

# Estresores habituales y situaciones estresantes en las emergencias extrahospitalarias.

## Las vivencias cotidianas desde los equipos de Soporte Vital Avanzado.

Vicente David Coca Pérez <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Psicólogo, UNED (2015). Diplomado Internacional Universitario en Psicología de la Emergencia, Autocuidados y Soporte preventivo para diferentes Víctimas y Personal interviniente en Crisis, Emergencias, Desastres, Catástrofes, Universidad Católica de Cuyo, Argentina (2020). Máster en Psicología de emergencias, catástrofes y pérdidas personales, INUPSI (2016). Curso I y II en Terapia familiar sistémica, actualmente Experto en Intervenciones Sistémicas, ITAD (1997-1999). Enfermero (1997). Enfermero de emergencias (desde 1998). Experto en Enfermería en Urgencias Extrahospitalarias, FUDEN (2.000). Inscrito en el registro profesional de transporte sanitario de la Comunidad de Madrid desde el año 2.000. Experto Universitario en Intervención social en drogodependencias, UCM (2006). Experto en tabaquismo, SEPAR (2018).

## Agradecimientos

Mi mujer Luz Mary Ortiz, por la corrección a contrarreloj de este texto y su apoyo incondicional. Andrea Ortiz Roa y Anthony C. Malfatani por la traducción al inglés.

## Palabras clave

Estresores. Emergencias extrahospitalarias. Decálogo prehospitalario. Cuidado emocional.

## Keywords

Stressors. Out-of-hospital emergencies. Pre-hospital Decalogue. Emotional care.

## Resumen

Se señalan los principales estresores y situaciones estresantes habituales que en cada guardia tienen que afrontar los intervinientes de emergencias extrahospitalarias sanitarias (profesionales y/o voluntarios) durante las 10 etapas que conforman una intervención: Alerta, Activación, Aproximación, Control de la situación, Triage, Soporte Vital Básico y Avanzado, Estabilización de la intervención, Transporte, Transferencia y Reactivación.

Conocerlos permitirá controlar, superar y/o minimizar su impacto, crear estrategias y adaptarse a ellos. No lograrlo puede hacer que repercutan en todas las esferas y la salud; incluida la emocional.

En la etapa formativa, el trasvase de conocimientos entre los distintos intervinientes y servicios de emergencias facilitará tener una visión global de las mismas antes incluso de ejercer su labor en ellas, permitiendo comprender e interiorizar las dificultades que tendrán que afrontar para desenvolverse y poder ejercer su labor satisfactoriamente, ayudando también a la comprensión de comportamientos propios y ajenos; al saber qué están vivenciando.

## Summary

The main stressors and common stressful situations that the responders of out-of-hospital health emergencies (professionals and/or volunteers) have to face in each shift are highlighted during the 10 stages that make up an intervention: Alert, Activation, Approach, Situation control, Triage, Basic and Advanced Life Support, Stabilization of the intervention, Transport, Transfer and Reactivation.

Knowing these stressor will allow responders to control, overcome and/or minimize their impact, enabling them to create strategies and adapt to them. Failure to achieve this can have repercussions in all aspects of their life and wellbeing, including the emotional one.

In the training stage, the transfer of knowledge between the different responders and the emergency services will facilitate having a global vision of each before even entering the workplace, allowing the responders to understand and internalize the difficulties that they will have to face in order to function and be able to carry out their work - and do so satisfactorily, while also helping to understand their own and others' behaviours, knowing what they are experiencing.

## Introducción

A modo de ejemplo, un Técnico de Emergencias Sanitarias tras ser activado y mientras conduce hacia el lugar donde le han indicado, tendrá que vigilar a otros vehículos que puedan no ver la ambulancia a pesar de llevar puestos sus rotativos y sirenas; con el riesgo de que colisionen, que un ciclista imprudente se cruce en su camino y pueda ser atropellado por no respetar las normas de circulación, que un peatón abstraído invada la calzada al ir mirando un mapa, el móvil o escuchando música y sea golpeado por el vehículo, ... obligándole a tener que adecuar constantemente su conducción y adaptar la velocidad a las circunstancias (p. ej. tipo de vía: autovía, ciudad, cascos históricos, pueblos...), evaluar constantemente las posibilidades que las situaciones le permita en cada momento (p. ej. atascos...); simultáneamente estará escuchando el ruido de su sirena; le deslumbrarán las luces de su propio vehículo al reflejarse en los cristales de las calles por las que circula, o le cegarán los faros de otros vehículos, estará atento a la emisora por si la central de comunicaciones le facilita nueva información.... Todo ello, mientras acude a un aviso tiempo-dependiente (p. ej. posible parada Cardiorrespiratoria), en ocasiones con incertidumbre respecto a cuáles son las condiciones en las que van a tener que intervenir (p. ej. no tener mucha más información que unas primeras impresiones vagas recibidas por el Centro Coordinador porque el alertante no facilita la información que se precisa); también, estará preparándose mentalmente para la intervención que tendrá que afrontar (p.ej. repasando el material que va a ser necesario extraer del vehículo, priorizando el orden en que lo va a hacer...) y sabrá que la vida, la calidad de vida y/o las posibilidades de supervivencia de la persona a la que van a atender dependerá en gran

medida de que llegue él y su equipo rápido y en óptimas condiciones. Debe lograr estacionar lo más próximo al lugar donde se encuentra el paciente para acceder rápidamente a él y tener todo el material necesario cerca por si le hiciera falta... Si cuando llega, el alertante no ha avisado realmente para lo que ha dicho que era sino que ha manipulado a los servicios de emergencias adrede; simplemente por su comodidad y no querer desplazarse hasta su Centro de Salud u hospital; ésa persona habrá puesto en riesgo la vida del equipo y la de las personas que se hayan cruzado mientras acudían a su llamada de auxilio, demostrando falta de respeto a su labor y solidaridad por el mal uso de los recursos públicos, ya que en caso de producirse una emergencia real, habrá dejado a toda una zona sin la rápida asistencia que precisen los afectados teniendo que aumentar el tiempo de respuesta por tener que desplazar otros recursos más alejados y disminuyendo las posibilidades de supervivencia. Todo el estrés vivido al sentir la manipulación y comprender lo que realmente ha ocurrido, puede traducirse en una fuerte increpación, lo cual no es aconsejable, ni deseable, no está justificado, y además es ¿desproporcionado?.

### I.- Consideraciones previas:

El texto señala los principales estresores existentes en el medio extrahospitalario y situaciones estresantes que vivencian los equipos sanitarios de Soporte Vital (**S.V.A.**) en cualquiera de sus intervenciones, cuyos intervinientes (profesionales y/o voluntarios) están sometidos a la influencia de esos estímulos cuando son activados para ayudar a alguien.

El hecho de que el texto se centre en la intervención de un equipo de S.V.A. no quiere decir

que dichos estresores y momentos estresantes no sean los mismos o muy parecidos a los que tengan otros recursos asistenciales sanitarios que también participan en emergencias, como por ejemplo las ambulancias de Soporte Vital Básico (**S.V.B.**) o las unidades médicas o de enfermería que acuden a los domicilios; pues estarán presente de la misma o similar forma en sus actuaciones y sus intervenciones pasarán por las mismas etapas.

Se pone el foco en ellos simplemente por ser éstos el “último” recurso sanitario extrahospitalario en los cuales otros pueden apoyarse.

El equipo de S.V.A. pasa a lo largo de cualquier intervención sanitaria por 10 etapas que se repetirán a lo largo de la guardia tantas veces como sean activados. Esas etapas son más didáctica que reales, pues en ocasiones, se llegan a solapar, se altera el orden, o alguna etapa ni siquiera llega a producirse (p. ej. al tener que atender, por casualidad; sin estar activados, a una persona que acaba de abandonar el centro hospitalario).

## A) los estresores en las intervenciones sanitarias extrahospitalarias.

Existen múltiples definiciones sobre qué son los estresores, pudiendo definir de forma sencilla que un estresor es **una condición ambiental generadora de estrés.**

La exposición que se realiza no pretende ser exhaustiva, simplemente se irán señalando los principales estresores y momentos estresantes de una intervención sanitaria de un S.V.A. con objeto de identificarlos, concienciar sobre ellos, valorar la posible afectación que pueden provo-

car, determinar el grado en que lo hace y con ello reducir su impacto de manera sencilla.

Dichos estresores al estar omnipresentes en cada guardia y en cada intervención, han sido normalizados e integrados como parte consustancial e inevitable de la labor que realizan, tanto en las grandes emergencias –afortunadamente excepcionales en nuestro país– como en las urgencias habituales y cotidianas; base de su trabajo, sin reflexionar sobre el impacto mantenido en el tiempo y si se pueden controlar y cómo.

No pensar en ello no impide que les afecte repercutiendo a su salud física, mental, social y a su vida como interviniente cada vez que acuden a sus guardias y también a su vida privada fuera de su actividad en la emergencia. Pudiendo manifestarse de forma sutil, obvia, ser percibida por cualquiera menos por quien lo padece o permanecer invisible durante tiempo y mostrar la afectación finalmente; incluso de forma trágica. Por el contrario su reflexión permitirá actuar a tiempo minimizando el impacto, comprendiendo cómo afecta a los propios comportamientos y los de otros intervinientes, sin olvidar el de las víctimas (afectados, familiares y testigos).

Lo determinante más que los estresores en sí mismos, es la forma en que la persona los percibe e interpreta, obligando a quien lo padece a enfrentarlos, minimizarlos y superarlos; adaptándose a ellos.

Se intenta con esta aproximación acercarse a la realidad que vivencian los intervinientes (profesionales y/o voluntarios) frecuentemente desconocida cuando no idealizada por la sociedad; quienes prefieren verlos como héroes, lo cual conlleva implícitamente un rol que los hace ser indemnes al dolor, al sufrimiento y a las penas

que observan (En su planteamiento los héroes no padecen o siempre salen victoriosos). Este rol adjudicado puede pasar de ser un halago sincero a convertirse en una cruz y una condena, especialmente si quien lo padece no sabe o no puede pedir ayuda en un lugar especializado donde pueda comprender e integrar las experiencias vividas en el medio extrahospitalario; tan particular y complejo.

Debe erradicarse de la cultura de la emergencia, el mito de la omnipotencia que entiende que pedir ayuda es un signo de debilidad... y que tanto daño ha hecho.

## b) Breve exposición de una intervención sanitaria.

Las 10 etapas que conforma una intervención sanitaria son:

1. Alerta.
2. Activación.
3. Aproximación.
4. Control de la situación.
5. Triage.
6. Soporte Vital Básico y Avanzado.
7. Estabilización de la intervención.
8. Transporte.
9. Transferencia.
10. Reactivación.

Esas 10 etapas se detallarán más adelante.

Puede ocurrir que en algunas intervenciones no lleguen a completarse todas las etapas por múltiples razones, como por ejemplo, ser anulado el aviso (asignación de la intervención al equipo por parte del Centro Coordinador) al detectar estos una falsa alarma.

Cada etapa se caracterizará por tener unos niveles de estrés (Ver Figura 2, Representación esquemática de los niveles de estrés a lo largo de las 10 etapas que conforman una intervención sanitaria).

Dichas etapas comienzan cuando cualquier Centro Coordinador de emergencias (p. ej. 112) tras recibir la alerta de algún ciudadano informando de una emergencia, activa a la unidad de S.V.A. terrestre; son entre otros los Vehículos de Intervención Rápida (V.I.R.) o las U.V.I. Móvil. Estas unidades están conformadas por un equipo en el que hay personal médico, de enfermería y técnico de emergencias sanitarias (T.E.S.).

El Centro Coordinador; previo a la activación del equipo de S.V.A., determina qué está ocurriendo, la gravedad y la ayuda que se necesita.

Gestiona y coordina entre los recursos disponibles aquel que esté más próximo al lugar del suceso; priorizando las distintas situaciones que simultáneamente puedan estar surgiendo y reasignando incluso intervenciones en función de múltiples variables como el tiempo de respuesta.

En el momento en el que el Centro Coordinador asigne una intervención a un equipo; se activa a la unidad, quienes acudirán al lugar donde se ha producido la emergencia, indicándoles el motivo de su intervención y los aspectos más destacados.

Con la activación comenzará la intervención propiamente dicha y a partir de ese momento los estresores se sucederán a una velocidad vertiginosa.

## c ) Otros estresores que interfieren en las intervenciones.

Existen otros estresores transversales que deben ser mencionados porque aunque no forman parte de las intervenciones propiamente dichas; sin embargo, pueden afectarlas en una, varias o todas sus etapas, influyendo en su normal desarrollo, afectando también a la convivencia y/o el desarrollo normal de la guardia. Pueden interferir la labor negativamente incluso antes de estar físicamente en el lugar de trabajo (Llegando tarde al relevo) manifestándose la afectación en el momento menos oportuno (con el paciente) por la incertidumbre acumulada en el equipo si el relevo llega o no.

Pueden encontrarse en la:

- **VIDA PRIVADA** del interviniente ajena a la emergencia: No se hará hincapié en ellos por exceder los límites y la pretensión del presente escrito (P. ej. Sucesos vitales, separación, problemas familiares, dificultades económicas, etc.).
- **ORGANIZACIÓN:** Próxima a las intervenciones pero sin ser propiamente parte de las mismas; dichos estresores son de índole:

> Individuales:

- Instalaciones: mal aclimatadas, inseguras, sin intimidad, poco confortables y acogedoras, sucias, viejas, inadecuadas...
- Uniformidad: Mala calidad, incómodos, escasez de repuesto, no aislante del frío o del calor...
- Equipación: No ergonómica, pesada, voluminosa,...
- No disponer de espacios privados como:

- Taquilla donde depositar y quedar protegidos:
  - ◇ Enseres personales que ayuden a sobrellevar mejor la guardia en momentos de descanso como los cascos para la música, libro, bolsa de aseo,...
  - ◇ Material de consulta que ayude a realizar la guardia como una libreta, libro, ordenador portátil,...
- Habitación donde tener privacidad y poder refugiarse para aislarse, pensar sobre acontecimientos ocurridos, relajarse, hablar por teléfono con los seres queridos, descansar,...

> **Colectivos:** Sala de estar donde el equipo interactúe, conviva, se conozcan personal y/o profesionalmente, comparta anécdotas, preocupaciones, establezca rutinas de equipo, tomar café, comer, solucionar problemas, analizar intervenciones o acontecimientos ocurridos, expresar emociones finalizadas las intervenciones...

- **GUARDIA:** Estar de guardia crea incertidumbre respecto a cómo va a ser dicha guardia y las intervenciones. Si reina mal ambiente de trabajo, si existe un estilo de comunicación impositivo o despectivo, si falta cooperación, si hay sobrecarga de trabajo que impida brindar tiempo para descansar, comentar e integrar las vivencias, solucionar conflictos, desactivarse tras las intervenciones, etc.
- **CONVIVENCIA** del equipo: Problemas personales, profesionales o ambos, dificultades en la convivencia (p. ej. no respetar el descanso, dar la luz por la noche, hacer ruidos de forma innecesaria o hablar en un tono de voz alto mientras otros descansan, faltas de educación, cambiar el canal de T.V. o la emi-

sora de música sin consenso...); no respetar o importunar las costumbres y rutinas que cada uno tiene (p. ej. Aislarse o recostarse); etc....

Todo lo mencionado es clave en las intervenciones y el normal desarrollo de las mismas. Las faltas de educación y respeto pueden ser consideradas intrascendentes y un aspecto privado para la organización u otros equipos; sin embargo, es un aspecto nuclear para quienes lo padecen. Dar la consideración que se merece por parte de todos reducirá el nivel de estrés permitiendo el normal funcionamiento del servicio. No hacerlo, puede afectar a todo el dispositivo que esté de guardia, llegando incluso a interferir en las intervenciones de manera tan decisiva que afecte incluso a la seguridad de la propia intervención y al equipo.

Dichas faltas de respeto pueden crear una mala relación entre dos personas llegando a estar tan deteriorada que ni se hablen en las guardias; por ejemplo entre el conductor y otro profesional, sin embargo; al ir a una intervención y no tener más remedio que pedir ayuda para que le indique cuando puede incorporarse a una carretera (Por tener un ángulo muerto), ante la pregunta de si puede incorporarse, responder que se incorpore "cuando pase *el coche rojo*"; y tras pasar *un coche rojo* e ir a incorporarse, tener que frenar instintivamente y escapar milagrosamente de una colisión con otro vehículo, al recriminarle su indicación; responder que "obviamente" era *el segundo coche rojo*.

Es importante que cada interviniente se esfuerce por lograr la armonía con el resto de los integrantes del equipo, que el equipo logre compensar las limitaciones de alguno de sus miembros con las capacidades del resto

superando las carencias existentes, que cooperen con la organización y comprendan el desarrollo de la guardia y particularidades que pudieran existir y que las organizaciones en medida de sus posibilidades; satisfagan las necesidades de los que intervienen.

Brindar momentos de descansos debe ser entendido como una necesidad, especialmente tras avisos altamente impactantes como son las muerte súbita de lactantes, muertes traumáticas, violaciones... permitirá que el equipo descansa física y mentalmente, comprenda la intervención, integre la experiencia, realice crítica y autocrítica... lo cual les consolidará como equipo y por extensión mejorará la organización y redundará en el siguiente ciudadano que atiendan cuando vuelvan a actuar.

No deja de ser una **paradoja** que siendo organizaciones e intervinientes quienes cuidan a otros y brindan bienestar, sin embargo; puedan no hacerlo entre ellos, debiendo esto ser prioritario en la cultura sanitaria al igual que se ha conseguido instaurar otros elementos a la misma; p. ej. Los aspectos relacionados con la seguridad: uso de cinturones en los vehículos, sujeción de los aparatos que transportan, prevención de errores en la administración de fármacos o la utilización de guantes.

#### d) Tres aspectos importantes frecuentemente menospreciados.

Existen tres elementos que en muchas ocasiones no reciben la atención que se merece pudiendo incluso pasar desapercibidos, y sin embargo; conocerlos es vital por ser donde pivotan las intervenciones y las acciones que en ellas se toman. Ubicados en tres niveles:

**1. EN LA ORGANIZACIÓN:** La misión, visión y valores de las organizaciones de emergencias deben estar explicitados y ser divulgados para que sean conocidos por todos los intervinientes de emergencias, tanto los de la propia organización como las del resto. No son algo hueco y vacío de contenido, sino que dan el sentido a las intervenciones y las guía.

**2. EN EL EQUIPO:** El rol profesional y del voluntariado, abarca aspectos como las competencias, responsabilidades, límites, etc.... son aspectos claves para facilitar la rápida interacción y coordinación del propio equipo y de estos con otros, también conlleva conocer las habilidades, capacidades, y carencias existentes en el equipo y como cada uno puede suplir a otros en según qué momentos; compensándose.

**3. EN EL INDIVIDUO:** Abarca los valores éticos, morales, sentimentales, ideales... pudiendo la intervención confrontar las creencias y convicciones más profundas.

