctimas, los traslados a hospitales, las rotaciones de los intervinientes y los trabajos posteriores desde el punto de vista psicológico con el personal que atendió el siniestro.

Por último el psiquiatra Andrés López Pardo, presenta la ponencia "Manejo inicial de la ideación suicida: indicadores ocultos"

Comienza haciendo una introducción sobre diversos estudios realizados por la OMS y los instrumentos para formación de bomberos y policía en referencia al suicidio, centrándose en la ideación suicida, la evaluación del riesgo y sobre todo en aquellos indicadores que pueden pasar inadvertidos.

Describe de manera pormenorizada, a la vez que sintética:

- 1.- Los factores de riesgo, precipitantes y de protección, identificando cada uno de ellos.
- 2.- La entrevista como momento para la evaluación del riesgo, proponiendo cuándo, cómo y qué preguntar.

Establece los parámetros ideales para un primer acercamiento: intimidad, retirada de medios lesivos, dejar espacio físico, etc., preguntar tras establecer una conexión empática y cuando el/la paciente se sienta cómodo/a.

Es muy importante tomar en consideración los siguientes aspectos:

- No juzgarle.
- No reprocharle su manera de pensar o actuar.
- Tomar las amenazas en serio, no criticar, no discutir, no utilizar sarcasmos, ni desafíos.
- Minimizar sus ideas es una actitud equivocada.
- No entrar en pánico.
- Adoptar una disposición de escucha auténtica y flexible.
- Comprender que, por muy extraña que parezca la situación, está atravesando por un momento muy difícil en su vida.
- Emplear términos y frases amables y mantener una conducta de respeto: "Me gustaría que me dieras una oportunidad para ayudarte").
- Hablar de su idea de cometer suicidio abiertamente y sin temor (descartar el mito de que nosotros le vamos a dar la idea de suicidarse).

Es de vital importancia estar atento a las señales de alarma.

- Comentarios negativos sobre sí mismo (mi vida no tiene sentido).
- Comentarios negativos sobre el futuro (mis problemas no tienen solución).
- Comentarios relacionados con el acto suicida o la muerte (no merece la pena seguir viviendo).
- Señales de alerta verbales, comentarios negativos sobre su futuro, su vida o sobre intentos suicidas estando atento a posibles señales de alarma.
- Cerrar asuntos pendientes.
- Preparación de documentos (testamento, seguros de vida, etc.).
- Desprenderse de objetos personales.
- Despedidas verbales o escritas.
- Señales de alerta no verbales: Cambio repentino en su conducta. Este cambio puede ir en varios sentidos:
 - Aumento significativo de la irascibilidad, irritabilidad, ingesta de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a las habituales y con una frecuencia inusual.
 - Periodo de calma y tranquilidad repentino cuando previamente ha presentado gran agitación.
 - Considerar esta situación como una mejoría de su familiar podría ser un error; puede constituir una se-

ñal de peligro de riesgo inminente.

El ponente continúa presentando la Escala SAD Persons y la Escala IS PATH WARM, para una valoración objetiva del riesgo suicida.

Finaliza su ponencia con el manejo inicial y los criterios de hospitalización:

- Intento suicida: hospitalización.
- Ideas Suicidas y Trastorno Psiquiátrico, acontecimientos estresantes e intentos previos (riesgo alto): hospitalización.
- Ideas Suicidas con Trastorno Mental y otros factores de riesgo: remitir a Servicio de Salud Mental.
- Ideación Suicida Moderada seguimiento salud mental. En caso de ausencia de apoyo valorar hospitalización
- Ideación Suicida baja, seguimiento ambulatorio.

Y como puntos básicos nos propone los aspectos a identificar en la evaluación del riesgo suicida, destacando principalmente los siguientes:

- Presencia de intentos de suicidio previos y el abuso de sustancias
- Presencia de trastornos mentales, síntomas específicos como desesperanza, ansiedad e ideación suicida grave (ideas de muerte todos los días, la mayor parte del tiempo), así como eventos estresantes y disponibilidad de métodos
- Factores de riesgo: enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, ausencia de apoyo social y antecedentes de suicidio en el entorno.
- Factores estresantes

Como conclusión, a riesgo de ser simplista, destaca el hecho de que no se detecten estas alarmas, no significa que no exista riesgo para un intento de suicidio. Nos refiere la recepción de la llamada, la llegada al siniestro y los trabajos de rescate y excarcelación de víctimas, los



traslados a hospitales, las rotaciones de los intervinientes y los trabajos posteriores desde el punto de vista psicológico con el personal que atendió el siniestro.

Posteriormente se dio paso a la mesa de ponencias cortas, moderada por Juan Carlos Yepes. En ella se trataron temas como la intubación endotraqueal de fortuna, la incorporación de nuevos sanitarios en Bombers de Barcelona, un Análisis cuantitativo - cualitativo, estadísticas servicios Junio 2015 - 2016, y una Exposición de un servicio de rescate de alta complejidad, a nivel sanitario.