Conocer los principios de cada uno y qué les mueve a participar en las emergencias, permitirá entender qué aspectos puedan estar siendo afectados en momentos críticos, ayudará a que todos puedan manejarse y ubicarse en las distintas intervenciones que afrontan como individuos, equipo y organización; permitiendo así encarrillarlas, amoldándose a los cambios que en ella se vayan produciendo frecuentemente de forma súbita, tomando medidas acordes y controlando las situaciones reduciendo el estrés mientras la intervención está en curso.

## e) Similitudes entre las intervenciones de los s.V.A. Y otros recursos de emergencias.

Como se ha mencionado, el hecho de señalar los estresores a medida que discurre la intervención de un equipo de S.V.A. terrestre, no quiere decir que dichos estresores no estén presentes de forma similar en otros recursos asistenciales sanitarios como son las ambulancias de S.V.B.; se decide poner el foco en ellos por ser recursos en los cuales otros se apoyan al pedirles ayuda.

Puede surgir una situación sanitaria en una ambulancia de S.V.B profesional o con voluntarios de Cruz Roja, Protección Civil o DyA; que comprometa la vida del paciente, desbordando sus competencias o capacidades, pudiendo solicitar ayuda a un recurso avanzado por tener este mayor conocimiento, capacidad técnica, medios materiales, recursos humanos...

Es decir, ante una misma situación todos ellos compartirán los mismos estresores; por ejemplo, si el paciente comienza a enlentecer su frecuencia cardiaca y la situación amenaza con una Parada Cardiorrespiratoria (PCR), no será igual que estén "in situ" unos recursos u otros; por ejemplo:

- a. Unidad de Atención Domiciliaria; compuesta por un técnico y un médico o un enfermero.
- b. Soporte Vital Básico *profesional*: conformado el equipo por Técnicos de Emergencias Sanitarias; es decir, que trabajan de forma habitual en la emergencia.
- c. Soporte Vital Básico del ámbito del *voluntariado*: también está conformados por Técnicos de Emergencias Sanitarias pero, a diferencia del anterior; intervienen de forma altruista, brindando su tiempo libre y partici-

pando cuando pueden.

Cualquiera de ellos al detectar la amenaza de P.C.R. comunicará la situación al Centro Coordinador y pedirá ayuda; mientras llega el recurso avanzado enviado por ellos (UVI Móvil, VIR,...) estarán actuando y viviendo uno de los tipos de intervenciones más estresantes que se da en las emergencias, puesto que la vida de una persona está comprometida. Sin embargo, existen diferencias importantes entre ellos:

- Capacidad o no, de realizar R.C.P. Avanzada (R.C.P.- A).
- Recursos materiales y farmacológicos de los que disponen.
- Posibilidad o no, de hacer relevos en las compresiones.
- Capacidad o no, de trasladar al afectado.
- Dilemas éticos que tendrán que resolver unos u otros.
- Responsabilidades legales o no, a las que haya que hacer frente.
- Etc...

## F) La importancia de señalar los estresores.

Explicitar los estresores y situaciones estresantes permitirá conocerlos y manejarse en ellas, acercando las distintas realidades que tienen los distintos intervinientes.

No deja de ser otra **paradoja** que aun trabajando juntos; aunque no necesariamente in situ, puedan no conocer ni comprender mutuamente las dificultades que cada uno está enfrentando en cada momento: locutores, operadores, enfermeras, médicos, Técnicos en Emergencias Sanitarias... lo cual añade más estrés y caos al

ya existente.

Como los intervinientes sanitarios habitualmente actúan con otros intervinientes no sanitarios; como la policía nacional, bomberos, guardia civil u otros, deben conocer respectivamente los principales estresores de sus intervenciones.

Esto permitirá el aprendizaje mutuo al transferir los conocimientos entre las distintas organizaciones de emergencias y de los intervinientes más veteranos, a los noveles; también comprenderse mutuamente; facilitar la colaboración y no importunarse mientras actúan posibilitando la creación de marcos mentales de intervención común, con independencia de la institución a la cual pertenecen: organización pública, Protección Civil, Cruz Roja, empresa privada, u otros. Comprender en definitiva el lugar que cada uno ocupa en cada emergencia, evitando conflictos y protagonismos innecesarios.

De esta forma en un accidente de tráfico donde hay varios vehículos implicados, existen personas atrapadas y hay heridos, implicará a varios servicios de emergencias como la guardia civil, los bomberos, profesionales y voluntarios sanitarios..., que tendrán cometidos diferentes y tendrán que priorizar sus actuaciones a las necesidades según evolucione el escenario en el que participan: compromiso vital de la víctima, riesgo de explosión, posibilidad de ser arrollado..., conocer y reconocer los estresores también facilitará y potenciará la cooperación y la sinergia para resolverlo de forma eficaz entre todos.

Tradicionalmente los estresores no son explicados y cuando lo hacen se abordan de forma superficial. Raramente se estudian al inicio de la vida como interviniente, cuando se están formando para poder ejercer el trabajo o volun-

tariado, se hace posteriormente cuando ya se han incorporado a las emergencias y participan activamente en ellas.

Así pues, las distintas generaciones de intervinientes se van incorporando a las intervenciones sucesivamente:

- Sin saber identificar cuáles son los principales estresores.
- Sin conocer cuáles son los principales momentos estresantes de las intervenciones.
- Sin estudiar suficientemente cómo afectan y su importancia.
- Sin conocer cómo pueden controlar, eliminar o minimizar su impacto.
- Sin comprender que su influencia puede visibilizarse y hacerse presente en algunos comportamientos.
- Sin reparar en que no deben ser reactivos cuando otros intervinientes estén fuertemente activados.
- Etc....

Todo ello facilita que se instaure un círculo vicioso en donde no se estudia, no se profundiza, no se reflexiona con tranquilidad en un contexto en el que exista tiempo suficiente para pensar, debatir, analizar..., no se interioriza; son normalizados por los veteranos, las instituciones y los noveles por imitación. Perpetuándose el círculo.

### g) Consecuencias de enfrentar o no los estresores.

Conocer y reconocer los estresores permitirá enfrentarlos y gestionarlos correctamente. Desdeñar los estresores no impedirá que sus consecuencias se perpetúen y afecten a todos los niveles: como intervinientes (en el desempeño de su rol y/o en su esfera privada), como equipos, como organización y en las víctimas atendidas.

ESTRESORES		
NIVEL AFECTADO	CONSECUENCIAS DE ENFRENTARLOS	CONSECUENCIAS DE NO ENFRENTARLOS
INTERVINIENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>En el desempeño de su rol:</b> Satisfacción, autorrealización, superación, compromiso con la profesión o voluntariado, buena relación con los afectados y el equipo u otros, pasión y compromiso, aprendizaje continuo, prevención, deseos de pertenencia y continuidad en la organización...</li> <li>• <b>En su vida privada:</b> Bienestar personal, equilibrio mental, estabilidad en la pareja, red de apoyo y emocional satisfactoria (familia, amigos y entorno social), estilo de vida saludable ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>En el desempeño de su rol:</b> Insatisfacción, desmotivación, apatía, pasotismo, cosificación de los afectados, mala relación con el equipo y la organización, Burnout, aparición de errores, accidentes, exposición a riesgos innecesarios, , abandono prematuro de la organización, la profesión o voluntariado</li> <li>• <b>En su vida privada:</b> Soledad, aislamiento, conductas de riesgo, incompreensión, mala relación con la pareja, desapego familiar, reclusión de los amigos, actitudes hurañas, discusiones, desánimo ...</li> </ul>

<p><b>EQUIPO</b></p>	<p>Cooperación y complementariedad entre los intervinientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De un mismo equipo.</li> <li>• De distintos equipos de su misma organización y/o con los responsables.</li> <li>• De distintas organizaciones (en intervenciones conjuntas).</li> </ul>	<p>Competición, y actitudes hostiles entre los intervinientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De un mismo equipo.</li> <li>• Distintos equipos de su misma organización y/o con los responsables.</li> <li>• De distintas organizaciones (en intervenciones conjuntas).</li> </ul>
<p><b>ORGANIZACIÓN</b></p>	<p>Clima organizacional saludable. Sentimiento de pertenencia. Cooperación. Convivencia. Comunicación. Participación. Colaboración entre los distintos estamentos. Solidaridad. Innovación. Comportamientos democráticos y participativos. Atracción de talento y retención de recurso humano, conocimientos, vivencias, experiencias... Etc.</p>	<p>Clima organizacional enfermo. Sentimiento de desapego. Pasotismo. Discordia. Incomunicación. Pasotismo. Obstrucción entre los distintos estamentos. Insolidaridad. Continuismo. Comportamientos autoritarios o laissez-faire. Desinterés por parte del nuevo talento y descapitalización de recurso humano y su experiencia. Etc.</p>
<p><b>VÍCTIMA</b></p>	<p>Humanización. Sentirse comprendidos. Normalizar reacciones, miedos, etc. Ser ayudados para poder entender e integrar lo que están viviendo. Satisfacer sus necesidades. Sentirse acompañados. Ser atendidos correctamente. Lograr su colaboración. Ubicarlos en el centro del sistema como la figura más importante de las emergencias y lo que da sentido a todo lo demás. Favorecer la recuperación. Ayudar a superar el suceso y Fortalecer a la víctima. Etc...</p>	<p>Deshumanización. Sentirse incomprendidos. Exagerar reacciones, miedos, etc. Dificultar para poder entender e integrar lo que están viviendo. No satisfacer sus necesidades. Sentirse abandonados. Ser atendidos malamente. Lograr su hostilidad. Cosificarlos y tratarlos como parte inevitable de las emergencias y la figura responsable de muchos de los malestares. Obstaculizar la recuperación. Cronificar el suceso y revictimizar.</p>

En definitiva, puesto que la colaboración y la concordia es el mejor aliado para hacer frente a las situaciones caóticas y estresantes que tienen que enfrentar, y la colaboración y cooperación son las señas de identidad de cualquier organización de emergencias; el control de los estresores potenciará la labor de los intervinientes, que el trabajo sea en equipo, que la ayuda llegue eficazmente a los afectados, que estos sean correctamente atendidos, y que las organizaciones actúen aún más coordinadamente; si cabe.

## h) Estresores decisivos al conformar el equipo.

Otros estresores que de forma transversal afectan al normal desarrollo de la guardia, la convivencia y las intervenciones; aun no formando parte de ellas y manifestándose en cualquier momento son:

- Inestabilidad laboral.
- Dotación incompleta.
- Desconocimiento de los integrantes del equipo a nivel personal y/o profesional (p. ej.: habilidades, capacidades,...).
- Inexperiencia del equipo (p. ej. Nuevas incorporaciones a la organización).
- Estilo de trabajo del equipo (p. ej. Competición).
- Estilo de comunicación en el equipo y/o con los responsables (p. ej. directivo, autoritario...).
- Que el material no esté ubicado, la cantidad sea insuficiente, el estado no sea óptimo...
- Existir problemas previos no resueltos.
- Etc...

## i) El equipo de intervención frente a las emergencias.

La emergencia y el medio extrahospitalario frecuentemente son adversos y cambian de forma súbita, obligando a los intervinientes a modificar el planteamiento de abordaje inicial a su evolución y aptando la velocidad de la intervención a las circunstancias.

El equipo tiene pocos aliados en los que apoyarse y los intervinientes; al menos de entrada, solo pueden contar con sus compañeros de equipo. Es decir, será ese equipo, los intervinientes de ese equipo: como estén, como se encuentren, como se lleven... y no otros, los que tengan que intervenir, en esos momentos. Estarán "solos" y tendrán que dar solución a los problemas que puedan surgirles; con los medios y recursos de que dispongan; y, tendrán que iniciar la intervención, independientemente que se haya pedido ayuda.

La sinergia del conocimiento, capacidad, preparación, habilidad, experiencia, destreza, voluntad y determinación de cada uno de ellos hará **que el todo; el equipo, sea más que la suma de las partes; intervinientes**. Lo cual exige ser flexibles.

Es decir, ni el médico, ni el enfermero conducen, pero ayudan al Técnico de Emergencias a manejar las señales acústicas o las comunicaciones; de la misma forma, el técnico colabora con la medicación o ayuda al médico en la intubación o en la ventilación del paciente; o el médico informa al técnico de un acceso mejor para llegar al lugar de intervención; en definitiva, entre todos buscarán soluciones para lograr el objetivo (p. ej. si no se logra ubicar el lugar porque el GPS se haya desconfigurado; recurrir a pedir a alguien que pase o un taxista para que les guíe hasta el lugar).

Esto hace que los límites claros y nítidos cuando se inicia la intervención o en otros contextos (Durante las etapas formativas o en contextos más relajados alejados del foco de estrés), puedan difuminarse y/o desaparecer rápidamente llegado el caso; viéndose obligados por la situación a tener que delegar actividades, funciones, tareas... máxime si pelagra la vida de una persona y se tiene al lado a compañeros con el conocimiento, capacidad, preparación, habilidad, experiencia, destreza, voluntad, y determinación para llevar a cabo la acción al:

- No lograr el objetivo.
- Cambiar el escenario radicalmente.
- Sucederse vertiginosamente los acontecimientos.
- Aparecer nuevas emergencias.
- Tener que establecer nuevas prioridades.
- Haber un número mayor de pacientes de lo estimado.
- No disponer de tiempo para pensar.
- Existir dificultades en la comunicación.
- Haber presión social.
- Surgir limitaciones en la actuación.
- Darse situaciones caóticas, carentes de sentido o completamente ilógicas...
- Etc...

Por todo ello es necesario que los estresores sean conocidos y la afectación en cada uno identificada.

## ii.- Estresores existentes durante las 10 etapas de una intervención sanitaria:

Cuando el equipo comunique a los responsables inmediatos de la organización:

a. Cualquier incidencia que pudiera existir y/o

podiera repercutir en las intervenciones y por extensión al servicio; como que la dotación esté incompleta o falte algún material.

b. Que por su parte se encuentran operativos (preparados para intervenir);

Si el centro coordinador así lo considera, la unidad a partir de ese momento se estimará que se encuentra operativa.

Comenzarán las 10 etapas de cualquier intervención sanitaria.

### 1ª Etapa: ALERTA

La operatividad implica estar atento durante toda la guardia a los distintos canales por los cuales (p. ej.: teléfonos fijos, móviles, emisora...) los responsables del Centro Coordinador puedan activarles para que acudan a cualquier incidente.

El propio hecho de espera a ser activados es un factor de estrés importante.

A ello se suma tener que estar atento a las comunicaciones que se produzcan por la emisora; bien sea porque les puedan activar, porque quien escuche pueda aportar información importante la organización; es decir, al Centro Coordinador y/o a otros recursos a los que hayan activado (p. ej. informando que su unidad puede llegar al lugar del incidente en menos tiempo que al equipo al que están activando por tener mejores accesos, poder eludir retenciones de alguna vía principal o facilitar algún punto de referencia).

Esta primera etapa se caracteriza por:

- La "Ansiedad flotante", al desconocer si van a ser activados y en qué momento lo harán.

- La incertidumbre, al desconocer aquello para lo que serán requeridos.

Es decir, el equipo en esos momentos se encuentra "relajado", en comparación con las siguientes etapas, pero esa tranquilidad es sólo aparente.

Mientras tanto y de forma paralela; en cualquier momento, un alertante puede llamar al Centro Coordinador del Servicio de Emergencias informando de algún incidente; el personal que recepcione la llamada realizará las preguntas pertinentes para poder establecer si es necesaria la intervención de los servicios sanitarios, otorgándole la prioridad que le corresponde y determinando el recurso más adecuado entre todos los disponibles; momento en el cual activarán a la unidad asignada que hasta ese momento se encontraba alerta.

## 2ª Etapa: ACTIVACIÓN

Comienza en el momento en que el Centro Coordinador comunica al equipo sanitario que tienen que intervenir, dejando estos aquello que estén haciendo (p. ej. hablar, comer, dormir, ver la televisión, leer, cocinar...) accediendo lo más rápido posible al vehículo de intervención. La activación se caracteriza por pasar bruscamente de un estado de relajación a otro en el que existe una importante activación psicológica.

Con la activación se traslada al equipo el aviso; es decir, el motivo por el que se les requiere. Se debe transmitir al equipo también cualquier otra información que sea relevante para su actuación (p. ej.: saber que los familiares están agresivos, que el alertante tiene tendencia al sueño, que hay menores implicados, que han amenazado a la persona que ha recepcionado

la llamada, que la muerte donde acuden ha sido traumática, que se va a apoyar su intervención con presencia policial, etc.).

Dicha información es clave tanto para enmarcar la intervención y lo que en ella ocurre; también para que los intervinientes se preparen mentalmente ante el abanico de escenarios y situaciones que pueden llegar a enfrentar, barajar posibilidades desde los más favorables a los más desfavorables, descartar patologías, reparto de roles en el equipo, etc.

Barajar escenarios adversos permitirá que en caso de llegar a producirse no les sorprenda completamente, queden bloqueados y sepan reaccionar.

El hecho de conocer el tipo de intervención para la que se les activa puede provocar miedos, inseguridades, ansiedad... por diversos motivos como: no tener experiencia en ese tipo de actuaciones o que haya sido negativa, considerar (sea cierto o no) que faltan habilidades, destrezas, conocimientos, etc.

Existe una situación especialmente complicada tanto para quien la sufra como para el equipo: tener que intervenir en una escena temida; quien lo sufra puede llegar incluso a quedar bloqueado por alguna experiencia previa traumática o asociarse con situaciones personales lo cual repercutirá a todo el equipo y al normal desarrollo de la intervención.

Lo ideal sería que al ser activados el equipo dispusiera; al menos, de la siguiente información: tipo de incidente, edad, sexo, número de afectados, estado de las víctimas, dirección exacta o puntos de referencia si la ubicación o el acceso es complicado (p. ej. asentamientos ilegales, zona de fincas o casas abandonadas).

Esa información inicial constituye la “línea base del estrés”, el pilar sobre el que se irá edificando la intervención y sobre la cual se irán añadiendo otros estímulos estresantes, situaciones o condicionantes; incrementándose rápidamente a medida que avanza la intervención (ver Figura 2 - Representación esquemática de los niveles de estrés a lo largo de las 10 etapas que conforman una intervención sanitaria).

En esos escasos momentos donde casi no ha comenzado el tiempo a avanzar, estará ocurriendo de forma simultánea que: el Centro Coordinador estará pendiente de obtener o matizar la información pudiendo producirse dificultades en su obtención, tratamiento, interpretación y/o difusión.

Y el equipo se estará desplazando hacia el lugar de intervención y se encontrará a la escucha de cualquier novedad que le puedan comunicar, o aportar ellos información (p. ej. que se va a demorar el tiempo de respuesta porque se ha producido un accidente y no se puede maniobrar con el vehículo)

### **INFORMACIÓN: DIFICULTADES EN LA OBTENCIÓN, TRATAMIENTO, INTERPRETACIÓN Y/O DIFUSIÓN.**

En ocasiones la propia información que recibe el equipo asistencial del Centro Coordinador, quien a su vez la obtiene de las personas u otras instituciones que alertan, es la que genere estrés debido a múltiples motivos: estar incipiente la emergencia, haber varios alertantes transmitiendo información simultánea que es contradictoria, escasa, ambigua, o difusa; etc.

Debido a su mala calidad puede llegar a haber un enorme abismo entre el motivo por el cual son activados y la situación que finalmente

atiendan (Ver figura 1, Problemas en la adecuación de los recursos a las intervenciones).