En la tradicional mesa redonda de empresas colaboradoras, moderada por Jose Antonio Cortes, un año más, nos presentaron sus nuevos productos para desarrollar de forma más eficiente nuestra labor asistencial en la atención sanitaria en las urgencias y emergencias extrahospitalarias:

- EMERGENCIA 2000: Herminio Ruiz-Andino nos comentó las novedades existentes en su empresa.
- PHYSIOCONTROL: Javier García Menéndez nos presenta el nuevo DEA LIFEPAK CR2, informándonos de las ventajas sobre los dispositivos existentes actualmente en el mercado. También pudimos ver y manejar este dispositivo en el stand que pusieron en las Jornadas. A su vez, nos comentó las novedades que presenta el LUCAS 3.
- MASIMO: Daniel Tellado Velasco nos actualizó el tema de la pulsioximetría y capnografía, así como de las novedades presentes en sus modernos dispositivos.
- RESCATE JOTA: José Javier Tárraga nos presentó sus productos en extricación, movilización e inmovilización del paciente accidentado.

A continuación, y presentada por Armando Cester, presentó su reciente tesis doctoral Elvira Prieto, titulada Búsqueda de un indicador dinámico de análisis de las emergencias en un servicio de asistencia médica extrahospitalaria de bomberos. Validación empírica en Bomberos del Ayuntamiento de Zaragoza.

Y ya para concluir, Iñigo Soteras desarrolló una fantástica ponencia final sobre Síndromes por aplastamiento, siendo muy clarificadora sobre mitos y creencias relacionadas con la fisiopatología y el tratamiento de este síndrome.

Alteraciones por calor y frío

Marta Pellicer Gayarre
Enfermera

Asistencia Médica. Bomberos Ayuntamiento Zaragoza

La Temperatura Corporal del organismo se mantiene dentro de unos márgenes muy estrechos, alrededor de 36.5°C.

Para regular la temperatura existen múltiples mecanismos controlados por el hipotálamo.

El tono muscular, la tiroxina y las catecolaminas son las principales fuentes de calor y la radiación, la convección, la conducción y la evaporación son las formas de perder calor que tiene el organismo. El hipotálamo es el "termostato" de este sistema.

La temperatura central se puede medir:

- Recto
- Esófago (más exacto)
- Vejiga
- Tímpano
- Grandes vasos

En el medio extrahospitalario se realiza mediante la Tª timpánica, oral o rectal.

HIPERTERMIA

En la hipertermia los mecanismos fisiológicos que mantienen la temperatura corporal constante fracasan y se produce un aumento de la temperatura, bien por aumento de la producción de calor o bien por una alteración en la eliminación del mismo.

Los factores predisponentes son:

- Aumento del calor exógeno: Tª y humedad ambiental elevadas
- Aumento en la producción de calor endógeno:
 - fiebre
 - actividad física
 - convulsiones
 - hipertiroidismo
 - fármacos (antidepresivos tricíclicos, IMAO...)
 - drogas (cocaína, anfetaminas, LSD)
- Disminución de la disipación de calor:

- deshidratación
- enfermedades cardiovasculares
- ancianos y niños
- obesidad
- ropa inadecuada
- alcoholismo
- fármacos (anticolinérgicos, diuréticos, betabloqueantes)

Se clasifican en:

-Hipertermias leves:

El organismo es capaz de mantener la regulación de la temperatura. La elevación de la Tª es de hasta 40°C (síncopes, calambres, agotamiento por calor)

-Hipertermias graves:

El organismo no es capaz de regular la Tª, pudiendo aumentar por encima de los 42°C. La más importante es el golpe de calor

Golpe de calor

Se produce un fracaso multiorgánico secundario a una elevación extrema de la Tª corporal como consecuencia del fracaso de la termorregulación.

Según los mecanismos de producción existen dos tipos de golpe de calor:

- Pasivo: aparece en ancianos con patologías previas en ambientes calurosos
- Activo: es característico de personas jóvenes no entrenadas que realizan ejercicio físico intenso. La temperatura ambiental elevada favorece su desarrollo, pero también puede presentarse con temperaturas no muy altas, al estar más en relación con la producción endógena de calor.

Los bomberos tienen un riesgo elevado de sufrir hipertermia en mayor o menor grado, por su trabajo en condiciones de altísimas temperaturas, ejercicio físico intenso y la escasa o nula transpirabilidad de sus trajes de intervención.

Para prevenirla, es importante incidir en su hidratación precoz antes de la aparición de la sed, beber bebidas

isotónicas, realizar relevos y detectar rápidamente los síntomas para poder realizar un tratamiento precoz.