Esto conlleva que, al estrés del tipo de incidente que van a tener que afrontar (p. ej. Un accidente de tráfico con varios coches implicados), se sume la incertidumbre de lo que van a encontrar (p. ej. no saber el punto kilométrico exacto, ni el sentido, ni el número de implicados, información contradictoria sobre el estado de los afectados o sus edades).

Inicialmente, las dificultades para obtener información están “arriba” (en el Centro Coordinador) y a medida que pase el tiempo y el equipo vaya llegando al lugar de intervención se encontrarán “abajo” (en el equipo de intervención).

Desde sus respectivos “niveles” de intervención deben intentar no retroalimentar el estrés que ambos tienen, por el riesgo de acabar cortocircuitándose.

Es decir, el estrés por las dificultades que vive cada “nivel” no debe considerarse de forma aislada sino interdependiente y parte de un proceso del que ambos forman parte aunque no todos lo hagan de forma presencial.

Es decir, si el nivel “arriba” es más objetivo; el nivel “abajo” es más subjetivo debiendo complementarse ambos niveles pues su complementariedad afectará al desarrollo correcto de la intervención.

### **ESTRESORES Y DIFICULTADES QUE VIVE EL CENTRO COORDINADOR:**

Tendrá que obtener la información que se necesita para poder determinar qué es lo que está ocurriendo, hacerse una composición de lugar, activar el recurso más cercano, y lidiar con sus propios estresores; entre los cuales destacan:

- > No ver a quien alerta, ni el escenario, ni la escena sobre la que el alertante quiere informar.
- > Las complicaciones por no poder entender a la persona debido a su bajo nivel cultural, mala pronunciación, existir incoherencias entre lo que piensa, dice y hace, etc.
- > La dificultad de no comprender el problema que le están queriendo transmitir. El grado de alteración puede observarse incluso desde el mismo momento en que se contacta; p. ej.: llamar al 112 pidiendo "que le facilite el teléfono del 112 porque ha ocurrido una emergencia y quieren avisar" o "pedir que se vaya rápido porque hay una emergencia" y colgar el teléfono, y al devolver la llamada el Centro de emergencias repetirse lo mismo, una y otra vez.
- > El nivel de estrés que padece la persona que alerta puede trasladárselo a quien recibe la llamada; p. ej. Gritos, amenazas, insultos, culpabilizaciones, ...
- > Interferencias en la comunicación por unos u otros debido a: suposiciones, subjetividades, impresiones, necesidad de dar una respuesta rápida,...
- > Malentendidos; P .ej. Al preguntar el centro de emergencias ¿Qué edad tiene? (el paciente, la persona a la que le está ocurriendo la emergencia, por ejemplo adolescente), responder diciendo los años de la persona que alerta (p. ej. un anciano).
- > Equivocaciones debido a: Sesgos cognitivos (p. ej. Confirmación), errores (p. ej. atribución), Efectos (p. ej. espectador), estereotipos, Halos, modas etc...
- > Caída de la información: diferencia entre lo que se piensa, lo que se quiere decir, lo que se cree decir, lo que se dice, lo que la persona oye, lo que cree entender, lo que quiere entender y lo que finalmente

entiende.

> Etc...

#### - INTERRUPCIONES EN LA COMUNICACIÓN.

La comunicación entre el alertante y el Centro Coordinador puede verse interrumpida por distintas causas:

- **INTENCIONADAS:** pudiendo diferenciarse a su vez por:
  - ◇ CAUSA JUSTIFICADA. Es decir, que las razones para interrumpir la comunicación sean aceptables en esas circunstancias particulares debido al riesgo que conllevaría en caso de continuarla; p. ej. amenaza para la vida de quien alerte u otros al encontrarse en presencia del maltratador, terrorista...
  - ◇ CAUSA INJUSTIFICADA. El alertante decide deliberadamente no continuar colaborando llegando incluso a finalizar la comunicación (p. ej. no ampliando la información que se requiere por miedo a implicarse y tener que posteriormente tener que declarar en un juicio, no querer estar en presencia de un fallecido o considerar que si la persona se encuentra en parada Cardiorrespiratoria tendrá que seguir las indicaciones para realizar maniobras de R.C.P. guiados telefónicamente por el Centro Coordinador, etc.
- **NO INTENCIONADAS:** el alertante cesa la comunicación involuntariamente por:

- ◇ CAUSAS ORGÁNICAS: Al encontrarse bajo efectos de sustancias (p. ej. drogas), estar intoxicado (p. ej. monóxido de carbono), sobreingesta medicamentosa (p. ej. benzodiazepinas...), encontrarse indispuerto por patología orgánica (p. ej. ictus, hipoglucemia, Infarto de miocardio, convulsiones, T.C.E), etc.
  - ◇ CAUSAS PSICOLÓGICAS: debido a circunstancias que le impidan poder informar o explicarse como quisiera; p. ej. miedo insuperable, estado de desesperación...
  - ◇ OTRAS: falta de cobertura telefónica, ruido ambiental, etc.
- LA TOMA DE DECISIÓN POR EL CENTRO COORDINADOR

El Centro Coordinador puede considerar; incluso con pocos datos o por la impresión que transmite la persona que alerta, que la situación es lo suficientemente grave como para activar al recurso sanitario y ganar tiempo, no demorando la asistencia mientras continúa recabando la información que se precisa; pudiendo finalmente:

- ◇ Lograr completamente la información necesaria para intervenir.
- ◇ Lograr parcialmente nueva información que amplíe la inicial.
- ◇ No lograr más información.

En ocasiones los límites entre estas tres opciones pueden estar difuminadas y se mantiene la incertidumbre que había al inicio, teniendo que arriesgarse por alguna de las siguientes opciones:

- a. ANULAR EL AVISO: Es decir, decidir que no se necesita en el lugar el recurso avanzado.

Esta decisión puede ser compleja para el Centro Coordinador por existir dudas razonables sobre lo que está o no ocurriendo, implicaciones legales, dilemas éticos o morales, repercusión mediática... teniendo que sopesar; sobre la marcha, tomar o no esta decisión y las consecuencias que pueda traer:

- ◇ Anular el aviso al recurso avanzado (p. ej. S.V.A.) y no enviar más atención.
- ◇ Enviar otro recurso (p. ej. S.V.B) demorando con el cambio de recurso la atención al paciente y que la situación, cuando estos lleguen, sea lo suficientemente grave como para que se vuelva a tener que activar al S.V.A. habiéndose perdido un tiempo valioso.

- b. NO ANULAR EL AVISO: Es decir, determinar que finalmente debe continuar activado el recurso avanzado y acudirán al lugar. El personal del Centro Coordinador intentará contactar con el alertante o el afectado todo el tiempo, hasta que el equipo llegue al lugar de la emergencia; a pesar de que en muchas ocasiones todo apunte a que finalmente no va obtenerse la información que necesitan (p. ej. no responder al teléfono a pesar de insistir con múltiples llamadas, haber apagado el móvil, estar comunicando,...). Esta decisión de no anular el aviso puede implicar:

- Enviar un recurso avanzado a un aviso donde no existe realmente

una emergencia; lo cual no evita tener que registrar que la situación de emergencia no existe, identificar al afectado, tomar constantes, cumplimentar datos, etc. aunque sea mínimamente;

- Mientras cumplimentan la documentación no estarán disponibles si ocurriera una emergencia verdadera (p. ej. un atropello) por estar ocupados (p. ej. Cumplimentando informes...) dejando a toda la zona que cubre esa unidad sin la atención necesaria.
- Tener que enviar en su lugar a otros recursos más alejados o menos idóneos.

Incluso puede darse el caso que mientras el Centro Coordinador sigue intentando recabar la información que precisa, el equipo llegue al destino (p. ej.: por proximidad del equipo al lugar del incidente o estar el alertante intentando recabar la información que se precisa pero actuar la persona lentamente...); etc.

Todas las incidencias debe informarse al equipo de intervención (p.ej. indicándoles que el paciente no responde al teléfono, que el alertante ha insultado y dado por finalizada la comunicación, que no atiende a razones...) pues, aunque parezca que esa información no es especialmente relevante, **lo es.**

### Consecuencias sobre los intervinientes de actuar con esos condicionantes:

El hecho de que el Centro Coordinador comunique a los intervinientes todas

esas incidencias: que existen interrupciones en la comunicación, si las causas son voluntarias o involuntarias, los motivos para mantener activa la unidad asistencial, etc.) explicita que:

- Se preocupan por ellos.
- Saben que las condiciones a las cuales se envía no son óptimas.
- No consiguen obtener, ampliar y/o matizar la información a pesar de intentarlo.
- Existe un marco mental en el cual todos "saben que no saben".
- Estarán atentos a las necesidades que pudieran surgirles al equipo que interviene, dando prioridad en sus comunicaciones, apoyando con celeridad lo que necesiten (p. ej. presencia de Policía o Bomberos), etc.
- Deberán estar vigilantes todo el tiempo hasta que el escenario, la situación y lo que ocurre en él esté bajo control.
- La unidad asistencial deberá conseguir entender lo que ocurre y contextualizar la poca información que dispongan o vayan obteniendo.
- Tendrán que buscar la información en las inmediaciones o en el mismo escenario donde van a intervenir.
- Decidirán si intervienen así, con incertidumbre, o si es necesario esperar apoyo (p. ej. Presencia policial) ante situaciones de riesgo vital, agresividad,...
- Deberán anticiparse a los acontecimientos.
- Tendrán que planificar la intervención con incertidumbre.
- Habrán de prepararse mentalmente para intervenir con limitaciones, inseguridades...
- Deberán valorar distintas hipótesis so-

bre qué puede ocurrir al paciente si este no puede o no quiere contestar o colaborar (p. ej. ante un paciente que no abre la puerta del domicilio plantearse si la persona está inconsciente, puede tener ideación suicida, está fallecido, amenazado o simplemente se ha ido a pasear).

- Deberán improvisar la intervención sobre la marcha, cambiando los esquemas iniciales y adecuarlos a cómo evoluciona el escenario, el paciente, la intervención y al ritmo que vaya imponiendo.
- Valorarán necesidades que pudieran no haberse considerado por la mala calidad de la información.
- Tendrán que obtener información de **fuentes directas** (p. ej. Familiares, pareja, compañeros de piso...) debiendo proteger la intimidad de la víctima por el riesgo de romper el secreto profesional en su afán de buscar información (implícitamente las preguntas puedan transmitir el motivo de intervención).
- Tendrán, en su defecto, que obtener información de **fuentes indirectas** (p. ej. conserjes, vecinos, espontáneos que irrumpen en el escenario preguntando...) teniendo que sopesar la fiabilidad de la información de dichas fuentes; el riesgo principal está en darla por válida cuando en realidad no saben si es cierta actuando con unas premisas equivocadas por alguien que da información sin saber buscando notoriedad, chismosear, tengan intereses ocultos, etc.
- Deberán ser cautelosos con la información que obtengan por el riesgo de que llegue a sesgar la intervención (p. ej. al relatar que han habido episodios

previos de inconsciencia similares por consumo de drogas, no valorar otras opciones, como que la persona presente sumisión química).

- Deberán lograr el control de la situación, ubicarse en ella y ayudar a entender la situación a los afectados, familiares y/o testigos presenciales.
- Habrán de lograr la colaboración de todas las personas allí presentes.
- Deberán seleccionar un interlocutor válido y retirar al resto sin que se sientan ofendidos o menospreciados.
- Comprenderán sus reacciones y anticiparán sus respuestas.
- Evitarán el efecto contagio (ansiedad, agresividad,...).

Conocer las dificultades que tiene el Centro Coordinador para obtener la información y las incidencias surgidas con el alertante puede ser clave para solucionar el aviso satisfactoriamente o lograr la colaboración de los allí presentes. Por ejemplo: saber que el Centro Coordinador ha estado llamando insistentemente al teléfono del alertante y que no han contestado, al decírselo a un paciente que según se contacte esté agresivo por la demora en la asistencia al no encontrar el equipo su domicilio, puede hacer que éste se dé cuenta que su teléfono no lo ha dejado apagado (teléfono móvil) o colgado (teléfono fijo), está sin batería, sin cobertura u olvidado en otro lugar (p. ej. el coche desde donde llamó) facilitando con ello la cooperación del afectado y/o familia.

Un error involuntario de cualquiera de los que hayan participado en la cadena de comunicación puede sesgar la información y con ello la intervención,

repercutiéndola globalmente: valoración de la llamada, prioridad, el tipo de recurso asignado o el número de efectivos.

De ahí la importancia no sólo de confirmar durante toda la intervención la información, sino también dudar de ella y plantearse constantemente que pudiera ser errónea, siendo fundamental no dar nada por supuesto ni omitir preguntas por entender que sus respuestas son obvias; p. ej.: parentesco, vinculación sentimental, patología, ubicación, consumo de drogas ...

Esto se debe hacer tanto en los primeros momentos de la intervención, al recibir la llamada el Centro Coordinador, como cuando el equipo llegue al lugar de intervención e intentar establecer el diagnóstico y posteriormente al realizar el diagnóstico diferencial; p. ej. Hipoglucemia versus ictus, patología cardíaca, sobredosis, posología,...

## ESTRESORES Y DIFICULTADES QUE VIVE EL EQUIPO DE INTERVENCIÓN:

Simultáneamente al estrés que vive el centro Coordinador, el equipo que se está dirigiendo al lugar de intervención tendrá sus propios estresores que afectará a la información que les ha transmitido al centro Coordinador, como son:

- La discordancia entre la información trasladada y lo que están observando.
- La dificultad de entender con exactitud qué les están indicando.
- Dificultades en la comunicación (p. ej. mala cobertura).

- Complejidad de comprender la dimensión de lo que está ocurriendo.
  - No encontrar la ubicación facilitada por el alertante (P. ej.: Al confundir quien alerta la localidad del incidente con la de su residencia o trabajo habitual, el nombre de la calle con una avenida, plaza o travesía del mismo nombre, o el número de la planta o la puerta).
  - No localizar al paciente (P. ej. porque haya decidido no esperar a los sanitarios marchándose por sus medios hasta un centro sanitario).
  - No coincidan los motivos de activación con los de otros intervinientes de emergencias que también hayan podido acudir por diversas circunstancias.
  - No exista para ellos la emergencia e insistan desde el Centro Coordinador que sí (p. ej. estar en el entorno del lugar de la emergencia y no observar ninguna emergencia).
- ◇ Consecuencias sobre los intervinientes de actuar con esos condicionantes:

Aunque el alertante logre transmitir correctamente toda la información sobre lo que está ocurriendo al personal del Centro Coordinador (Operadores, Técnicos en Emergencias Sanitarias – Locutores, Enfermeras, Supervisor de Enfermería, Médicos....) de forma fiable, incluso habiendo sido matizada por un médico regulador, habiendo sido trasladada dicha información correctamente al dispositivo sanitario, no es infrecuente que cuando estos acaben llegando al lugar, la situación planteada y la que observen no sea ni siquiera parecida, obligándoles a los intervinientes y a la organización a tener que cambiar rápidamente el planteamiento de intervención.

## MOVILIZACIÓN

Simultáneamente a todo lo anterior el equipo se estará desplazando hacia el lugar de intervención con la información que les hayan facilitado.

En su desplazamiento nuevos estresores irán apareciendo; sumándose, superponiéndose, alternándose o sucediéndose a los ya existentes, obligando a los intervinientes a tener que prestarles atención según se vayan presentando:

- **Estímulos sonoros:** sirenas, claxon, alarmas, pitidos del aparataje que se lleva en la unidad de intervención...
- **Estímulos lumínicos:** rotativos, luces de cruce o de carretera, testigos luminosos del panel del vehículo...
- **Estímulos cinéticos:** aceleraciones, desaceleraciones, giros, cambios de rasante, frenazos...
- **Comunicaciones:** sistemas de navegación (GPS), telefonía móvil, emisora...
- **Dispositivos de ayuda del vehículo:** espejos laterales, espejo retrovisor, cámara de visión trasera ...
- **Tipo de vía:** Autopistas, autovías, carreteras secundarias, avenidas, calles, glorietas, vías de doble sentido, zonas turísticas, zona de alta densidad habitacional, polígonos industriales...
- **Estado de la vía:** obras, rotondas, bade- nes, socavones, semáforos, congestión circulatoria, mala señalización...
- **Factores climatológicos:** niebla, viento, lluvia, sol, nieve, helada, ventisca, humedad...
- **Accesos al lugar de intervención:** Barre- ras, pendientes, obras...
- **Tiempo de respuesta** hasta llegar al afectado.
- **Distancia** a recorrer hasta el lugar de la in-

tervención.

- **Gravedad** del estado de la persona a la que van a atender.
- **Otros intervinientes** o no; presentes en el lugar que puedan iniciar la ayuda (p. ej. personal del Centro de Salud, ambulancias de Soporte Vital Básico, Socorristas...).
- **Momento del día** en que se interviene: mañana, mediodía, tarde, noche o madrugada.
- **Fase de la guardia:** inicio, final, retraso en la salida de la jornada laboral,...
- **Evolución de la guardia:** si han sido acti- vados anteriormente o si es la primera in- tervención de la guardia, cómo han sido los avisos previos,....
- **Número de avisos.**
- **Temperatura:** calor o frío extremos (ola de calor y frío)...
- **Estación del año.**
- **Ritmo circadiano:** sueño-vigilia, descanso, alimentación, digestión, postprandial,....
- **Estilo de conducción:** agresivo, amable, temerario, nervioso, pasivo, tranquilo, exhi- bicionista, imprudente...
- **Comportamientos de otros conducto- res:** obstruccionistas, colaboradores, desa- fiantes, oportunistas ...
- **Comportamientos de los peatones:** acti- vos (p. ej. primeras horas de la mañana en días laborales), hipercinéticos (p. ej. en épocas navideñas), tranquilos (p. ej. domingos por la mañana), despistados (p. ej. turistas) ...
- **Otros usuarios en la vía:** repartidores, pa- tinadores, transportistas, patinetes eléctri- cos, ciclistas...
- **Dificultades en la vía:** vehículos estaciona- dos en doble fila, atascos, vehículos de gran tonelaje,...
- **Conseguir llegar al lugar.**
- **Conseguir acceder al lugar.**
- **Otros:** ángulos muertos del vehículo, tener que consultar la historia clínica electrónica

para conocer reacciones alérgicas, antecedentes sanitarios, tratamiento actual, estado vacunal, cirugías previas, testamento vital...

### 3ª Etapa: APROXIMACIÓN

A medida que los intervinientes se aproximen al lugar del incidente, irá cambiando paulatinamente el peso de la comunicación - y de la intervención - pasando de ser el Centro Coordinador quien inicialmente informa y sobre quien pivotan las decisiones y comunicaciones (comunicación arriba-abajo) a ser el equipo quien tome las decisiones e informe (comunicación abajo-arriba); primero, cuando estén llegando a las inmediaciones del lugar de intervención ampliando, corrigiendo o matizando la información facilitada; y finalmente, cuando estén en el escenario, momento culmen en el cual se invierten completamente los papeles, pasando de recibir información a informar; p. ej.: número de afectados o gravedad de los mismos.

Al llegar al escenario, los intervinientes serán pues "los ojos" del centro coordinador, in situ; le informarán de lo que ocurra y tendrán la capacidad de influir en las decisiones que se tomen.

La etapa de aproximación se puede entender como un continuum; un proceso que se puede dividir en cuatro subetapas por las cuales transita el equipo; desde que comienzan a ubicar el lugar de intervención; de forma vaga e imprecisa, hasta que el incidente queda localizado exactamente.

Esta división es más didáctica que real, pues no siempre están delimitadas nítidamente o se pasa por todas ellas (Ver Figura 3 - Representación esquemática de los niveles de estrés en los tres momentos principales de la intervención:

Desplazamiento, Escenario y Contacto con el afectado).

Puede ocurrir que no encuentren al afectado en el lugar facilitado por alertante, y estando buscando en las inmediaciones, no habiendo habido ningún indicador que les haga pensar que estén cerca del afectado (p. ej.: gritos, ruidos, llantos, gemitos,...) aparezca súbitamente (p. ej. al girar una esquina) viéndose inmersos de forma abrupta en el escenario y teniendo que actuar sin margen de tiempo para pensar (p. ej. ante un precipitado donde el único testigo se haya marchado).

Esas subetapas por las cuales transita el equipo, desde que comienzan a ubicar el lugar de intervención hasta que el lugar exacto del incidente son cuatro: desde la lejanía del lugar de intervención; desde las cercanías del lugar de intervención; frente al escenario de intervención; y al contactar con el afectado.

#### I.- Desde la lejanía del lugar de intervención.

Los intervinientes aun estando lejos deben comenzar a prepararse mentalmente y aclimatarse a la intervención, ubicar dónde van a intervenir, extraer información de lo que vean (p. ej. Humo o fuego), captar las primeras impresiones del lugar (p. ej. zona marginal) y con la información facilitada el Centro Coordinador; intentar confirmar o rechazar la idea previa de lo que pueda estar ocurriendo estableciendo un plan inicial de abordaje que posteriormente se verá si es correcto o no, si se mantiene a pesar de todo o si hay que establecer cambios al no ajustarse a la realidad.

El margen de maniobra en esos momentos (en la lejanía) será mayor que cuando se ya

encuentren sobre el terreno (escenario) y la libertad de acción será mayor antes de empezar a tomar decisiones, que una vez se empiecen a implementar.

Es decir, en la lejanía pueden verse las luces de los bomberos; ello indica que la ayuda ha comenzado, orienta hacia el lugar donde deben dirigirse, puede estimarse un tiempo aproximado de llegada e incluso que el incidente sea más grave de lo estimado por el número de efectivos que se ve actuando.

No debe darse información al Centro Coordinador así; desde la distancia, si no se puede captar con seguridad lo que se está viendo, pudiendo llegar a transmitir como afirmaciones lo que en realidad sólo son meras impresiones o vagas conjeturas. Informar así suele estar caracterizado por una gran impulsividad y la falta de un análisis apropiado, haciendo que se presenten riesgos vitales para el equipo o situaciones absurdas por querer ayudar.

Estas situaciones absurdas se ven claramente cuando no se ha participado en ellas. Su análisis, habitualmente realizado en contextos informales y contados a modo de anécdota; permite el análisis relajado y el aprendizaje, al conocer toda la información de la que disponían en aquel momento, todo lo que en ella ocurrió, el contexto en el que actuaron, el marco mental que tenían, qué hizo actuar como se actuó y el desenlace; comprendiéndose lo ridículo de la situación.

A posteriori, cualquiera puede considerar que no habría cometido ese error. Sin embargo, quienes allí intervinieron con todas las tensiones y los condicionantes que hubo; no se percataron de ello.

Un ejemplo de ello es observar un autocar salido de la vía, ladeado, no ver a ninguna persona en las inmediaciones y presuponer que todos están atrapados, afirmando que es un Incidente con Múltiples Víctimas; ello conlleva activar más recursos... y al llegar; quienes así lo determinaron, encontrarse a las supuestas víctimas, comiendo, a la sombra, mientras esperan que venga otro autocar para continuar su trayecto.

Si se informa así, se debe explicitar que sólo es una impresión para que desde el Centro Coordinador lo tengan presente (p. ej. activen otros recursos o reserven los que hayan quedando a la espera de una información definitiva).

En caso de que finalmente las impresiones no hayan sido correctas también se debe comunicar para que desde el Centro Coordinador actúen en consecuencia (p. ej. anulen los recursos que van en camino o queden disponibles las unidades que estén a la espera).

Para informar así, que lo que se transmite es una primera impresión, debe haber sin embargo bastante certeza; en caso de que posteriormente hubiera que rectificar o incluso dar explicaciones a algún responsable, otros equipos... poder argumentar la lógica que lo apoya; p. ej.: por existir una duda razonable, evitar un mal menor, impresionar ser una intervención extremadamente grave o complicada, que la demora en la asistencia disminuye las posibilidades de supervivencia, etc.

Como regla general puede decirse que cuanto más alejado se esté del foco de intervención, mayor deber ser la celeridad de la intervención; debiendo reducir progresiva-

mente su velocidad a medida que se vayan aproximando: primero, al foco del escenario; y posteriormente, al paciente.

Eso conlleva que tengan que frenar el impulso natural de actuar y contenerse ante la presión social (p. ej. paciente, familia o vecinos) exigiendo rapidez cuando apenas han entrado en el escenario y no han determinado si van a intervenir.

Deben caminar avanzando deprisa pero sin correr con objeto de evitar activarse más y generar alarma en personas ajenas a lo que esté ocurriendo.

A medida que se va llegando al epicentro de la intervención los riesgos son mayores: no se conoce el terreno, las circunstancias en las que tendrán que realizar la intervención, las vías de escape,... debiendo volver a reactivarse esa celeridad cuando el entorno sea evaluado y decidido proseguir. No respetar esto y primar la intervención a toda costa favorecerá la aparición de errores importantes y riesgos incensarios.

Por ello, es tan importante que existan equipos estables, consolidados y cohesionados (p. ej. a nivel afectivo, vivencial, experiencial...); porque cuando no hay tiempo para debatir si actúan o no; en ocasiones, deben entenderse con una mirada si asumen los riesgos de intervenir, o con un gesto de determinación atender al paciente deprisa o entender que se le evacua rápidamente para poder salir de un escenario peligroso.

Que se conozcan los intervinientes y sepan si tienen o no la capacidad de afrontar ese tipo de intervención permite poder delegar decisiones en función de los conocimientos, habilidades, capacidades, preparación, for-

talezas, debilidades, recursos... Llegando a contradecir incluso el miembro más veterano a una persona que esté empezando, entendiendo todos que si se está haciendo así es para salir airosos de una situación peligrosa; p. ej. Dándole parcialmente la razón a un familiar agresivo cuando no la tenga.

Querer llegar deprisa al paciente a toda costa puede hacer que el equipo se meta en el "efecto túnel" produciéndose situaciones graves como no observar el escenario y no percatarse de que hay gente tirándoles piedras o personas agitando navajas; o situaciones ridículas como bajar todo el material con el que se va a intervenir (p. ej. desfibrilador, maletín de vía aérea, maletín de enfermería, aspirador de secreciones, Tablet de acceso a la historia clínica...) y desplazarse absurdamente con todo el peso de ese material al no haber visto que, a escasos metros, hay una señal indicando el acceso exclusivo para ambulancias que les hubiera llevado hasta el portal mismo del afectado.

Si lograr adecuar la "velocidad" de intervención no es fácil (p. ej. personas haciendo señales, gritando o insultándoles para que se apresuren), mucho menos lo es en avisos tiempo-dependientes donde las posibilidades de sobrevivir o la calidad de vida del paciente depende de lo rápidas que se instauren las medidas que el paciente necesita; lo cual lleva a veces a sucumbir al impulso de intervenir poniendo incluso en peligro la propia vida y la del equipo.

## II.- En las cercanías al lugar de intervención

Es importante no anticiparse en dar la llegada al Centro Coordinador para ganar unos

pocos segundos porque en ocasiones pudiendo estar incluso en las inmediaciones y viendo el escenario; por la razón que sea (p. ej. vía cortada, estrés, desvíos, cansancio, obras, fallar el GPS, manifestación, o cualquier otra razón) finalmente no puedan acceder al lugar, acaben por desorientarse y perdidos a varios kilómetros. Para desesperación del equipo, del Centro Coordinador y de los afectados.

La imposibilidad de lograr ubicar el lugar exacto de la intervención o acceder al escenario supone un incremento importante de los niveles de estrés al saber que se está cerca del paciente pero que no se consigue llegar a él; especialmente en situaciones graves.

La llegada al lugar se dará en el momento en el que el equipo de intervinientes consigan llegar físicamente con el vehículo asistencial hasta el lugar más próximo a la intervención.

Cuando se indique al Centro Coordinador la llegada del equipo al lugar, también debe comentarse cualquier incidencia que pueda haber para que tengan constancia y/o actúen en consecuencia; p. ej. Que un agente de seguridad les impide el acceso, que no impresiona que exista la situación por la cual han sido activados o que hay personas alteradas.

En esos momentos con una primera aproximación visual, deben establecer si:

- El entorno es seguro.
- Están presentes otros servicios de emergencias.
- La actitud de familiares, testigos u otras víctimas es colaboradora.
- Abandonan el vehículo de intervención.

- Conocen el tipo de intervención que van a enfrentar.
- Pueden dirigirse hacia el afectado.
- Saben el contexto en el que van a intervenir.
- Están correctamente equipados para la intervención.
- Saben dónde están los riesgos.
- Existen riesgos potenciales.
- En caso materializarse dichos riesgos saben qué hacer.
- Tienen la capacidad de hacerles frente solos o necesitan ayuda de otros.
- El alertante, familiares o testigos pueden facilitar información suficiente, significativa y de calidad sobre lo que está ocurriendo.
- Coincide esa información con la facilitada por el Centro Coordinador.
- Tienen la información todos aquellos que la necesitan (p. ej. policías en el lugar).
- La información permite intervenir al unísono.

Posteriormente a medida que se desplacen hacia el escenario también deben ir recabando información de forma semejante a como se hizo cuando estaban en la distancia; observando por ejemplo:

- Los bloques de viviendas colindantes: vecinos que gritan, gente que increpa a los sanitarios, riña familiar, tráfico de drogas ...
- El portal de la vivienda: sin cerradura, sin luz, buzones forzados, jeringuillas, suciedad, grafitis y lo que pone en ellos...
- Al llamar al telefonillo: deben escuchar no sólo cómo lo hace la persona que contesta (p. ej. velocidad y tipo de habla, tono, agresividad...), también lo que dice y si por detrás de él se escucha más personas, niños, llantos, amenazas...

- El estado del ascensor (p. ej. estropeado, puertas desvencijadas, etc.) y de la escalera (p. ej. basura, marcos de las puertas de las viviendas arrancados, bombillas fundidas, instalaciones arrancadas, etc.)
- Al llegar a la puerta: estado de la puerta, del timbre, si se escucha hablar, si al llamar se produce silencio o se elevan las voces, si hay gritos, susurros, pisadas, ladridos, niños llorando, amenazas hacia otras personas o hacia el equipo, ...

Es decir, deben estar atentos a los estímulos que existen en el ambiente, buscar información y analizar cualquier otra que les llegue, como cuando algún vecino dice de forma hastiada cosas del tipo "¿ya están ustedes otra vez por aquí?"

Es especialmente significativo cuando hay algún familiar esperando en la calle o en el portal a que llegue el equipo sanitario haciendo gestos y pidiendo que se apresuren; deben observar su comportamiento, lo que dice, el relato de lo que cuenta, la coherencia del mismo, riesgos ... ello permitirá detectar peligros y conocer qué le está ocurriendo al afectado, intuir la gravedad por lo que cuenta y poder empezar a tomar decisiones para ganar tiempo incluso antes de verle (p. ej. subir más material del que se usa habitualmente).

Estas situaciones donde hay gente que sale al encuentro del equipo sanitario suelen ser situaciones de extrema gravedad, lo cual no excluye que posteriormente la situación sea peor de lo que se imaginan, parecida o simplemente sea una falsa alarma por estar la persona que los recibe desbordada por la situación.

### III.- En el escenario de intervención

Cuando el equipo vaya a acceder al escenario debe recordar que entra en el "epicentro" de la intervención; a medida que se aproximen al paciente mayor será la posibilidad de que exista presión social y menor será el margen de maniobra para cambiar el abordaje de la intervención, haciendo que su labor se desarrolle con dificultad y las circunstancias sean complejas.

La gente puede exigirles atención inmediata, suplicarles que asuman riesgos o funciones que no son propias, que quieran entrometarse en la actuación, en el tratamiento o en sus decisiones... mediante la imposición, gritos, lloros, llantos, culpabilizaciones.... No deben permitir que esto condicione su labor.

Haber reflexionado previamente este tipo de intervenciones ayudará a poder desenvolverse en ellas y entender qué les está ocurriendo a cada uno: intervinientes, equipo, afectados, familia y grupo social. Cuando existe peligro deben tener interiorizado hasta dónde deben o no intervenir; especialmente en situaciones donde su seguridad no está garantizada, teniendo que lograr soportar la presión y abstenerse de actuar.

Reflexionar sobre ello evitará que en plena intervención surjan conflictos éticos o dilemas morales o que alguien del equipo rebaje la gravedad o las consecuencias. Esto que aparentemente es sencillo en la práctica es más complejo.

Es importante que todos los miembros del equipo tengan un acuerdo explícito en donde en caso de que alguno de ellos decida que el equipo se retira del lugar; el equipo lo hará en bloque, con determinación, sin du-

das, sin preguntarle a quien lo haya decidido qué ocurre o porqué han de hacerlo, pues no será ése el momento adecuado para preguntar, comentar, dilucidar o justificar (y más "in situ") porque si se toma esta decisión y especialmente si es por parte del responsable del equipo o por personas veteranas; aunque no únicamente, es porque la situación es lo suficientemente grave como para tener que hacerlo y otras alternativas no son viables (p. ej.: no puede explicarse qué ocurre en voz baja, no es posible apartar al equipo a un lado para comentarlo, etc.).

Se sobreentiende que quien lo ha decidido lo ha hecho por haber detectado una situación lo suficientemente grave y peligrosa (p. ej. haber visto un gesto amenazante, escuchado que van a agredir a algún miembro del equipo, haber visto que el paciente tiene un arma en el que no habían reparado inicialmente o que hay una persona asesinada en otro foco del escenario) llegando incluso a abandonar la asistencia; que puede ser considerado una denegación de auxilio.

Por compañerismo si alguien del equipo se siente amenazado; lo está, y además lo está todo el equipo por extensión.

Uno de los momentos importantes para considerar la necesidad de tener que solicitar el apoyo de otros recursos será este, cuando están junto al escenario de intervención; lo cual no quiere decir, que no pueda ser considerado en cualquier otro momento de la misma.

Dicho apoyo puede ser sanitario al estimar que esa unidad que no son suficientes efectivos para afrontar solos la petición de ayuda; pero también no sanitario; con objeto de actuar de forma conjunta con apoyo de la

policía o los bomberos (p. ej. Paciente agresivo con un cuchillo).

En otras ocasiones será el Centro Coordinador quien envíe estos recursos de apoyo preventivamente al considerar que las características del aviso y/o experiencias previas en este tipo de intervenciones hará que en poco tiempo los intervinientes puedan estar fatigados física o mentalmente e incluso desbordados por el tipo de escenario (p. ej. atentado), escena (p. ej. asesinato), intervenciones prolongadas (p. ej. edificio derrumbado con personas desaparecidas)...

El equipo accederá a cinco escenarios principales: domicilios, vía pública, carreteras, el vehículo asistencial y/o traslado (ambulancia, UVI Móvil...) y otros lugares en los que se llevará a cabo la intervención propiamente dicha.

### **a. DOMICILIOS**

Al llegar a la puerta del domicilio es importante que el equipo se coloque a los lados y nunca enfrente, por no haber tenido todavía contacto visual con el afectado y no saber su estado, si ha consumido drogas, presenta episodio psicótico, si tiene algún objeto contundente, tiene un arma y pueda disparar; como desgraciadamente ha ocurrido.

Para protegerse deben colocar delante de ellos a modo de parapetos el material de intervención (p. ej.: desfibrilador, vía aérea y maletín de enfermería), para en caso de que se abra la puerta súbitamente para ser agredidos; poder defenderse y/o repeler el ataque lanzándolos contra el agresor, huir y/o pedir ayuda mientras ganan unos segundos que a veces son vitales.

Si al llegar la puerta estuviera abierta (p. ej. el paciente ha sentido que su muerte era inminente o que iba a perder el conocimiento), se debe vocear su nombre, llamándole, o pidiendo a quien pudiera haber que salga a la puerta,... estando muy atentos en esos momentos a lo que pueda ocurrir: que no conteste nadie, escucharse algún quejido, respiración agónica, ruidos suaves (p. ej. golpeteo de algún mueble)...

Debe priorizarse en todo momento la seguridad e integridad de los intervinientes frente a querer ayudar a la víctima, si finalmente deciden entrar en esas malas condiciones; antes de hacerlo se debe comunicar al Centro Coordinador para que tengan constancia de ello, e incluso activar preventivamente a la policía, en cualquier caso si decidieran por la razón que sea no esperarlos y asumir el riesgo; deberán extremar las precauciones.

Si finalmente el escenario donde han penetrado no es el que parece (p. ej. ir a atender a una persona anciana, que no indefensa) y acaba por convertirse en una trampa, produciéndose en él amenazas, condicionándoles su intervención, impidiéndoles que se comuniquen o limitando sus movimientos (p. ej. al decidir no certificar un fallecimiento por considerarse que están frente a un homicidio y los allí presentes quieran como sea el certificado de defunción) ... todos sabrán que la ayuda está encamino, se evitará que lleguen a quedar atrapados, aislados y desprotegidos (P. ej. cerrando la puerta con llave) a merced de gente que quieran imponer su voluntad (p. ej. creer que con el certificado de defunción ya puedan cobrar una herencia), quedando a la espera de ver cómo se desarrollan los acontecimientos mientras buscan soluciones para poder escapar de allí.

Siendo la situación grave, todos sabrán que se ha comunicado la forma en la que se accede; si se ha pedido ayuda estará en camino y si no, será cuestión de tiempo que el Centro Coordinador se dé cuenta de que algo está ocurriendo.

Por ello es importante ante situaciones anómalas ser cuidadoso con la comunicación por parte de cualquiera y si existe algún código, botón de emergencia o procedimiento, no acabar por decir abiertamente lo que se intenta transmitir con sutileza puesto que aunque no haya maldad hacerlo puede poner en riesgo a los que están en una situación peligrosa (p. ej. Decir alguien del equipo "¿Pido policía?" ó explicitarse por emisora "¿Les envío entonces a la policía?").

Respecto a la policía; especialmente en contextos normalizados, su sola presencia es disuasoria, y evitan que los problemas acaben por descontrolarse, reduciéndose así los riesgos (p. ej. escalada de violencia), en su presencia las personas por lo general controlan su comportamiento, son más receptivos, permiten la comunicación y relajan la tensión inicial (P. ej. en discusiones acalorada entre familiares).