El diagnóstico se realiza por los antecedentes de exposición a altas temperaturas, ingesta de ciertos fármacos y fundamentalmente por la clínica.

En la clínica podemos encontrar:

- Hipertermia: Temperatura corporal central igual o superior a 41°C
- Deterioro neurológico agudo: síndrome confusional, agitación, agresividad, delirio, convulsiones...
- Hipotensión arterial: Debida a la hipovolemia y a la vasodilatación cutánea.
- Taquicardia e hiperventilación
- Piel caliente y seca. Enrojecimiento facial.
- Alteraciones digestivas: vómitos y diarrea.
- Otras alteraciones: renales, musculares, hematológicas, electrolíticas

El tratamiento dependerá de la gravedad de la hipertermia. En los casos leves bastará con reponer líquidos con soluciones isotónicas y exponer a ambientes frescos.

En los casos graves realizaremos valoración inicial del paciente mediante el ABC, evaluando el nivel de consciencia, permeabilidad de la vía aérea, ventilación y circulación. Si el paciente está inconsciente, aplicaremos protocolo de SVA

- Trasladar al paciente a un lugar fresco, tumbarlo con las piernas elevadas y desnudarlo
- medir la Tª central, timpánica o rectal
- monitorización cardiaca y control de constantes
- aplicar medidas físicas de enfriamiento (los antipiréticos no son eficaces en el golpe de calor debido al fracaso de los mecanismos termorreguladores). El objetivo es bajar la temperatura central hasta aproximadamente 39°C. El enfriamiento debe ser inmediato, rápido y enérgico, para ello rociar al paciente con agua helada, cubrirlo con toallas húmedas y colocar bolsas de hielo picado en axilas, ingles y cuello.
- canalizar vía venosa periférica y administrar SSF, vigilando los signos de sobrecarga hídrica
- administrar oxígeno con mascarilla reservorio a 15 l/min. Si existe deterioro importante del nivel de conciencia valorar IOT y ventilación mecánica
- si aparecen escalofríos : Clorpromacina (Largactil)
- si agitación: Haloperidol o Midazolam
- si convulsiones: Diazepam

Una vez que el paciente esté lo más estabilizado posible lo trasladaremos al centro hospitalario.

Controlaremos la temperatura central cada 5-10 minutos. Cuando ésta sea < 38,5°C se suspenderán las medidas físicas de enfriamiento para evitar la aparición de hipotermia y escalofríos.

HIPOTERMIA

La hipotermia se caracteriza por un descenso de la temperatura central por debajo de 35°, resultado de la incapacidad del organismo para generar el calor necesario para garantizar el mantenimiento de las funciones fisiológicas.

Se clasifica según la temperatura en:

- leve : 35-32 °C
- moderada: 32-28 °C
- grave : < 28 °C

Son tres las causas fundamentales:

- Aumento de la pérdida de calor:
 - causas medioambientales (exposición al frío, inmersión)
 - vasodilatación cutánea (quemaduras, fármacos)
- Disminución de la producción de calor:
 - metabólicas (hipotiroidismo, diabetes, shock, sepsis)
 - nutricionales (hipoglucemia, malnutrición)
- Alteraciones en la termorregulación
 - alteraciones del SNC (ACV, TCE, tumores)
 - fármacos (opiáceos, benzodiacepinas, relajantes musculares)

El diagnóstico se basará en la medición de la Tª central.

En el medio extrahospitalario se realiza mediante la Tª timpánica, oral o rectal. La temperatura cutánea no es valorable por la vasoconstricción de la piel en la clínica

La clínica dependerá del grado de hipotermia:

1.Hipotermia leve: 35-32 °C

- temblor que no puede detenerse voluntariamente
- piel fría y pálida
- alts cardiovasculares: aumento inicial de TA y FC. Cuando la Tª llega a 32°C aparece hipotensión y bradicardia
- alts neurológicas: apatía , irritabilidad, confusión mental, incoordinación, letargia
- alts respiratorias: taquipnea (que disminuirá al bajar la Tª)
- Alts metabólicas: el metabolismo baja un 50% cuando la Tª baja 10°C con lo que disminuyen las necesidades de O2 , aumentando así la tolerancia al shock

2.Hipotermia moderada: 32-28 °C

- Desaparece el temblor y aparece rigidez muscular.
- Se agravan la alteración de la consciencia, la bradicardia y la hipotensión.
- Bradipnea
- Alteraciones visuales, auditivas y alucinaciones.
- Pérdida de consciencia en 31°C .
- ECG: La característica onda J de Osborn (deflexión positivo-negativa tras la onda S), BAV, FA, extrasístoles ventriculares

3. Hipotermia grave: $< 28^{\circ}\text{C}$

- coma profundo con rigidez muscular, pupilas midriáticas y arreactivas.
- arritmias ventriculares o asistolia. Estos ritmos son difíciles de revertir porque hasta que la T^{a} no alcance $30\text{-}32^{\circ}\text{C}$ los fármacos no son eficaces.
- apnea
- estas alteraciones, combinadas con un pulso imperceptible, pueden hacer pensar que el paciente está en PCR. Hay que recordar que ningún paciente está muerto si no está caliente y muerto.

En cuanto al tratamiento será prioritaria la estabilización cardiovascular, el calentamiento y el tratamiento etiológico:

1. Aislamiento térmico

- Retirar ropa húmeda, cortándola para mover al paciente lo menos posible
- Secarlo y envolverlo con manta térmica cubriendo cabeza, manos y pies.

2. Medidas generales

- Monitorización cardiaca y control de constantes
- Canalización de una vía venosa periférica con Suero Fisiológico calentado previamente en el Hot-Sack (evitar Ringer Lactato para no aumentar la acidosis)
- Oxigenoterapia con mascarilla con reservorio
- El tratamiento farmacológico de las arritmias es poco efectivo:
 - la fibrilación auricular y el flutter suelen revertir con el calentamiento del paciente
 - los extrasístoles desaparecen con la corrección de la hipoxia y la acidosis
 - los ritmos lentos no mejoran con atropina ni con marcapasos
 - la FV no responde a la desfibrilación en $T^{\text{a}} < 30^{\circ}\text{C}$

3. Recalentamiento

Debe iniciarse lo antes posible, anotando la hora de inicio. El objetivo será aumentar la T^{a} central 1°C /hora, ya que una mayor velocidad puede originar un síndrome

postcalentamiento (vasodilatación periférica que moviliza sangre fría, acidótica e hiperpotasémica hacia el corazón pudiendo producir shock, arritmias o asistolia) Existen 3 técnicas de recalentamiento, la elección dependerá del grado de hipotermia y la situación hemodinámica del paciente:

- Recalentamiento Externo Pasivo:

- indicado en hipotermia leve
- calentar el habitáculo asistencial de la ambulancia
- retirar las ropas frías y/o húmedas
- cubrirle con manta aluminizada

- Recalentamiento Externo Activo:

- indicada en hipotermias moderadas y graves
- uso muy controvertido ya que puede favorecer la aparición de un síndrome postcalentamiento
- fuente de calor exógena aplicada sobre la superficie corporal del paciente: mantas eléctricas, bolsas de agua caliente, radiación

- Recalentamiento Interno Activo:

Las principales técnicas son:

- Calentamiento por vía aérea. Inhalación de O_2 humidificado caliente a través de mascarilla o TET
- Sueros IV calentados a $37\text{-}40^{\circ}\text{C}$: método sencillo y eficaz pero tiene como limitación las necesidades volémicas del paciente
- La administración de bebidas calientes y azucaradas, nunca con alcohol, siempre que el paciente esté consciente.
- Otras técnicas como el lavado de cavidades con líquidos calientes (peritoneal, pleural o mediastínico) son estrictamente hospitalarias

Si el paciente entra en PCR los esfuerzos por reanimarle deben ser intensos y prolongados ya que la hipotermia protege los órganos vitales, especialmente, el cerebro y sus funciones vitales.

Se han registrado reanimaciones sorprendentes en individuos jóvenes tras tiempos prolongados de reanimación cardiopulmonar.

Como dato curioso, la temperatura central más baja recuperada con éxito ha sido de 13.7°C . Se trató de una mujer de 29 años que sufrió una caída en una cascada helada quedando atrapada. Tras 9 horas de reanimación y estabilización fue físicamente y neurológicamente recuperada con éxito.

Los pacientes con hipotermia no deben declararse

muerdos hasta que tengan una temperatura de 36°C y continúen sin responder a la RCP.

“Nadie está muerto hasta que está caliente y muerto” (McLean & Emslie-Smith, 1977)

CONGELACIONES

Son lesiones localizadas por efecto del frío.

El punto de congelación para la piel está en - 0.52°C, para tejidos blandos en - 2°C y en - 4°C para el hueso. Las congelaciones son más frecuentes en las zonas distales, como manos y pies, y también en aquellas que quedan más desprotegidas, como nariz, orejas o barbilla.

CLÍNICA

En las primeras fases, el paciente nota sensación de pinchazos y entumecimiento de la zona afectada. La piel está blanca y fría.

Más tarde cesa la sensación de frío y de molestia, signo de congelamiento inicial.

Si persiste la acción del frío, se llega a la congelación completa, donde la piel está fría y grisácea.

CLASIFICACIÓN

Podemos clasificar las congelaciones en:

-Congelación de primer grado:

La zona afectada está fría y pálida, con una ligera disminución de la sensibilidad y generalmente existe cierta torpeza en los movimientos, consecuencia de la constricción de los vasos y la falta de riego sanguíneo en la zona.