Desgraciadamente ese tipo de intervenciones donde existen ambigüedades, no se sabe bien qué ocurre, hay que decidir si se entra o no en el escenario, no se logra más información, faltan medios, no coincide lo que les han activado con lo observan ... son frecuentes en todos los servicios de emergencias, incluido los sanitarios.

Eso hace que los intervinientes convivan con la incertidumbre y tengan que aprender a hacerlo, lo cual no es fácil.

Y a pesar de que inicialmente pueden haber semejanzas en las intervenciones, finalmente acaban por no parecerse en nada al existir diferentes factores que acompañan sus actuaciones: riesgos, circunstancias, matices, situaciones, factor sorpresa,...

Lo cual hace que su labor sea tan apasionante y poco monótona, como a su vez conlleve una importante carga emocional y unos niveles de estrés nada desdeñables: ¿Quién puede prever que tras media hora en la vivienda y mientras se certifica un fallecimiento salga de un armario súbitamente, un hijo que estaba escondido, del que nadie sabía nada desde hace días, queriendo agredir a los sanitarios?

No poder garantizar la seguridad del escenario, el paciente y la intervención, implica tenerlo presente y no asegurar que lo está si no es así; especialmente en algunas situaciones como son las intervenciones con víctimas de violencia de género, incluso estando la policía presente puede ocurrir que el agresor regrese a la vivienda. Tampoco deben olvidarlo en fases posteriores como el traslado de la víctima e incluso estando ya dentro de la ambulancia, por querer irrumpir el agresor.

El hecho de que el equipo entre en los escenarios, especialmente en los domicilios, puede conllevar que los afectados (paciente, familiares u otros) vivan ese momento más como una invasión que como una ayuda.

Para evitarlo es decisivo la forma en la que se accede, transmitiendo respeto inicialmente en la forma de saludar, entrar, moverse, respetar el espacio, ... y posteriormente acercarse al paciente, mirar, preguntar, interactuar... buscando la alianza y predisponien-

do al afectado y/o a su familia a colaborar.

Antes de introducirse en la vivienda; si hubieran animales en la casa, deben sus dueños dejarlos encerrados, independientemente que aseguren que es un animal tranquilo, el animal, puede ver que a su territorio entran extraños y los considera como una amenaza, y/o interpretar que están agrediendo a su dueño al emitir este algún gesto de dolor o quejido mientras el médico le está explorando, el enfermero canalizando una vía, o el Técnico retirando los electrodos del electrocardiograma; defendiéndole con arañazos y mordiscos.

Si las circunstancias lo requieren es preferible esperar unos segundos a que el perro dé paso al equipo y de esta forma no incomode el resto de la intervención.

Un aspecto importante a tener en cuenta es que los animales pueden ser una fuente de información indirecta del estado del dueño (si están agresivos o tranquilos, limpios o sucios, bien o mal alimentados, deshidratados...).

Cuando finalmente lleguen hasta el afectado y se produzca el contacto, deben estar alerta a cómo se desarrollan los acontecimientos y se establece la relación de ayuda, se determina cual va a ser el "tono" de la intervención (p. ej. colaboración, hostilidad, frialdad, desdén...), se aclimatan unos a otros, el equipo conoce el escenario y se habitúan al lugar donde están.

Los domicilios son escenarios ambiguos; si bien son lugares íntimos, privados, y su acceso reservado, en donde simplemente con cerrar la puerta el equipo queda alejado de la presión social que pudiera haber tanto fi-

sica como mentalmente (p. ej. personas que les estén increpando) quedando protegidos (p.ej. agresiones físicas o factores climatológicos); por otro, esos mismos factores pueden volverse en contra y ponerlos en peligro (p. ej. riesgo de quedar atrapados, no poder salir de prisa o pedir ayuda, desconocer donde están los peligros (p. ej. cuchillos, armas...)). Esto es especialmente importante si por alguna razón finalmente hubiera que acceder sólo a un domicilio.

En las viviendas además puede ser difícil trabajar por ser o estar oscuras, sucias, mal ventiladas, calurosas, estrechas insalubres, pequeñas,...

Habiendo sido **especialmente difícil trabajar en ellos durante la pandemia de la COVID-19**, por haber seguido estando presente todos los factores mencionados anteriormente y tener que trabajar, además, con Equipos de Protección Individual y todo lo que conllevaron: gafas de protección ocular que impedían ver correctamente, se empañaban, caía sudor en los ojos, apretaban...; doble mascarilla que provocaba sensación de falta de aire; batas sujetas con esparadrapos al uniforme que impedían moverse con libertad, producían calor, no dejaba transpirar...; tener que trabajar con doble par de guantes impidiendo palpar (p. ej. para canalizar vías) o mover la mano (p. ej. para cargar medicación);etc.

Y, sumarse también episodios de temperaturas extremas como las olas de calor o de frío (p. ej. la borrasca Filomena).

Asimismo el domicilio es una fuente de información y si la situación lo exige, en situaciones donde se sospecha incapacidad de autocuidado, o abandono, negligencia,

e incapacidad del cuidador principal, intento de suicidio, sobredosis por drogas, abuso sexual u otras; acercándose con tacto algunas zonas de la casa o componentes de la misma, pueden dar información sobre lo que está ocurriendo al indicar por ejemplo:

El frigorífico: puede indicar la capacidad económica, la calidad de la alimentación, el tipo de dieta que se realiza, el abuso de alcohol, la higiene, penurias, hambre y hasta abuso económico, entre otras.

El cubo de la basura: en circunstancias donde no concuerda el relato del afectado con lo que observan los intervinientes, tanto el cubo de la cocina como el del baño, y en papeleras como la habitación del afectado deben buscar blísteres, fármacos, botellas de alcohol, restos de drogas, notas de despedidas....

Cuarto de baño: el lavabo, la ducha, la bañera o el inodoro pueden ser inspeccionados en busca de restos de sangre, vómitos, fluidos...

Prolongaciones del domicilio: Cuarto trastero, garaje y azotea.

Si una persona o sus familiares avisan a los servicios de emergencias y al llegar el afectado no abre la puerta y finalmente otra persona la abre, si al acceder la persona no se encuentra presente, deben barajar la posibilidad de qué la persona esté en el **cuarto trastero, el garaje y/o la azotea** e inspeccionarlas; pues son una "extensión" del domicilio frecuentemente olvidada cuando son alertados. Es posible que la persona hubiera ido hasta allí, un lugar familiar y resguardado de miradas ajenas para estar tranquilo o cometer el suicidio.

**En definitiva, en los domicilios ocurren un importante porcentaje del total de emergencias que ocurren cada día, emergencias importantes que provocan afectados graves e incluso múltiples víctimas por causas tan distintas como una mala combustión de gases, reyertas familiares o desplome de parte de la vivienda; siendo intervenciones tan complejas y estresantes como las que ocurren en otros escenarios y, sin embargo, muchas veces son conceptualizadas de forma inadecuada, posiblemente por ocurrir en un espacio privado y resultar menos llamativas o espectaculares.**

Intervenir en los domicilios tiene sus propias particularidades, por todo lo que allí ven y atienden, teniendo que enfrentar múltiples estresores antes de empezar a actuar: Motivos de activación, escenarios, escenas, patologías, diagnósticos, contextos, situaciones...

Es decir: tienen que atender en ellos y entender a multitud de personas con múltiples patologías donde está comprometida en distinto grado la vida, la calidad de vida o las posibilidades de reanimación; donde también hay pobreza, soledad, aislamiento, suicidios, abusos sexuales o económicos, violencia de género, maltrato infantil, personas prostituidas, injusticias, desesperación... teniendo que asistir en ocasiones, como testigos mudos, a situaciones donde observan a quienes padecen las incoherencias del sistema, injusticias, dificultades para acceder a los recursos, barreras burocráticas, etc.

**No es función de los sanitarios hacer terapia pero sí posibilitar integrar a la persona en el sistema.**

Tal vez una manera sea no juzgar a quienes

atienden e intentar entenderlas p. ej.: comprender su problemática (refugiado) + su condición sexual (transexual) + rechazo familiar (emigrar) + sin red social (amigos) + sin trabajo (sin integración) + sin recursos económicos (situación de calle) + desesperación (prostitución) + consumo de drogas (forma de olvidarlo) + situación de vulnerabilidad...

## **b. VÍA PÚBLICA**

Incluye calles, avenidas, plazas, calzadas, travesías, paseos... de uso público.

La vía pública es un espacio en el que la población vive y forma parte de su cotidianidad al ser donde transita, convive, compra, pasea, hace deporte, ... pero también pueden convertirse en escenarios donde ocurren acontecimientos altamente estresantes: disparos, accidentes, atentados, atracos, peleas, abandono de menores, violaciones, homicidios...

Inicialmente puede ser considerado un terreno neutral, al no estar ni el afectado en su domicilio, ni el equipo de emergencias en un ámbito sanitario (p. ej. hospital, Centro de salud, etc.) o de seguridad (p. ej. comisaría).

Sin embargo, esa neutralidad se caracteriza porque es volátil e inestable, pudiendo cambiar de forma rápida e imprevista, y pasar de ser un lugar tranquilo a uno donde exista una gran hostilidad.

En ocasiones una persona que los increpe puede contagiar emocionalmente a todos los que hasta ese momento estaban tranquilos y eran colaboradores llegando incluso a ser agredidos por personas que transitan por

la vía pública; ajenos a la intervención y al afectado (p. ej. ni son ni familiares, ni testigos, etc.), llegando a aparecer cuando los sanitarios llevan muchos minutos atendiendo y la intervención está totalmente encarrilada.

Estas personas creyéndose impunes pueden comenzar a amenazar, insultar, hostigar... enfrentándose al equipo, muchas veces sin una intención clara o una demanda concreta; envalentonándose especialmente si el grupo comienza a alentarlos, jalearlos y otros se suman, acabando por autoerigirse en líderes, atribuyéndose el derecho a opinar sobre qué le ocurre al afectado, determinar o decidir qué le conviene (p. ej. llevar o no al afectado al hospital), etc....

Suelen considerar; por las razones que sean, que los sanitarios son parte de un sistema opresor que les afecta su vida negativamente.

Un componente de estrés que se suma son las personas chismosas y aquellas otras que con sus móviles graban vídeos, hacen fotos, selfies (!)... pudiendo llegar a interferir la labor e incluso las decisiones, teniendo también que proteger la propia imagen y la intimidad del afectado (p. ej. Secreto profesional, dignidad del fallecido,...) mientras actúan.

Al llegar a la vía donde van a intervenir deben observar cual es el "clima" del lugar y del afectado, anticipando la huida y contemplando posibles vías de escape en caso de agresión.

Si al llegar algunas personas se enfrentan al equipo con amenazas de denuncias, reclamaciones, reproches de que han tardado..., no debe establecerse ningún diálogo

intentando convencerlos..., deben dirigirse al afectado; el simple hecho de comenzar a trabajar suele tranquilizar a la mayoría y estos a su vez, acaban por colaborar y contener al resto o relajar a los demás al observar que estos pasan de un estado de agitación a uno de relativa calma.

Si esto no ocurriera y alguna persona o unos pocos insisten buscando llamar la atención o protagonismo, afectando la concentración del equipo por su proximidad y si no hay policía que pueda apartarlos (p. ej. no haberles reclamado o porque no hayan llegado); se debe valorar decirles alguna cosa que "orbite" la asistencia (pues no hacerles caso puede aumentar su activación e incluso su nivel de agresividad), debiendo hacerlo de forma educada, breve, concisa y contundente, en un único intento, con objeto de tranquilizarlos y atender su demanda de atención, sin romper el secreto profesional, sabiendo que cualquier cosa que digan puede volverse en contra de ellos y del afectado, sin entrar en diálogos.

Esto sólo debe hacerse con aquellos que físicamente estén muy próximos a la intervención y no con los que se encuentren más alejados; es decir, no se debe perder el tiempo justificándose ante gente desconocida. Nunca hay que intentar dialogar con una multitud.

En algunas ocasiones, sí es necesario que alguien del equipo explique y tranquilice a los familiares que exigen premura en evacuar al afectado hasta un hospital, indicándoles que no están perdiendo el tiempo; sino ganándolo, al estar tomando las mismas medidas que hacen allí pero estabilizando in situ al paciente, reduciendo el daño y aumentando las posibilidades de mejoría.

## La población general asocia paciente con hospital, ambulancia con traslado y quietud con pérdida de tiempo.

Sólo en de situaciones como son familias grandes o pueblos pequeños donde todos se conocen, hay que entablar un pequeño diálogo con alguno de ellos; es estéril intentar dialogar con una multitud donde existe múltiples interlocutores, opiniones, pareceres, perspectivas, ideas contradictorias, desconocer realmente qué está ocurriendo, qué implica lo que piden, existir afectos, intereses personales, personalidades, nivel cultural...

Si intentar influir en el comportamiento de un grupo de personas es difícil, con una masa de personas es prácticamente imposible si previamente no se han formado en ello (p. ej.: Al verse el equipo sorprendido por una estampida).

E intentar mediar entre dos grandes grupos de personas que se pelean (p. ej. dos hinchadas de futbol) una temeridad.

### c. CARRETERAS

Intervenir en las carreteras (autopistas, autovías, autovías de circunvalación, carreteras secundarias...) es complejo para los intervinientes no sólo por las dificultades que existen para acometer su actuación (p. ej. coches volcados o con atrapados sin estar el tráfico cortado...), sino también por la carga emocional que lleva asociada (p. ej.: niños llorando al lado de fallecidos, amputados, personas en shock deambulando por la carretera, etc.).

Las intervenciones en las carreteras son estresantes al existir múltiples:

- **Escenarios:** alcances, colisiones, vuelcos, atropellos, arrollados,...
- **Implicados:** coches, motos, peatones, camiones, ciclistas, trabajadores de mantenimiento de la vía...
- **Estímulos:** fuego, sangre, cristales, explosiones, incendios, olores, gritos...
- **Escenas:** desde inocuas a altamente traumáticas con un alto impacto visual y/o emocional...
- **Número de víctimas:** ninguna, una, dos, incidente con múltiples víctimas...
- **Tipo de víctimas:** conductores, peatones, operarios...
- **Edades:** recién nacidos, lactantes, niños, adolescentes, ancianos,...
- **Situaciones vitales:** divorciados, jubilados, casados, padres primerizos,...
- **Situación de los pacientes:** atrapados, decapitados, inconscientes, lesionados medulares,...
- **Estado de los pacientes:** ilesos, leves, graves, fallecidos...
- **Patologías:** traumatismos, hemorragias, quemaduras, abrasiones, infartados, fracturas,...
- **Pronósticos:** leves, menos graves, graves, muy graves.
- **Riesgos al intervenir:** atropello, quemaduras, insolación, intoxicaciones, deshidratación, explosión...
- **Condiciones climatológicas:** viento, lluvia, nieve, niebla, calor, frío,...
- **Intervinientes:** número de efectivos escasos, excesivos, organizados o desorganizados,...
- **Otros:** presencia de medios de comunicación, repercusión social de la intervención, actuación conjunta con múltiples recursos de distintas organizaciones, presencia de responsables, tráfico no cortado, escasa o nula visibilidad, ...

#### d. EL VEHÍCULO ASISTENCIAL Y/O TRASLADO (AMBULANCIA, UVI MÓVIL...)

Una mención especial merece el vehículo de asistencial y/o traslado (p. ej. UVI Móvil o la ambulancia) como lugar de intervención. Suele pasar desapercibido por su proximidad (es uno de los sitios donde más tiempo se pasa durante la guardia), estando más asociado a la octava etapa; transporte (es decir al desplazamiento), que como un lugar de intervención (el paciente suele estar estabilizado).

El vehículo asistencial es importante y tiene una dualidad

1. Por lo que representa: un espacio propio, de confort, entre avisos. Proporciona:

- Protección: Resguardarse contra el frío, el calor, el sol, la lluvia, los ruidos,...
- Confort: Calefacción, aire acondicionado, posibilidad de recostarse, adormilarse, escuchar música, despojarse de parte del uniforme...
- Seguridad: Dejar o coger pertenencias personales,...
- Satisfacción de necesidades básicas: Comer (p. ej. cuando no es posible hacerlo en otro lugar por no disponer de tiempo para ello), beber e hidratarse (p. ej. en olas de calor), ...
- Intimidad: Espacio de convivencia donde se puede hablar, reír, distender tensiones, aclarar malentendidos, realizar debriefing,...
- Etc....

2. Por lo que es: Un lugar de intervención donde se comienza o continúa la asistencia sanitaria. Presenta a su vez tanto aspectos positivos como negativos:

- Positivos:
  - Comodidad: Por estar disponible y próximo todo el material necesario para continuar la intervención, ser un entorno controlado...
  - Aislamiento psicológico: Distanciamiento de ambientes donde exista presión familiar, presión social, afectación emocional...
  - Refugio: Al poder protegerse en él e incluso marcharse de situaciones peligrosas (p. ej. intentos de agresión, amenazas, insultos....).
  - Aislamiento acústico: Al eliminar o amortiguar gritos, quejas, lamentos, sonidos desagradables, bullicio...
  - Independencia: Capacidad de movilizarse con el paciente y seguir trabajando durante la marcha...
  - Intimidad: Posibilita hablar con el paciente, indagar, escucharle, que el afectado pueda expresarse, se le pueda explorar...
  - Privacidad: Para hablar y tomar decisiones,...
- Negativos:
  - Incomodidad: Por tener que intervenir en un espacio físico reducido.
  - Limitación de movimientos: Como consecuencia de cables, sueros, tubos, bombas de perfusión, férulas...
  - Tener que trabajar con medidas de seguridad pasiva: cinturón de seguridad.
  - Cinetosis: Mareos por el movimiento del vehículo.

- Prevenir riesgos para el paciente: Extubación, perder vías canalizadas, lesiones...
- Prevenir riesgos para el personal: Tener que realizar técnicas sin estar sujeto y que haya que frenar bruscamente el vehículo por que alguien se cruce, o existan baches, que se caiga material...
- Contaminación sonora: Estímulos sonoros como alarmas, sirenas, pitidos...
- Dificultades para comunicarse: Con el Centro Coordinador. Entre los intervinientes que están en el espacio asistencial. Entre estos y el paciente. Entre los que se encuentran en la cabina y los que están en el espacio asistencial; etc...

#### e. OTROS LUGARES

Son muchos los lugares donde un equipo puede tener que intervenir, abarcando sitios tan dispares como: Túneles, templos, salas de fiestas, guarderías, cementerios, polideportivos, conciertos, alcantarillado, obras, juzgados, salones de bodas, centros comerciales o tanatorios; entre otros.

En algunos casos intervendrán en contextos diferentes y estarán obligados a respetar sus culturas, tradiciones, costumbres y rituales; en medida de sus posibilidades: Por ejemplo, ante pacientes fallecidos.

Otras veces tendrán que intervenir en lugares que tienen sus propios protocolos de seguridad teniendo que seguir las normas, indicaciones, consejos e instrucciones que den sus responsables; acatándolas por su seguridad y la de otros: P. ej.

Para entrar en instituciones, desplazarse por áreas restringidas, acceder a personalidades...