Si persiste el frío, la zona enrojece y aparece una sensación de pinchazos múltiples debido a la recuperación de la irrigación y a la liberación de sustancias.

-Congelación de segundo grado:

La zona afectada pasa del color rojizo al morado, la torpeza de movimientos se agudiza, existe sensación de tensión en la zona, empiezan a aparecer edemas y aparecen las primeras ampollas.

Son muy dolorosas ya que las terminaciones nerviosas aún no están afectadas.

-Congelación de tercer grado:

La zona afectada se vuelve negruzca, aparecen escaras. No son dolorosas, porque las terminaciones nerviosas ya se han destruido y, por lo tanto, la zona es totalmente insensible.

TRATAMIENTO

Las medidas generales estarán encaminadas a restablecer un adecuado estado general.

Rehidratación, oral si está consciente o mediante perfusión intravenosa, tratar el dolor y la hipotermia, si coexiste.

Cuando rescatemos a una persona con congelaciones, taparlas con un paño limpio y no masajearlas ni frotarlas con nieve, lo que agravaría las lesiones.

El tratamiento más eficaz es el recalentamiento inmediato con agua caliente a 38°C. Debe hacerse lo antes posible y siempre que no exista peligro de una nueva congelación, ya que la recongelación provoca mayores daños en los tejidos, con consecuencias nefastas.

No debe hacerse ni demasiado rápido ni demasiado lento.

Mantener la primera inmersión hasta que la zona afectada recupere la coloración o conserve espontáneamente la temperatura (aproximadamente una hora).

Ir añadiendo agua para mantener la temperatura de la misma en 38°C.

Si la víctima sufre hipotermia, se tratará esta primero antes de recalentar la zona afectada.

Posteriormente, se continuará con dos o tres baños diarios de 15 - 30 minutos de duración.

Si hay heridas abiertas, añadir al agua del baño un antiséptico jabonoso como clorhexidina.

Después del baño, secar la zona con suavidad. No romper las ampollas y no vendar la zona, en todo caso, cubrirla con paños o gasas estériles.

Elevar las extremidades para favorecer el drenaje de los edemas. Trasladar a un centro hospitalario para el tratamiento definitivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Medicina de Urgencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación. Torres Murillo J.M., Martínez de la Iglesia J., Montero Pérez F.J. y Jiménez Murillo L. 2a Edición. Harcourt.
2. Tratado de anestesia en el paciente traumatizado y cuidados críticos. Golpe de calor: Tratamiento de los traumatismos térmicos. Seraj MA. Grande CM editores. Mosby
3. Hipotermia y congelación. Manual de protocolos y actuación en urgencias. Rodríguez Sánchez, R., Sánchez García R., Julián Jiménez A. 2a Edición. 2005.
4. Alteraciones de control de la temperatura: Hipotermia. Wilson M.M., Curley F. Manual de cuidados intensivos. Marban Libros S.L.
5. www.semes.org
6. www.eccpn.aibarra.org

Amputación de campo

Manel Tomás Gimeno, Lucía C. Rodríguez Alonso y David Ropero Rendón.
Enfermeros / Caps de Sector Sanitari
Bombers de Barcelona

Restos arqueológicos han demostrado que las amputaciones se han realizado desde tiempos antiguos. Sin embargo, las primeras amputaciones eran realizadas para quitar tejido que ya estaba muerto principalmente. Los avances en procedimientos de amputaciones parece que han surgido sobre todo en tiempos de guerra. Hoy en día, se prepara y planea mucho los procedimientos antes de hacer una amputación. El cirujano debe planear cuidadosamente los detalles de la operación manteniendo varios objetivos en mente. La excepción a esto es una situación donde no hay tiempo para planear, como por ejemplo un accidente. En algunos casos de emergencia, la amputación es la única opción posible. La amputación prehospitalaria de emergencia es un raro procedimiento, que puede ser necesario para liberar a un paciente crítico atrapado en alguna remota ocasión.

Según el siguiente estudio: Man or machine? An experimental study of prehospital emergency amputation. Leech C, Porter K. Emerg Med J. 2016 Sep;33(9):641-4.

Se realizaron diversas amputaciones en cadáveres auto-donados con el objetivo de evaluar cuatro técnicas de amputación de emergencia prehospitalaria del miembro inferior de un cadáver. Las amputaciones se llevaron a cabo a nivel distal del fémur en cadáveres.

Las técnicas de corte que se llevaron a cabo fueron las

habituales de una amputación quirúrgica y además las que se podrían efectuar con herramientas que disponen los cuerpos de bomberos.

Se utilizó la convencional Sierra de Gigli y bisturí, la sierra de arco para metales, la Cizalla hidráulica (Holmatro) y la sierra de sable (DeWalt).

Para valorar los resultados, se tuvo en cuenta el tiempo hasta la amputación total y el número de intentos necesarios. Al igual que se observó la calidad de corte de la piel, tejidos blandos y hueso. También se señalaron los riesgos potenciales para el rescatador o paciente durante el procedimiento.

Como resultados, se obtuvieron que la técnica de Sierra de Gigli requirió 91 segundos para realizar el corte y no hubo ningún tipo de complicación.



Con la sierra para metales se requirieron 88 segundos y dio lugar a cortes de excelente calidad, aunque los autores afirman que esta técnica requiere que alguien establezca la pierna.



Por otro lado, la cizalla hidráulica, requirió 53 segundos y dio lugar a los cortes de peor calidad, ya que produjo astillamiento del hueso y lesiones de tejidos blandos.



Algunos tejidos blandos restantes tuvieron que ser cortados con tijera de trauma y hubo 5cm más de daño de tejido proximal.

Por último, la que resultó ser la más rápida, con tan sólo 22 segundos fue la sierra de sable que dio lugar a cortes de alta calidad, aunque produjo pulverización y aerosolización de sangre y tejido.



En conclusión, todas las técnicas completaron la amputación en menos de 91 segundos y la sierra de sable fue la técnica más rápida, en tal solo 22 segundos y con alta calidad de corte.

Una amputación prehospitalaria de Emergencia efectivamente se puede realizar utilizando bisturí y tijeras de paramédico con cortes de hueso con la sierra de Gigli o sierra de arco, pero puede ser que no dispongamos de minuto y medio para ello.

La sierra de sable, por ser la más rápida, se podría utilizar para cortar el hueso si no disponemos de ningún otro equipo disponible, pero conlleva algunos riesgos. Requiere el uso de protección respiratoria y ocular, máscara FFP3 con pantalla o en su defecto buconasal con gafas, debido a la pulverización y aerosolización de sangre y tejidos.

El dispositivo de corte Holmatro es una opción viable si existe un riesgo vital y en la que sólo los bomberos

puedan acceder con seguridad al paciente, pero no sería una técnica primaria recomendada para el personal sanitario.

Finalmente, sólo cabe decir que la posibilidad de que existan accidentes que requieran la amputación es remota. Pero quizás, podrían cambiar el resultado final de algunos de los servicios históricos o inciertos que desafortunadamente podamos seguir encontrando en el ámbito de la emergencia extrahospitalaria. Es por eso, que vale la pena que este artículo y sus conclusiones queden en nuestra retina, por si algún día tenemos que improvisar una amputación de campo.

BIBLIOGRAFIA

Man or machine? An experimental study of prehospital emergency amputation. Leech C, Porter K. Emerg Med J. 2016 Sep;33(9):641-4.

Torniquete: de la aplicación militar a la civil

Manel Tomás Gimeno, Lucía C. Rodríguez Alonso y David Roperó Rendón.
Enfermeros / Caps de Sector Sanitari
Bombers de Barcelona

La hemorragia severa no controlada por trauma es la sexta causa de muerte y la quinta de discapacidad en el mundo. Hemorragias no controladas han sido causa importante de muerte evitable en el trauma civil. En los menores de 35 años es la primera causa de muerte y discapacidad. Su manejo y abordaje por los profesionales sanitarios de los Equipos de Emergencias Extrahospitalarios precisan del uso de fármacos, agentes hemostáticos de uso tópico y técnicas con el objetivo de disminuir su carga de enfermedad.

Según la última guía europea del manejo de la hemorragia masiva y la coagulopatía en el trauma, el torniquete se recomienda usarlo para detener el sangrado potencialmente mortal por lesiones abiertas de extremidades con grado de evidencia 1B.

Es por eso que los Servicios civiles de Emergencias han de estar preparados para el abordaje. El control precoz de las hemorragias es fundamental en el manejo de las emergencias traumáticas extrahospitalarias. Y por ello, los torniquetes son la intervención más rápida y efectiva para el control de las mismas.



Se han realizado diversas revisiones bibliográficas de estudios, protocolos y técnicas creadas por parte de los servicios de medicina militar para adaptarlos a las actuaciones civiles.

Existe una rica tradición histórica sobre el torniquete en la medicina militar, los primeros registros datan de 1674. Estos han constituido un elemento estándar en los equipos de medicina militar, indicados preferentemente para las situaciones más extremas.

Las malas experiencias en el ámbito civil, derivadas de una mala aplicación, han llevado a periodos de desacreditación del torniquete.

Por el contrario, estudios llevados a cabo en relación al índice de supervivencia tras la guerra de Vietnam, y las experiencias más tardías en Irak, han reavivado políticas más liberales al respecto.

En recientes conflictos militares se observó que un C-ABC mejoraba la supervivencia de los heridos respecto al protocolo de actuación en la emergencia ABC. Esta variación mejoraba la supervivencia de los heridos ya que se controlaban precozmente las pérdidas de volemia mediante el uso de torniquetes en zonas de hemorragia masiva.