Una forma de garantizar la seguridad del equipo en intervenciones donde la víctima se encuentre en una zona donde haya riesgo de explosión, contaminación, incendio, electrocución, contagio, atropello.... es que la persona que dé las indicaciones los dirija personalmente hasta el afectado y los acompañe en todo momento (p. ej. túneles,...); se trata no sólo de que el responsable asegure que está todo controlado (P. ej. que la electricidad de la torre de alta tensión donde está el electrocutado haya sido cortada, o que el tráfico ferroviario dentro del túnel ha sido interrumpido), sino que debe guiar al equipo personalmente, encabezando la marcha hasta el mismo lugar de la emergencia; de esta forma el primer interesado en saber que tiene información fidedigna sobre la seguridad de la actuación; será dicha persona.

#### IV. Al ir a contactar con el afectado

Al ir a contactar con el afectado deben tener claro si el entorno en el que están y al que han llegado es seguro, si han logrado la información que precisan y si tienen una idea aproximada de qué es lo que está ocurriendo sabiendo que el margen de maniobra; cuando ya están sobre el terreno y a punto de contactar con el afectado, empieza a estrecharse.

A esas alturas los intervinientes deben ser conscientes que de un momento a otro van

a entrar plenamente en el corazón de la intervención, que van a contactar con una realidad estresante, visualmente impactante y potencialmente perturbadora, y que deben prepararse mentalmente, estar alerta y prevenidos para lo que puedan ver; sabiendo que pueden resultar afectados:

- Uno o varios miembros del equipo.
- Todo el equipo.
- Su labor.
- Su objetividad.
- Su análisis.
- Sus decisiones.
- Su intervención.
- Su distancia terapéutica.
- Etc...

Casi sin haber llegado al lado del paciente y tras las primeras impresiones y contactar con el afectado (p. ej. saludo, mirada, primeras palabras...); deben establecer:

- Si el afectado es "fiable" a nivel comportamental y como fuente de información: No está agresivo, no existen riesgos aparentes, el relato es coherente...
- Si concuerda la información que ha trasladado el Centro Coordinador al equipo sanitario con lo que están presenciando.
- Si el recurso activado es el óptimo y suficiente a lo que la situación requiere en esos primeros momentos.
- No necesita el apoyo de otros recursos.

Cuanto mayor sea el número de "noes"; para intervenir, mayor será el riesgo que tendrá hacerlo (Ver Figura 4 -Mapa de riesgos en donde se encuentran ubicados los principales estresores y situaciones estresantes).

Se propone que **en ese momento** los intervinientes realicen una estimación de la

idoneidad de ese recurso aunque finalmente lo comunique al terminar la intervención por no ser ese el momento adecuado; es decir, con la información que trasladó el Centro Coordinador y la que ellos tienen ahí, en esos momentos, in situ, dar un FeedBack y valorar si activarles ha sido adecuado o no, y si no lo es si se ha debido por exceso o por defecto. Ello permitirá una mejora continua, aprender y determinar los motivos por los cuales su activación no ha sido correcta; pudiendo existir múltiples motivos: estado ansioso del alertante; falta de personal, de recursos o de tiempo para matizar las llamadas, sobrecarga de trabajo; inseguridad del receptor de la llamada, etc...; pudiendo obtenerse a posteriori conclusiones para solventar los problemas, p. ej.: Realizar la misma pregunta pero de forma diferente... Y se propone una evaluación de ese momento porque al finalizar la intervención los intervinientes dispondrán de mucha más información, más tiempo para ver, preguntar, averiguar, observar, dilucidar, conocer al paciente y sus circunstancias...; (Ver figura 1, Problemas en la adecuación de los recursos a las intervenciones).

Cuando contacten con el afectado deben hacerse rápidamente una composición de lugar y ver si concuerda el motivo de la activación con lo que ellos ven, obligando aquello que vean; especialmente en situaciones de emergencias, a tomar decisiones en poco tiempo y desplegar un gran número de actividades a una gran velocidad, teniendo que actuar mientras se aclimatan:

- Al escenario (Una chabola).
- La escena (Miseria).
- Con el afectado (Niño en P.C.R.).
- El tipo de incidente (Atragantamiento).
- El relato (Celebrar un logro del niño).

- Las características (Presencia de otros menores).

En esos primeros momentos en los que se contacta plenamente con el afectado, se debe priorizar los aspectos físicos sobre los psicológicos y/o sociales, obtener "simplemente" una primera impresión dicotómica: está vivo o muerto; está en situación de R.C.P o no; está grave o no; existe hemorragia o no; etc....

Posteriormente harán un boceto sobre la situación mental del paciente y/o familia, contextualizando la información que obtengan para entender qué ha ocurrido; incluyendo la situación social.

Esos momentos iniciales son estresantes porque ante un hecho (Una persona fallecida) tendrán que valorar la primera impresión (Homicidio), confirmar y descartar otras opciones (Suicidio, sobreingesta medicamentosa accidental, persona abandonada...).

Por tanto, al ir a contactar con el afectado deben prepararse para una realidad traumática que posteriormente puede que ocurra o no; Sin embargo, es mejor anticipar el peor escenario posible, permitiendo estar preparado para lo que vean, que el impacto sea menor, facilitar la respuesta y el tiempo de reacción sea mínimo; respondiendo correctamente.

## 4ª etapa: control de la situación

Si en la etapa anterior el equipo llega hasta el paciente y realiza un primer acercamiento, en esta la situación de emergencia comenzará a controlarse pudiendo diferenciar dos momen-

tos: El control de la intervención y la estabilización la situación.

## 1. CONTROL DE LA INTERVENCIÓN

El p\*/contactar con el afectado, porque si bien hasta ese momento los riesgos eran "objetivos" y provenían del medio (golpes, salpicaduras, caídas, etc.) los riesgos pasan a ser "subjetivos" y provienen del paciente y/o sus familiares (Reacciones inesperadas por miedo, experiencias previas negativas, no satisfacer sus demandas o expectativas) siendo difíciles de prever. Para comenzar a controlar la situación deben tener ese matiz en cuenta.

### a. PROTEGER

- Primero deben protegerse a sí mismos; si todos los intervinientes tienen la premisa de que cada uno se está cuidando; dejarán de ser una preocupación para los demás, aumentando con ello la protección del equipo al estar cada uno concentrado en su autoprotección, sabiendo a su vez que los demás están al lado para recibir ayuda en caso de necesitarla.
- Segundo deben proteger al equipo; cada uno paralelamente a su autocuidado, debe intentar proteger al resto, lo cual hará que los integrantes del equipo se sientan protegidos por el resto; p. ej. Avisando de riesgos reales o potenciales (p. ej.: estar inestable el suelo u observar la presencia de unas tijeras).
- Es decir, que un interviniente anteponga la protección del equipo frente a la suya, favorece que sufra un accidente, pudiendo llegar a ser una carga involuntaria para el equipo (p. ej. al frenar la intervención y el resto averigüe qué

ha pasado, cómo se encuentra, qué necesita...) retrasando la asistencia del afectado; o, si se prioriza la atención del paciente frente a la seguridad del equipo, pueden electrocutarse todos con un cable, no recibiendo la ayuda ni el afectado, ni el equipo).

- Tercero deben proteger al paciente; sólo cuando está garantizada la seguridad de todo el equipo.

## b. AVISAR

Toda información nueva que vaya surgiendo y que afecte al marco de intervención común debe ser compartida con el equipo, debiendo hacer partícipe al Centro Coordinador si dicha información les afecta.

## c. SOCORRER

Prestando la asistencia que el paciente necesita.

Es importante comprender esta secuencia y tenerla interiorizada para que no surjan dudas o conflictos morales que no deben ser tales; su lógica es aplastante: para poder asistir; tiene que llegar la ayuda, para poder ayudar; tienen que llegar todos y todos tienen que poder actuar en óptimas condiciones. Si todos actúan así se maximizan las posibilidades de éxito para lograr el objetivo de socorrer y si este orden no se respeta se incrementan las posibilidades de accidentarse y de que la persona afectada no reciba la ayuda que necesita.

Por tanto, si en una intervención en la cual se está socorriendo, de repente reaparece un peligro o se detecta otro nuevo; será prioritario avisarlo ("A"), y llegado el caso priorizar la protección ("P"), frente al socorro ("S"), es decir la

atención sanitaria.

Por ejemplo: Un equipo sanitario que llega a una obra donde se ha producido un accidente, accediendo hasta el andamio donde ha caído un operario, si el equipo ha comenzado a tomar medidas en el mismo andamio (canalizando vía, administrando analgésicos potentes...) y de repente alguien avisa que los tablonos del andamio están crujiendo (sobrepeso del material, del equipo de intervención, albañiles, jefe de obra,...), esto les obligará a reestablecer sus prioridades y todo lo que se está haciendo, primando la protección ("P") frente al socorro ("S"), llegando incluso a quedar "solo" el paciente hasta que llegue ayuda (bomberos) para asegurar la zona de intervención, evacuarle, etc. o si alguien confirma (un ingeniero) que puede subir el personal mínimo indispensable porque los tablonos aguantan su peso y el del material; continuar con la intervención.

La conducta P.A.S. por tanto no debe ser pasiva sino activa. Los intervinientes deben buscar la existencia de riesgos reales y potenciales en el escenario, pero también con el paciente; debiendo plantearse ante lo que observen:

- ¿Qué es lo más probable que esté ocurriendo?
- ¿Qué es lo peor hacia donde puede evolucionar la intervención?
- ¿Cuáles son las amenazas existentes y donde se encuentran?
- ¿Qué capacidad tienen como individuos y como equipo para hacerles frente?

Para controlar la situación, algunas veces serán los mismos intervinientes los que modifiquen o creen nuevos escenarios (Zonificando el área donde están interviniendo, o separando al agredido y al agresor).

## 2) ESTABILIZACIÓN DE LA SITUACIÓN

Si la conducta P.A.S. guía la manera de trabajar, las medidas que se vayan instaurando a partir de ese momento deben perseguir crear orden donde existe caos; ése caos que caracteriza las emergencias, especialmente las más graves; aunque no siempre, comenzando con ello a estabilizar la intervención: el escenario, la escena y los afectados.

El objetivo principal es lograr un buen contacto y que rápidamente puedan desenvolverse en la situación que estén afrontando, siendo decisivos los primeros segundos de interacción con el paciente, y/o familia, y/o testigos.... o buscando la forma de reconducir la situación si no se ha conseguido desde el inicio; para ello hay que lograr:

**A) Averiguar el motivo** por el cual han llamado al servicio de emergencias y obtener información de calidad, suficiente y significativa; al ser posible del afectado o, en su defecto; de cualquiera que pueda aportarla. Para ello deben:

- Observar el habla del paciente y de las personas presentes (Vulgar, altanero), tono de voz (Intimidatorio), velocidad (Acelerada), lenguaje corporal (Gestos de dolor o posturas defensivas) y en general cualquier forma de expresión como la forma de mirar, el contacto visual y lo que transmite (Angustia, calidez, desesperación...).
- Buscar la alianza con el afectado y también con los allí presentes para lograr la colaboración. Es importante la actitud; que sirve de tarjeta de presentación, a veces, simplemente necesitan descargar su angustia, sentirse escuchados y expresar su malestar; sin más, no requiriendo

una respuesta, explicación o justificación.

- Vigilar la comunicación y el lenguaje corporal propio y del equipo; más difícil de controlar en situaciones de emergencia, pudiendo aparecer incongruencias entre lo que se esté diciendo y lo que se esté intentando mostrar, delatando algún gesto lo que en realidad todos puedan estar pensando o sintiendo (Aburrimento, cansancio, hartazgo, desinterés, impaciencia...).
- Observar, la forma en la que todos se comunican: cada miembro del equipo, entre los miembros del equipo, el equipo, el paciente, los acompañantes, los familiares y el paciente...
- Identificar los familiares conflictivos no entrando en sus provocaciones y reconducirlos con tacto intentando neutralizarlos.
- Reducir la activación emocional de los familiares, dirigiéndose de entre todos los afectados a uno, aquel que esté menos activo y que su comportamiento sea razonable, mirándole y hablándole exclusivamente a él (sin intimidar) con un tono de voz bajo, cálido y seguro, para que aquellos otros que estén vociferando queden obligados a bajar su voz si quieren escuchar, seguir entrometiéndose, opinando...
- Estar atentos a la evolución del clima de la intervención y llegado el caso, cambiar de estilo de comunicación (Pasar de escuchar a ser directivos).
- Estar atento el resto del equipo a la necesidad de intervenir y cambiar puntualmente de interlocutor, si observan que existe animadversión con el interlocutor principal del equipo y si se da el momento; es decir, transmitir el mismo mensaje dicho por otro compañero; lo cual puede hacer que se acepte con mayor facilidad, puede que algo que se haya dicho o hayan

interpretado provoque dicho recelo atribuyendo intencionalidades ocultas, comportamientos que no son ciertos, etc. y si son receptivos; apartarse paulatinamente facilitando la reintroducción nuevamente del responsable que es quien deber estar al frente de la intervención y la comunicación.

- Considerar los intervinientes si pudieran los alertantes erróneamente creer que el equipo personado en el lugar son las mismas personas con quienes han hablado por teléfono al pedir ayuda.
- Observar cambios de comportamientos en el paciente, familiares, menores... cuando otra persona está o no presente (Abuso económico, abuso sexual, abuso infantil, maltrato, prostitución...).
- Evitar el humor; no existiendo reglas absolutas, en los momentos iniciales no pro-

cede mientras no exista una relación de confianza mutua, lo cual no impide que haya intervinientes que por su experiencia, veteranía, conocimiento..., tengan el arte de con un gesto cómico, una mirada burlona, un chiste o un comentario jocoso; en el momento justo, desactivar una situación tremendamente conflictiva. El humor es un recurso a evitar al inicio de la intervención porque de equivocarse, sentirán o entenderán todos los allí presentes que su situación no la atienden con la suficiente seriedad pudiendo llegar a sentirse humillados y las consecuencias ser impredecibles.

Es decir, la información tiene permitir responder las siguientes preguntas (las "seis W" del periodismo):

Pregunta	Objetivo de la pregunta	Pregunta en inglés
¿Quién?	Protagonistas	Who?
¿Qué?	Acontecimientos	What?
¿Dónde?	Lugar	Where?
¿Cuándo?	Tiempo	When?
¿Por qué?	Razones	Why?
¿Cómo?	Circunstancias	How?

**B) Anticiparse a las necesidades** del paciente: Dar una respuesta rápida, barajar complicaciones que puedan darse, considerar la gravedad de la situación que observan evaluando si se presentasen complicaciones la distancia que les separa del hospital y/o el tiempo que se tarda en llegar, e idéntica situación si se solicitan recursos para que apoyen la intervención,...

Es decir, con el paciente delante y comen-

zando la intervención presencial, deben anticipar con lo poco que hayan podido ver: los escenarios menos favorables y acontecimientos que pudieran llegar a darse, para estar preparados mentalmente y llegado el caso, poder reaccionar rápidamente incluyendo la evacuación del afectado, trasladándole primero hasta la ambulancia y después salir hasta el hospital (más adelante se profundizará en todo ello).

## 5ª Etapa: triaje

A grandes rasgos se pueden destacar tres aspectos fundamentales del Triage:

1. Su objetivo: Se realiza en situaciones donde existe un elevado número de afectados que desborda la capacidad de atención de los recursos sanitarios.

Es prioritario determinar el número de víctimas y su gravedad, limitándose la intervención en esos primeros momentos a realizar medidas salvadoras, técnicas sencillas y rápidas que aumenten las posibilidades de sobrevivir e impedir el empeoramiento, y con las cuales se beneficie el mayor número de víctimas p. ej. colocando cánulas orofaríngeas (Guedel®) en personas inconscientes para mantener la vía aérea permeable o aplicando torniquetes para detener hemorragias.

Cuanto mayor sea el número de afectados y menor sea el número de intervinientes, mayor será el nivel de estrés de esos intervinientes.

Es decir, el nivel de estrés será inversamente proporcional a la gravedad, número de afectados y recursos disponibles.

2. La clasificación de los afectados; en función de su gravedad se distribuirán en cuatro categorías utilizando colores:

Rojo.	Extrema urgencia
Amarillo.	Urgente
Verde.	No urgente
Negro.	allicido.

Una forma rápida de clasificación es gritando: "¡iii ¿Quiénes me estén escuchan-

do y puedan caminar diríjense hacia... (un lugar determinado)!!!", quedando de esta forma agrupados en un lugar seguro y en un sólo grupo, los pacientes no urgentes (verdes); inicialmente estos afectados aunque puedan precisar ayuda, esta se podrá demorar unos minutos; poder caminar indica que están conscientes, respiran y tienen pulso. Es decir, no tienen compromiso vital al menos de forma inmediata.

A aquellos que NO hayan podido seguir esas indicaciones, los intervinientes se acercarán a ellos para evaluar su gravedad, valorando:

- > Su nivel de conciencia: por ejemplo, mediante la escala AVDN., que permite evaluar la respuesta del paciente a diferentes estímulos:

A	Alerta	Está despierto, habla, responde (correcta o incorrectamente) a las preguntas, pudiendo estar desorientado...
V	Verbal	Sí reacciona, pero sólo cuando se le habla.
D	Dolor	Sí reacciona, pero sólo antes estímulos dolorosos (p. ej. un pellizco).
	No responde	No reacciona a ninguno de los estímulos anteriores

- > Y el estado de su:

- Respiración: normal, agónica...
- Circulación: pulso débil, enlentecido...

3. La dureza que conlleva para quienes lo realizan: Instituciones y compañeros deben ser conscientes de la carga emocional que lleva asociada su realización y el coraje de afrontar dicha tarea. **Es trascen-**

**dental estar atentos y que no crean que ellos han decidido quien vive o muere; por las consecuencias que puede acarrear a corto, mediano y largo plazo.**

A quienes lo hayan llevado a cabo no les debe quedar ninguna duda que su comportamiento ha sido ético y que su labor ha salvado vidas, que han optimizado las posibilidades de supervivencia con los medios y recursos que disponían, adaptando su labor a una situación **excepcional** que obliga a cambiar el marco mental habitual de actuación, debiendo pasar de la ética de la beneficencia; el mayor número de recursos para quien más lo necesite (que se utiliza en situaciones normales), a una ética utilitarista, donde el objetivo no es el beneficio individual, sino social y colectivo al existir una limitación extrema de recursos destinados a quienes más se puedan beneficiar (que se utiliza en situaciones de grandes emergencias y catástrofes).

Es necesario a quienes hayan realizado el triaje, una vez finalizada la intervención y en los días sucesivos; cuidarles.

## 6ª Etapa: soporte vital básico y avanzado

Aunque el texto señala los principales estresores y momentos estresantes que existen en una intervención de un equipo de S.V.A., hasta esta etapa un equipo de S.V.B los habrá tenido que afrontar de igual manera.

A partir de este punto las intervenciones de ambos equipos presentarán diferencias signifi-

cativas (P. ej. toma de decisiones o responsabilidad civil).

No debe olvidarse que si el equipo de S.V.B comenzará con maniobras básicas, las primeras medidas que tome un equipo de S.V.A. al llegar son básicamente las mismas mientras se preparan para realizar técnicas avanzadas.

Debe reflexionarse sobre los estresores que padecen estos recursos básicos y concienciarse de ello, de sus limitaciones y circunstancias, tales como no poder decidir si comienzan una Reanimación Cardiopulmonar básica (R.C.P. – B), o no poder suspenderla; teniendo que intervenir solos, que personas muy jóvenes y con poca experiencia tengan que soportar mucha presión social, y en ocasiones, sin el apoyo y aliento del recurso avanzado cuando llegan.

En cualquier caso, bien porque un equipo de S.V.B reclama la presencia de un S.V.A, bien porque el equipo de S.V.A. ha transitado por todas las etapas y en ese momento ambos son conscientes de que la vida del paciente está comprometida y existe riesgo de que muera de forma inminente; se produce una nueva elevación de los nivel de estrés, comenzando entonces la intervención asistencial propiamente dicha.

Estas actuaciones obligan a tomar muchas decisiones, técnicas, medidas, acciones...; que muchas veces llevan aparejadas una gran responsabilidad, complejidad, dilemas, etc.; medidas tales como: toracocentesis, intubación endotraqueal, cricotiroidotomía, desfibrilación, vía intraósea, farmacoterapia, movilización de recursos, activación de códigos (Intento de suicidio, ictus, Infarto, sepsis, etc.); cambiar el abordaje de la intervención, modificar el diagnóstico inicial, ajustar o cambiar el tratamiento, reestablecer prioridades, anticipar problemas, ...

Es frecuente que las situaciones de emergencias se produzcan de forma explosiva y con ello un gran despliegue de actividad teniendo que actuar el equipo al unísono, de forma coordinada, a veces sin tiempo para poder reaccionar ni pensar: P. ej. Llegar a la puerta del domicilio, abrir la puerta de su casa, saludar éste y a continuación desplomarse.

Es decisivo saber reconocer el problema de forma precoz y aplicar los protocolos correspondientes que deben estar interiorizados, su análisis y comprensión es previo; en contextos formativos, porque cuando se interviene "simplemente" se ejecutan con objeto de "liberar espacio mental" para poder ser utilizado en otras cosas, poder dar una respuesta óptima y maximizar dicha respuesta mientras el tiempo actúa en contra. Esto queda resumido en el aforismo de emergencias **"los protocolos están hechos para no pensar"**.

Su cumplimiento es un respaldo ante cualquier queja o denuncia que pueda producirse; por el contrario su incumplimiento puede derivar en consecuencias legales.

Otro aforismo en emergencias utilizado de forma jocosa es "los protocolos están hechos para no cumplirlos"; no es cierto; por sus consecuencias obliga a quienes los incumplan, a tener argumentos potentes, razones y/o justificaciones tan contundentes que al incumplirlos permita incluso llegar a mejorar el propio protocolo al señalar alguna carencia que tenga.

Incumplir los protocolos no es una opción y si alguien lo hace deberá conocer sus consecuencias, es decir; deberá tener claro qué significa eludir el protocolo y que su actuación no estará respaldada por nadie.

Esto sólo llega a hacerlo alguna persona reconocida por toda la organización en una situación excepcional por su enorme "auctoritas", experiencia, trayectoria, conocimientos, inteligencia y recursividad; tanta como para presentar una solución mejor "in situ".

Este tipo de personas deben de servir de modelo y estímulo al resto, lo cual obliga a tener la humildad para reconocer la experiencia ajena, sus conocimientos y el camino a transitar para llegar a saber lo que aquellos saben.

Así pues, en situaciones donde el equipo esté súbitamente inmerso en una situación que impresione gravedad, deberán diferenciar en ese momento en cuál de las dos situaciones posibles se encuentran:

- **Emergencia**, aquella situación que exige instaurar medidas inmediatas por existir riesgo vital (p. ej. Atragantamiento) o iniciar las maniobras de R.C.P. - A (Reanimación Cardio-pulmonar Avanzada).
- **Urgencia**, aquella otra situación que pudiendo existir afectación; a diferencia de la anterior, permite disponer de un margen mayor de tiempo para actuar.

En esos momentos su intervención se centrará en:

- Proteger la vida: Estabilizando y manteniendo las funciones vitales (funciones respiratorias y cardio-circulatorias).
- INTENTAR revertir las causas que han provocado su P.C.R y con ello aumentar las posibilidades de sobrevivir.
- Lograr la máxima calidad de vida posible y evitar la minusvalía.
- Humanizar la vida y la muerte; incluidos aquellos casos que por la razón que fuese, se encuentre el equipo de S.V.A. frente a una

persona que en realidad está en una situación de cuidados paliativos y por tanto no es susceptible de medidas de S.V.A. (Persona en situación agónica); entonces deben aliviar su dolor y sufrimiento, aplicar medidas de confort, brindar apoyo emocional a la familia y seres queridos, responder a aquellas preguntas para las que tengan respuestas y acompañar.

Posteriormente de forma relajada cuando se analizan las emergencias y se comenta todo lo sucedido en esos primeros segundos o minutos iniciales con profesionales que se están formando o rotando con el equipo; a ellos sí les resulta estresante, quedando sorprendidos y manifestando perplejidad e incredulidad por todo lo que sucedió, la cantidad de cosas que se hicieron, cómo se reaccionó, la velocidad con que se hicieron las cosas, lo que hizo cada uno, todos los aspectos que se tuvieron en consideración, cómo y por qué se hicieron así las cosas y no de otra forma, los escenarios que se contemplaron; etc....

Si se analiza la intervención de forma algo más pormenorizada, durante ese tiempo se habrá realizado:

### 1º.- Valoración.

Para comprender qué es lo que ocurre debiendo obtener información (objetiva y/o subjetiva) del escenario, afectado y/o testigos y posteriormente organizarla y sistematizarla, integrándola para emitir un juicio global (diagnóstico).

Inicialmente deben priorizar los aspectos físicos; en especial aquellos que afecten a la vida o integridad del afectado, frente a los psicológicos y sociales.

Estar atentos a los estímulos que les lleguen a través de sus sentidos: visuales (Sangre, gestos de dolor, coloración de la piel...); olfativos (Defecación, vómito, sudor...); tacto (Frío, calor, humedad...); auditivos (Pitidos, gritos, llantos,...)

Debe preguntar y no dar las cosas por sueltas: por ej. Qué ha ocurrido o el tipo de relación entre el afectado y cualquiera de las personas allí presentes, en especial aquellas que pudieran traer consecuencias, venciendo las reticencias a hacer y no preguntar; por la imagen que pueda darse (p. ej. Parecer poco profesional o que no se entienden las cosas).

Cualquier pregunta que se haga debe tener una finalidad terapéutica, pudiendo demostrar su pertinencia y/o razón por la que se formula, no debiendo hacerse nunca para satisfacer una mera curiosidad personal.

Si bien en un primer momento la valoración es "más gruesa" (Para saber si hay que iniciar medidas de R.C.P.), irá evolucionando hacia aspectos más finos (Causas de la P.C.R.) y delicados (Qué estaba haciendo la persona).

Debe realizarse preguntas al paciente y/o a los familiares sobre:

- a. Aquello que esté ocurriendo en ese momento:

¿Qué le ocurre? ¿Cómo se encuentra?  
 ¿Le ha ocurrido esto más veces? ¿Qué estaba haciendo cuando han comenzado los síntomas? ¿Cómo comenzaron?  
 ¿A qué hora empezó el episodio? ¿Ha evolucionado hacia una mejoría o está empeorando? ¿El inicio ha sido brus-

co o progresivo? ¿Tiene dolor? ¿Cómo es el dolor? ¿Se irradia hacia algún sitio? ¿Toma alguna medicación? ¿Para qué la toma? ¿Desde cuándo la toma? ¿Qué antecedentes personales tiene? ¿Toma drogas? ...

b. El estado previo (minutos, horas y/o días):

¿Se encontraba bien? ¿Ha ido al médico recientemente? ¿Se ha quejado de algo estos días? ¿Ha empezado a tomar algún fármaco nuevo? ¿Ha dejado de tomarlo? ¿Le han modificado (subido o bajado) la dosis? ¿Cuándo se lo prescribieron? ¿Está vacunado? ...

c. Sin olvidar la parte psicológica y social:

¿Cuál es su estado de ánimo? ¿Le preocupa algo? ¿Tiene algún problema relevante en su ámbito laboral, familiar o de pareja? ¿Tiene estrés? ¿Tiene apoyo social? ¿Ha emigrado? ¿Tiene problemas económicos?, ¿Existe acoso laboral, escolar, sexual...? ¿Depende alguien del paciente o el paciente de otros (p. ej. económicamente)?

Las preguntas deben ir enfocadas a contestar las tres preguntas clásicas que formulaba Hipócrates y que orientaba su diagnóstico: ¿Qué le pasa? ¿Desde cuándo? ¿A qué lo atribuye?

Esta última pregunta es importante porque permite al paciente participar en **SU** proceso facilitando la alianza terapéutica y poniendo el foco en la persona más importante del escenario; el paciente, dándole voz y voto.

Lo contrario conlleva irremediablemente a realizar valoraciones reducidas y compartimentalizadas donde finalmente se acabe tratando lo que le pasa a la persona pero no tratando a la persona; ni logrando captar su problemática.

En definitiva dejar fuera de la intervención al afectado propiciará valoraciones e intervenciones frías, deshumanizadas y mecánicas, casi carentes de sentido; y el profesional que así intervenga o se vea obligado a hacerlo (Al no poder dedicar el tiempo que requiere el afectado) no disfrutará de su trabajo; al perder éste su sentido, pudiendo acabar por desembocar en Burnout, abandono prematuro de la organización, etc....

Mientras los sanitarios estén realizando la valoración aunque deben dar por ciertas las respuestas y el relato de los alertantes, deben escuchar sin juzgar pero también observar si existen incoherencias en el relato, planteándose si pudieran estar mintiéndoles; y si así fuera, cuestionarse qué ganan o pierden con ella, no tomándolo como algo personal. Generalmente su mentira es fruto de la desesperación, desconocimiento, miedo, necesidad de satisfacer una necesidad, afectar negativamente la imagen que tienen de sí mismos o la que quieren transmitir, evitar la estigmatización...

Deben considerar si no estuvieran diciendo la verdad cuál sería la gravedad y consecuencias para el afectado y/o para el equipo (Referir el paciente tener pautados fármacos que no están prescritos o decir que toma dosis mayores) y sopesar los riesgos de dar por cierto algo que no es (Administrando fármacos o dosis que puedan producir una depresión respiratoria), o no creerles cuando están diciendo la verdad dejando a la per-

sona sin el tratamiento adecuado p. ej. para el dolor.

A modo de reflexión respecto a la etapa de la valoración; habría que plantearse si es posible que siendo las patologías las mismas ahora que antes (Infarto de miocardio o suicidios), sin embargo; en la actualidad se ha producido un cambio (A raíz de la COVID-19, la globalización o la digitalización) y donde antiguamente el paciente presentaba problemas orgánicos y era lo correcto tratarlos casi exclusivamente (Vasodilatadores, analgésicos, ansiolíticos,...), en la actualidad es insuficiente al haber aflorado las causas que subyacen a esas patologías (Estrés, depresión, pobreza, mala alimentación, soledad, ...), debiendo enmarcarlas en el daño social producido por los cambios (Pérdida de vínculos familiares, traslado por trabajo, continua movilidad geográfica por formación constante, etc.).

## 2º.- Diagnóstico.

Con este comienza a encarrilarse la intervención al dictaminar aquello que le está ocurriendo al paciente, es decir; se identifica el problema de la persona.

El diagnóstico obliga a anticipar problemas potenciales asociados, evitando que aparezcan, o minimizando su daño.

Es especialmente estresante para el equipo aquellas situaciones en donde el diagnóstico es complejo al presentar signos y/o síntomas similares a los de dos o más patologías vitales, pudiendo tener tratamientos distintos e incluso antagónicos, obligando a tener que asumir riesgos y decantarse por unos u otros.

Cuando se informa del diagnóstico al paciente y/o familia, pueden tomar decisiones diferentes a la que los intervinientes pudieran esperar, debiendo respetar SUS creencias, valores, ideas y deseos en la medida que esto sea posible: p. ej.: situaciones donde el paciente o sus representantes legales rechacen tratamiento o no quieran ser trasladado hasta un centro hospitalario.

Deben considerar si están ante una **patología tiempo-dependiente**, y en ese caso, alertar de ello al Centro Coordinador para que asignen precozmente un hospital especializado donde brinden la atención que necesita en cuanto llegue; agilizándose las gestiones, minimizando las esperas, y aumentando las posibilidades de recuperar el estado de salud y reducir el riesgo de muerte y/o discapacidad, p. ej. ante un paciente con Infarto de Miocardio, trasladar al paciente hasta la sala de hemodinámica de un hospital donde puedan realizarle una angioplastia y con ello restaurar el flujo sanguíneo).

También existen otros códigos cuyo objetivo es mejorar la asistencia cuando lo que está afectado es la esfera psicológica como es en casos de pacientes con tentativa suicida.

## 3º.- Planificación.

Realizada la valoración y el diagnóstico, deben establecer las prioridades de las acciones que van a llevar a cabo con objeto de prevenir, reducir o eliminar los problemas que hayan detectado; esto conlleva una dificultad añadida que en ocasiones hay que atender dos problemas de igual o similar gravedad.

El equipo debe elegir aquella opción que mejor se adapte a la situación que presencié integrando las acciones individuales; de ahí la importancia de la buena comunicación y que todos los miembros del equipo tengan claro qué está ocurriendo, qué están haciendo, cuál es el objetivo, sus funciones y sus cometidos.

#### 4º.- Ejecución.

En la ejecución se lleva a cabo lo planificado en la etapa anterior para lograr los objetivos establecidos; deben estar coordinados, saber cómo progresa la intervención, qué objetivos se logran, cuáles no, saber en qué punto la intervención está paralizada y por qué; no obstinándose y plantear entre todos otras alternativas.

#### 5º.- Evaluación.

Es un proceso que se realiza paralelamente a cada una de las etapas mencionadas para determinar la consecución de los objetivos establecidos.

Es una etapa final donde se evalúa el grado de consecución de los objetivos planteados.

Es el preludio de un nuevo ciclo de Valoración, Diagnóstico, Planificación y Ejecución, en el cual se introducen los cambios que se consideren necesarios realizar o manteniéndose los mismos al considerarse que las medidas establecidas son suficientes y efectivas.

## 7ª Etapa: ESTABILIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Momento en que la intervención se encontrará muy avanzada y en vía de solución, pues el equipo conoce el escenario, se han adaptado al mismo, saben qué es lo que ha ocurrido, cómo se encuentra al afectado, la gravedad de su situación, a qué se están enfrentando, habrán comenzado a aplicar medidas y viendo si son o no efectivas; entre otros.

Es en este momento cuando el equipo debe reevaluar lo que ya se ha hecho durante la intervención teniendo en cuenta los aspectos físicos, psicológicos y sociales, sin olvidar el contexto de la misma.

- **Físicamente** se deben plantear si han omitido alguna pregunta clave durante la valoración, olvidado realizar alguna prueba, dado por válida información que claramente no es posible... debiendo preguntarse si:
  - Existe otro diagnóstico que explique mejor los síntomas, es decir; hacer un diagnóstico diferencial.
  - El paciente puede estar intoxicado por:
    - d. Drogas legales o ilegales.
    - e. Fármacos legales (Haberlo tomado por error, o haber sido administrado equivocadamente por algún cuidador) o adquiridos ilegalmente (Benzodiacepinas).
    - f. Gases como el butano, CO<sub>2</sub>, CO, vapores (Al mezclar lejía y amoníaco, etc.).
    - g. Productos químicos como Insecticidas organofosforados (Malatión o Paratión).
  - Utiliza alguna planta medicinal o medicamento tradicional a base de plantas que

pueda explicar los síntomas o que interaccione con algún fármaco o alimento.

- Puede estar ocurriendo un cuadro de abstinencia.
  - Puede ser que el paciente **NO** haya tomado la medicación prescrita o alguna droga que tome habitualmente.
  - Existe una finalidad autolítica.
  - Puede estar simulando los síntomas.
  - Puede el contexto encubrir todo lo que está ocurriendo realmente.
  - Etc.
- **Psicológicamente** deben tener en cuenta si pueden tener algún tipo de sesgo cognitivo, falacia, heurístico, o estar presente otros factores como:
    - El efecto túnel: A medida que se acelera la velocidad de la intervención se focaliza la atención exclusivamente en la zona central (Paciente inconsciente) perdiéndose lo que ocurre en la zona periférica (Una persona con un cuchillo a su lado).
    - El "efecto arrastre": Tener un comportamiento en función de lo que hacen los demás.
    - El pensamiento único: Pensamiento que se sostiene a sí mismo. Deben estar alertar si existe un amplio consenso y el tiempo para la reflexión y las explicaciones alternativas; ha sido escaso.
  - **Socialmente** deben examinar si el paciente y/o su familia:
    - Están presionando y/o induciendo para que tomen medidas que no están contemplando.
    - No quieren colaborar.
    - Refieren un relato que no concuerda con lo que están observando, existen contradicciones ...

En estos casos, el equipo debe considerar si existe una ganancia secundaria del paciente y/o la familia con aquello en lo que insisten, debiendo elegir lo menos perjudicial para el paciente; lo cual no es fácil y mucho menos en contextos de emergencias (No se conoce al paciente y/o la familia, existe el riesgo de equivocarse con la decisión que se tome...).

Es decir: deben plantearse tres opciones que pueden tener grandes implicaciones vitales, legales, morales...:

- a. Dar por finalizada la asistencia y dejar al paciente en el lugar si no se encuentra ninguna causa que justifique su traslado y que posteriormente acabe falleciendo, o acceder a la demanda del paciente y/o su familia y trasladarle sin causa que lo justifique al hospital, pudiendo la decisión que se tome condicionar a su vez intervenciones posteriores.
- b. ¿Qué **gana** el paciente y/o su familia insistiendo en **trasladar** al hospital al paciente, qué razones puede haber?
  - Descanso: Liberarse del cuidado del paciente durante unas horas o días; por claudicación familiar.
  - Económico: Ahorrarse los gastos de la vida diaria; especialmente en personas con escasos recursos.
  - Refugio: Personas sin hogar.
  - Alimentación: Personas que no saben o no pueden cocinar.
  - Sociabilización: Ancianos que vivan solos y sin red social.
  - Limpieza: Personas con limitación físicas.
  - Etc....
- c. ¿Qué **pierde** el paciente y/o su familia insistiendo en **NO trasladar** al hospital al paciente, qué razones puede haber?:

- Descanso: Por ser el paciente la persona que se encarga de atender las necesidades de algún otro miembro de la familia (Cuidado de su esposa) implicando el traslado tener que hacerse cargo el resto de la familia.
- Económico: Considerar la familia que pueden perder el único ingreso que hay en la vivienda si se detecta/confirma que existe abandono (Pensión, ayudas sociales, seguros...).
- Refugio: Puedan perder la vivienda, al no haberlos sacado el casero por respeto al paciente.
- Alimentación: Ser el paciente quien paga los gastos de la compra ...
- Sociabilización: Por no querer que se quede sólo el otro conviviente.
- Limpieza: Ser el paciente la única persona que se encarga de higiene de un animal.
- Etc....