Sus aplicaciones tienen un único y claro propósito, prevenir la exsanguinación. Se colocan:

- Tras amputación donde queda suficiente extremidad como para colocar un torniquete.
- Cuando existe una gran cantidad de sangrado arterial.
- Ante un gran riesgo de exsanguinación para la persona herida.
- Pacientes en lugares inseguros, donde los rescatadores pueden estar en riesgo.
- Amputación de campo por riesgo vital ante la imposibilidad del rescate.

La necesidad de la colocación de un torniquete siempre será valorada según: nivel de hemorragia y situación en la que se encuentra el paciente y el equipo asistencial. Su uso evita que el personal de emergencias pierda más

tiempo realizando una compresión de al menos 5 minutos, y pueda centrarse en problemas añadidos o incluso en otros heridos. Esto es realmente útil en pacientes politraumatizados y sobretodo en catástrofes o AMV, donde el número de víctimas supera al número de actuantes, y no es posible una compresión directa durante un tiempo prolongado. Además facilita enormemente la movilización de la víctima, lo cual es muy recomendable para un traslado rápido, sobretodo en ámbito rural, donde las distancias son más largas y se tienen menos medios.

Debe de quedar claro, que el torniquete es una medida temporal para controlar una hemorragia masiva, y se retirará una vez haya personal, tiempo y equipamiento suficiente para controlar dicha hemorragia.

Los riesgos que puede presentar la colocación de un torniquete son debidos a dos razones: Colocación inapropiada y tiempo aplicado.

En cuanto a colocación:

- Tipo incorrecto: debemos tener en cuenta la anchura. Cuanto más ancho, menos lesionará el tejido y menor presión será necesario aplicar.

- Lugar incorrecto: contrario a lo que se piensa, más distal y cercano a la lesión, debe ser aplicado en la zona de mayor circunferencia de las EE, debido a que es necesario una presión menor para interrumpir el flujo arterial. Nunca debe ser colocado sobre ropa, a menos que el punto de sangrado esté a la vista.

- Presión inadecuada: si se aprieta demasiado, puede afectar al tejido y a los nervios de la zona, mientras que si no se aprieta lo suficiente, continuará sangrando. Dado que no estaremos en un quirófano, donde puede ser fácil comprobarlo, se debe de ajustar de acuerdo a la cesación del sangrado, es por eso que se recomienda quitar la ropa, para poder visualizar la herida y saber en que momento ha cesado el sangrado. Si no tenemos posibilidad de quitar la ropa, al menos debemos exponer la herida a la vista.

En cuanto a tiempo aplicado:

Sigue habiendo desacuerdos. Algunas fuentes hablan de 2 a 3 horas sin sufrir complicaciones, mientras que otros tan sólo 78 minutos. El consenso está en 2 horas, y se debe valorar siempre el riesgo beneficio y la supervivencia frente a la pérdida del miembro.

Los problemas que pueden aparecer tras el uso de un torniquete pueden ser:

- Locales: retraso en la recuperación de la fuerza muscular, neuropraxia por compresión, hematoma en la herida, infección de la herida, lesión vascular directa, necrosis osea y de los tejidos blandos, síndrome compartimental y dolor por el torniquete.
- Sistémicas: aumento de la PVC, HTA, descompensación cardiorespiratoria, infarto cerebral, alteraciones en el equilibrio ácido base, rabdomiolisis, TVP, síndrome de la respuesta inflamatoria sistémica, fibrinólisis.

Después de que haya sido aplicado un torniquete, se deben de seguir 3 pasos:

- Avisar, que se ha colocado.
- Retirar, nada que pueda cubrir el torniquete, para que no pase desapercibido.
- Registrar, localización y tiempo de colocación.



En la actualidad, son diversos los modelos de aplicación de torniquetes militares aplicados en el ámbito civil. En Bombers de Barcelona, ha tenido una excelente implantación el R.M.T. (Ratcheting Medical Tourniquet) por su mayor posibilidad de ser aplicado en el ámbito civil.

Las ventajas y desventajas de los distintos usos y aplicaciones de la técnica del torniquete han dado lugar a una lista de ventajas e inconvenientes tanto en el ámbito civil como militar, sin embargo, los protocolos militares ofrecen un control de la situación más exhaustivo dadas las condiciones en las que estas técnicas han de realizarse.

Las ventajas si se aplica una técnica adecuada, superan las desventajas. Por eso, un cuadro patológico de hemorragia ha de ser tratado de forma integral tanto en el periodo intrahospitalario como extrahospitalario.

La aplicación del torniquete ha aumentado el índice de

supervivencia en cuadros clínicos de hemorragias masivas incontroladas (HMI). Es por ello, que es necesario la integración de material especializado en técnicas de abordaje de HMI, y es necesario formar al personal que interviene en una emergencia en su uso.

Por último y para concluir, consideramos que la técnica del torniquete es un método apto para indicaciones clínicas específicas, especialmente a nivel extrahospitalario. Las ventajas que ofrece una técnica adecuada y un protocolo estudiado, superan a las desventajas que puede ocasionar. Y su introducción requiere formación del personal de forma adecuada, una revisión del material y las tácticas empleadas, y una adaptación del protocolo establecido.

Bibliografía

Alberdi F, García I, Atutxa L, Zabarte M. Epidemiology of severe trauma. *Med Intensiva* [Internet]. Elsevier; 2014 Dec 1 [cited 2015 Jul 22];38(9):580-8.

Available from: <http://www.medintensiva.org/es/epidemiologia-del-trauma-grave/articulo/S0210569114001806/>

The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition. Rolf Rossaint, Bertil Bouillon, Vladimir Cerny, Timothy J. Coats, Jacques Duranteau, Enrique Fernández-Mondéjar, Daniela Filipesco, Beverley J. Hunt, Radko Komadina, Giuseppe Nardi, Edmund A. M. Neugebauer, Yves Ozier, Louis Riddez, Arthur Schultz, Jean-Louis Vincent and Donat R. Spahn

Niven M, Castle N. Use of tourniquets in combat and civilian trauma situations. *Emerg Nurse*. 2010;18(3):32-6. [quiz 37].

Navein J, Coupland R, Dunn R. The tourniquet controversy. *J Trauma*. 2003;54(5 suppl):S219-20.

Lee C, Porter KM, Hodgetts TJ. Tourniquet use in the civilian prehospital setting. *Emerg Med J*. 2007;24(8):584-7.

Welling DR, Burris DG, Hutton JE, Minken SL, Rich NM. A balanced approach to tourniquet use: lessons learned and relearned. *J Am Coll Surg*. 2006;203(1):106-15.

Kragh JF Jr, Walters TJ, Baer DG. Practical use of emergency tourniquets to stop bleeding in major limb trauma. *J Trauma*. 2008;64(2 suppl):S38-49. [discussion S49-S50].

Lakstein D, Blumenfeld A, Sokolov T. Tourniquets for hemorrhage control on the battlefield: a 4-year accumulated experience. *J Trauma*. 2003;54(5 suppl):S221-5.

Kragh JF Jr, Littrel ML, Jones JA. Battle casualty survival with emergency tourniquet use to stop limb bleeding. *J Emerg Med*. 2011;41(6):590-7.

Wenke JC, Walters TJ, Greydanus DJ, Pusateri AE, Covertino VE. Physiological evaluation of the U.S. Army one-handed tourniquet. *Mil Med*. 2005;170(9):776-81.

Noordin S, McEwen JA, Kragh JF Jr, Eisen A, Masri BA. Surgical tourniquets in orthopaedics. *J Bone Joint Surg Am*. 2009;91(12):2958-67. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24641269>

Todo principiante necesita de un veterano

Lucía C. Rodríguez Alonso
Enfermera / Cap de Sector Sanitari
Bombers de Barcelona

Me presento, compañera enfermera de última promoción en Bomberos Barcelona.

Cuando me dijeron que el primer día de guardia, me tocaría como compañero Manel Tomas "El Mito". **Yo me fui a casa y simplemente me cagué!**

Al comienzo de mis guardias todo era raro, un hombre con barba blanca que me interrogaba, me observaba, y me decía bromas bomberiles incomprensibles. Me daba consejos que no entendía, y a más, por la noche hablaba durmiendo, en fin a mi me iba a dar algo. Tan sólo pensaba, ¿Porque la antigua Jefa "Pilar Pulgar" me habrá colocado de turno con este hombre?

Poco a poco, comienzo a darme cuenta que este individuo no esta tan loco, que las cosas que dice de bromas se cumplen, y que todos los consejos que me da y que yo no escuchaba, me hubieran servido de mucho para conectar antes con mis bomberos.

Creo que cualquier sanitario principiante debería pasar por una relación humana con un veterano que ha vivido lo mismo que tu, ha sentido lo mismo que tu, ha llorado por las mismas razones que tu.... Aunque esa persona tenga barba, sea peona y en cierta manera la veas ya fuera de onda, **es la que mejor te comprende**. En cierta manera, mucho de los egos juveniles se nos quitaría, muchos de los prejuicios hacia los veteranos se nos olvidarían. Porque no hay una experiencia igual, como la de sentirte **identificado**.

Manel "como veterano", me ha apoyado, me ha animado cuando quería llorar, me ha entendido cuando ni yo sabia lo que sentía. Por eso, con todo mi amor quiero dar las gracias a Manel, y a todos aquellos que aunque hablen otro idioma, tenga otro genero, y me doblen la edad, han estado ahí cuando más lo necesitaba.

Lucía.