Además en algunas ocasiones existe una ambivalencia en el paciente y/o su familia con respecto al equipo que interviene; estos son necesarios, pero su sola presencia indica que existe un problema: queriendo por un lado que estos se marchen y con ellos el problema, pero por otro lado saber que deben estar.

Esta ambivalencia hace que se sientan amenazados, asustados y vulnerables; provocándoles ansiedad, agresividad, irascibilidad..., contagiando su estado al resto y debiendo evitar el equipo que los afecte.

Surge en esos momentos en los afectados contradicciones en sus decisiones, incoherencias, cambios de opinión e incluso comportamientos infantiles como querer que se lleven al paciente al hospital "otro día", que

le suministren algún "remedio" que no les hayan ofrecido, que se desplace personal del hospital a su casa a hacerles las pruebas que necesitan...

Dichas intervenciones acaban por ser largas, extenuantes y envolventes al tener que valorar, diagnosticar y tratar; mientras se lidia con los miedos y ansiedades del paciente y/o la familia, intentando no exasperarse y que no se contagien los comportamientos de unos a otros; se formulan preguntas que ya se han hecho, piden explicaciones que ya se han dado, se desdican de los acuerdos tomados, no dan respuestas a las preguntas que se les formula, la demoran, responden de forma ambigua, no concretan...; posponiendo en definitiva la toma de la decisión...

Pueden ocurrir dos escenarios:

1) Existir una situación de parálisis tal, que obligue a hacer una pregunta definitiva donde tenga que decantarse sin ambages por una respuesta final afirmativa o negativa, teniendo que ser directivos y actuar rápidamente de acuerdo con la decisión tomada, momento a partir del cual empezará a canalizarse y resolver la intervención.

Esto suele ocurrir especialmente en el momento de trasladar al paciente hasta la ambulancia, pudiendo ocurrir también al administrar el tratamiento.

Al salir con el paciente de su domicilio; durante el traslado hasta la ambulancia, volverá a producirse la ambivalencia al pasar por delante de vecinos, amigos íntimos u otros con los que se crucen durante el desplazamiento que esperan saber cómo se encuentra y por afecto, preocupación... acaben estas personas por entrometerse, pregun-

tando al afectado, familia y/o equipo, opinando, culpabilizando, cuestionando ... no siendo infrecuente que terminen por hacerle dudar al paciente y/o familia en la decisión tomada, comenzando de nuevo a paralizarse la intervención; en esos casos deben ceñirse a lo acordado y acelerar la evacuación lo más rápido posible hasta la ambulancia.

2) Convertir la intervención en una cuestión territorial, de egos y lucha de poder por parte del paciente, la familia, o incluso sus vecinos; sintiéndose atacados al frustrar sus expectativas irreales o cuando se les contradice.

Los niveles de estrés suelen ir elevándose y a medida que aumenta, paralelamente lo hacen los niveles de agresividad (Tono de voz elevado, amenazas de denuncias, exhibición de habla y comportamientos vulgares...), queriendo mostrar con ello su fortaleza y/o creerse con la capacidad de determinar cómo tratar al equipo, cuestionar el diagnóstico, establecer las necesidades, dirigir la intervención, e incluso si hay o no que trasladar al paciente al hospital; en definitiva imponerse al equipo.

- **Contextualmente** deben plantearse si puede haberles inducido a error el propio escenario, la escena presenciada o las interacciones en el lugar donde se está realizando la intervención. Por ejemplo una persona obnubilado en el baño de una discoteca puede haberse considerado que padece intoxicación etílica, descartado que tenga una hipoglucemia, convulsiones, traumatismo craneoencefálico, sobredosis por drogas como la heroína, cocaína o anfetaminas..., pero no haberse planteado si puede haber sufrido una violación por sumisión química (p. ej. Burundanga o Escopolamina).

Es decir, la intervención estará en su punto álgido en lo que al estrés se refiere, lo cual no quiere decir que en cualquier momento no pueda producirse un repunte.

En el medio extrahospitalario existen situaciones estresantes que son habituales y constituyen la base de su trabajo (Accidentes de tráfico, reyertas, fallecidos, etc.); otras son infrecuentes (Atentados, inundaciones, pandemia, accidente aéreos, fenómenos meteorológicos extremos, etc.); y otras; a pesar de lo impredecible que es la emergencia y el medio extrahospitalario, están tan normalizadas que apenas se repara en ellas como es encontrarse la emergencia de forma inesperada (p. ej. estar atendiendo a otro paciente y escuchar gritos pidiendo socorro en una casa contigua).

Sin embargo la mayoría de las situaciones que vive el equipo de intervención, independientemente del escenario en el que se encuentren (p. ej. calle, domicilio, carretera, el propio vehículo asistencial...) en estos momentos se pueden reducir básicamente a **diez desenlaces**:

1. Que **no haya habido en ningún momento una emergencia sanitaria**, habiendo sido activados por múltiples razones como:
  - Haber considerado el alertante que existe una situación de emergencia que no lo es.
  - Haberse explicado mal el alertante o haber interpretado equivocadamente lo que estaba presenciando trasladándolo erróneamente al Centro Coordinador.
  - Haber interpretado mal la información el Centro Coordinador.
  - Haber enviado el Centro Coordinador al equipo de S.V.A. de forma preventiva.

2. Que haya alguna situación de **emergencia pero no sea de índole sanitaria** y se considere que deben continuar la intervención otros recursos (p. ej. Los servicios sociales).
3. Que la situación de **emergencia sanitaria se haya resultado** (un atragantamiento) y a la llegada del equipo sanitario no precise el afectado su asistencia.
4. Que los **sanitarios resuelvan completamente la situación de emergencia** y la persona quede en el lugar (Una hipotensión).
5. Que el equipo considere que el paciente se encuentra en bien y aunque no exista en ese momento una situación de emergencia, **sí deba ser trasladado al hospital** por ellos u otros medios (p. ej.: ambulancia convencional, familiares, vecinos o amigos) **para continuar** la atención o vigilancia.
6. Que la **situación de emergencia continúe**, y el paciente **rechace la asistencia** sanitaria.
7. Que la persona afectada **no tenga la capacidad de entender la gravedad** de su situación.
8. Que el afectado **no esté capacitado para poder decidir**.
9. Que la situación de **emergencia continúe y también su atención**, accediendo el afectado a ser trasladado hasta un hospital para continuar con el tratamiento y realizar más pruebas; pudiendo darse tres supuestos:
  - a. Que el paciente y su situación evolucionen favorablemente, remitiendo total o parcialmente las causas que originaron su activación.
  - b. Que el paciente continúe en una situación similar.
  - c. Que el paciente no responda a las medidas tomadas.

10. Que el paciente **presente una parada cardiorrespiratoria** (este supuesto se desarrollará más detalladamente en el siguiente apartado).

El traslado hasta el hospital deberá realizarse en las mejores condiciones posibles y sin demora; especialmente en patologías tiempo-dependientes.

Para ello deberán plantearse cómo se realizará la movilización, primero hasta la ambulancia y luego hasta el hospital.

Antes de evacuarle el médico deberá prepararse para informar a la familia; si el paciente no estuviese en condiciones de tomar ninguna decisión (Al encontrarse inconsciente), debiendo alguien del equipo respaldar al médico aunque "solamente" sea presencialmente, ratificar lo que diga, ayudar a contener emocionalmente a la familia e incluso al médico para que no se sienta solo.

#### **Informar a la familia puede llegar a ser una escena temida; implica tener que:**

- Comunicar el estado del paciente: valoración, diagnóstico, tratamiento y medidas aplicadas, respuesta obtenida, situación en la que se encuentra en ese momento, pronóstico, a dónde se le va a evacuar, qué van a hacerle en el hospital... sin ocultar llegado el caso; la gravedad de la situación. Por ello la importancia de la formación en estos aspectos: Comunicación de malas noticias, primeros auxilios emocionales, evitar palabras que conlleven un alto impacto emocional (p. ej. incrustado)...
- Dar tiempo en medida de lo posible para que la familia plantee sus dudas y miedos; respondiéndolas y que empiecen a

asimilar la información; en ocasiones el miedo a provocar dolor hace que el equipo informe con tecnicismos, escuetamente, de forma apresurada o sin darles tiempo para que asimilen la gravedad de lo ocurrido. En otras ocasiones será el silencio de los pacientes o familiares los que les haga sentir incómodos "inundándoles" con información "periférica" sin llegar a los aspectos centrales o dulcificando la realidad. No se debe olvidar que cuando se actúa así, se están escudando; porque **los intervinientes también sufren**, evitando con ello la interacción y tener que afrontar preguntas o reacciones para los pueda que no estén preparados.

- Deben preguntar si antes de evacuarle quieren ver unos instantes a su ser querido, respetando si prefirieren no hacerlo. En caso de que sí quieran deben informarles previamente de la escena que van a ver, advirtiéndoles; con objeto de reducir el impacto visual al verle en el estado en que se encuentre, describiendo la escena: inconsciente, intubado, colocado en una camilla o en una lona, con un dispositivo mecánico de compresión torácica ("LUCAS"), monitorizado, con bombas de perfusión, con vías en los brazos por donde se administra fármacos y el objetivo que tiene la medicación...
- Advertirles si el paciente estuviera cubierto con una manta térmica, por qué y para qué la tiene puesta.

La población la asocia con la muerte, al ser muchas las ocasiones en la que en los medios de comunicación, redes sociales, etc., muestran vídeos cubriendo el cuerpo de algún fallecido con ellas; utilizándolo los equipos de emergencias al no haber otra cosa; con objeto de preservar su dignidad e intimidad.

Mientras una parte del equipo esté informando, el resto del equipo deberá:

- Vigilar al paciente; p. ej. si aparecen cambios hemodinámicos o signos de empeoramiento.
- Preservar la dignidad del paciente. P. ej. adecentando al paciente, limpiando fluidos corporales, ...
- Arreglar el escenario; p. ej. ordenando el entorno, limpiar el lugar de manchas de sangre...
- Recoger y reagrupar el material utilizado durante la intervención.
- Eliminar residuos; p. ej. gasas, compresas, viales, guantes, agujas, jeringuillas,....

En el momento en que se movilice al paciente para salir del escenario y llevarle hasta la ambulancia, se elevará nuevamente la activación de los intervinientes al tener que afrontar nuevamente estresores; entre otros:

- Ver a familiares que hasta ese momento pudieran haber estado esperando fuera del lugar de actuación, y sus reacciones al salir con el afectado tales como: niños llamando al padre, pareja llorando, familiares recriminándose, amigos que rompen a llorar....
- Riesgo al desplazarse: Tropezar, que se caiga el afectado y/o el equipo, golpearse, desintubación, perder accesos venosos ...
- Prever riesgos: Bradicardia, P.C.R., desaturación, hipotensión, vómito ...
- Prevenir problemas: Medicación precargada, aumentar o reducir dosis, retenir el ascensor ...
- Crear soluciones imaginativas: Sujetar al paciente en el tablero espinal con

cinchas para incorporarlo momentáneamente y conseguir salvar un giro de escalera más estrecho de lo esperado, presionar el suero con un tensiómetro para inyectar volumen y "liberar manos" ...

- Etc...

- **Una situación especial: el equipo y la familia en situaciones de Parada Cardio respiratoria.**

Como se ha señalado, uno de los posibles desenlaces de la intervención y que merece una mención especial, son aquellas intervenciones donde el paciente ha sufrido una P.C.R. y el equipo está realizando maniobras de R.C.P.- A.

Su particularidad se debe a muchos factores: La importancia de la labor que están realizando, que el equipo está sufriendo un gran desgaste físico (Compresiones cardiacas), intelectual (Analizando la respuesta del paciente al tratamiento, dilucidar posibles causas que subyacen, valorando pros y contras de cambiar el tratamiento, etc.), emocional (Alternancia de periodos donde el paciente recupera el ritmo cardiaco y la alegría que conlleva, con periodos de asistolia y la pena que produce), etc.

Respecto al estrés este tipo de avisos se encuentran entre los principales, impregnando toda la intervención desde el mismo momento en que activan a la unidad; al estrés que padecen a esas alturas de la intervención (el equipo se encuentra en un momento culmen, sus decisiones son trascendentales y el tiempo corre en contra para intentar revertir la situación de P.C.R.), se suman las situaciones estresantes que hayan vivido desde que comenzaron la intervención, sin

olvidar también el nivel acumulado debido a intervenciones previas y el que se ha ido produciendo a lo largo de la guardia; pudiendo ocurrir:

1. Que **tengan que suspender las maniobras de R.C.P.** porque finalmente la persona no responda, falleciendo a pesar de los esfuerzos realizados.

Es importante cuando se vaya acercando el momento en el que se tenga que finalizar las maniobras, avisarlo al equipo para amortiguar el impacto (p. ej.: "el paciente no está respondiendo, según lo establecido por el protocolo, si en 5 minutos no hay respuesta, cesaremos las maniobras"). Esto permitirá que todos se vayan mentalizando para elaborar ése momento y lo acepten, evitándose situaciones dramáticas como cuando alguien del equipo no quiera parar de realizar compresiones torácicas (Al identificar a ése niño con su hijo).

Se debe informar a la familia de la finalización de las maniobras por ser infructuosas, explicándoles la situación, la gravedad, las medidas tomadas y el previsible fallecimiento, ofreciéndoles si no se ha hecho, la posibilidad de que estén presentes y vean al familiar y al equipo trabajando, anticipándoles la escena que van a ver por ser potencialmente traumática.

Ver trabajar al equipo, si así lo han decidido libremente, permitirá que los familiares comprendan la gravedad de la situación, que el equipo sigue intentando reanimarle pero que su familiar no responde a las medidas aplicadas, lo cual posteriormente, facilitará aceptar el fallecimiento y el elaborar el duelo normal; es decir, evitar que se produzca un duelo patológico.

Si hacer este ofrecimiento es importante siempre, más lo es cuando ocurren muertes inesperadas (una persona que teniendo previamente un buen estado de salud, hábitos de vida saludable... muere mientras hace deporte); y, especialmente, cuando se realice R.C.P. en niños.

La muerte de los niños, sanos o enfermos, son antinaturales y afectan enormemente a todos los intervinientes, incluidos los que intervienen en la distancia, como el personal del Centro Coordinador, generalmente olvidados en este tipo de intervenciones, debiendo tenerles en cuenta.-

En el momento en que se finaliza las maniobras de R.C.P., independientemente de la edad del afectado, suele producirse un silencio sepulcral en todos los intervinientes que han participado en la R.C.P.; especialmente cuando se han realizado grandes esfuerzos físicos, se ha empleado mucho tiempo y/o ha habido momentos donde la impresión era que la situación podía revertirse (p. ej. al responder a las desfibrilaciones o a los fármacos).

Dicho silencio tiene muchos significados y sentidos; y debe respetarse, en esos momentos cada uno estará integrando la experiencia vivida.

Paralelamente cuando cesan las maniobras y se confirma el fallecimiento a la familia, esta suele romper con gritos, llantos, lamentos...; que deben respetarse, sin interrumpir dichas manifestaciones de dolor y desconsuelo, a veces desgarradoras, que surge al terminar la esperanza de que haya un "milagro" y el paciente se recupere.

Dichas muestras de dolor, normalmente, duran unos minutos y van disminuyendo en

frecuencia e intensidad; reapareciendo esporádicamente, cada vez que rememoran lo ocurrido, y al recibir llamadas telefónicas de otros familiares y seres queridos que empiezan a enterarse llamando para cerciorarse, o según van llegando familiares, amigos...

En algunas ocasiones puede ocurrir la necesidad de romper el silencio por algún miembro del equipo o por otros que hayan acudido para apoyar la P.C.R. (Equipo de S.V.B. con profesionales o voluntarios), empezando a hablar sin sentido, reírse, moverse, contar algo jocoso, recordar alguna anécdota, abandonar el escenario... deben ser entendidos como una válvula de escape a la presión vivida y la incomodidad que les provoca las muestras de dolor de los allegados; ese dolor, sufrimiento, pena, angustia... en forma de gritos, llantos, frases... pueden llegar a ser desgarradoras, queriendo ese miembro de la intervención darla por finalizada y poner distancia mental llegando incluso a salir de ella físicamente.

Esto se observa sobre todo en los intervinientes jóvenes y/o con menos experiencia; deben entender su propias reacciones, las de otros miembros y la de los allegados, y que la inmensa mayoría de las formas de expresar el dolor, el sufrimiento, la pena, la angustia... son normales.

Lo cual no excluye que también deban comprender que algunos comportamientos (Hablar sin parar o reír) puedan no ser entendidos en esos momentos por la familia (Al encontrarse la familia llorando a escasos metros); pudiendo sentirse ofendidos a pesar de existir ninguna mala intención, debiendo reconducirles el resto de los intervinientes si se dan cuenta.

Tampoco los intervinientes saben la carga emocional y las circunstancias que acompañan el fallecimiento de la persona (p. ej. ruina económica).

En definitiva, se debe entender que el fallecimiento interpela de una u otra forma a todos los allí presentes y provoca reacciones; también en los intervinientes.

Si bien ha terminado una parte de la intervención, la que atañe a los aspectos más físicos u orgánicos de la asistencia, debe continuar la atención con:

**a. El fallecido:** Si no existe ninguna razón que lo impida, debe dejarse al fallecido colocado en una posición anatómica, como "durmiendo", retirándole vías, electrodos, limpiando restos de sangre o vómitos... tratando con la misma consideración y respeto; al paciente que ahora se encuentra fallecido, que el que se debe tener con los vivos (estén conscientes o inconscientes); las personas muertas también tienen derechos (Derecho a la honra, trato decoroso del cadáver...).

Sin olvidar que el último sentido que pierde un ser humano es la audición.

Una situación de estrés que se añade son aquellas donde el médico no puede determinar la causa de la muerte, lo cual tiene grandes consecuencias (Que el cadáver vaya por la vía judicial, legales, seguros...).

**b. El núcleo familiar:** se debe acompañar, con tacto, con su presencia, su comportamiento, resolviendo sus dudas (Si ha sufrido), explicar trámites legales, buro-

cráticos (Certificado de defunción o seguro de decesos)...

En ocasiones serán reiterativos y preguntarán lo mismo repetidas veces, teniendo que informarles varias veces por no ser capaces en esos momentos de integrar toda la información o aceptar lo ocurrido.

**c. La familia extensa:** según vayan llegando al escenario se les puede comentar alguna información superficial, básicamente la misma que ya saben puesto que están allí, remitiéndoles a sus familiares directos, dándoles pautas de cómo pueden ayudar a aquellos... debiendo retirarse los intervinientes del escenario.

Es importante que a medida que vayan saliendo de la intervención: Primero del entorno inmediato del fallecido, el epicentro de la intervención (Salir del salón de la casa donde la persona ha fallecido, para hablar con la familia que espera en otra habitación); posteriormente al abandonar el escenario (Al ir salir al descansillo de la vivienda ...), y así sucesivamente (escaleras, ascensor, el portal, el conjunto residencial...) hasta llegar al vehículo de intervención, tienen que controlar el impulso de hablar, debiendo estar todos atentos a lo que se dice; el riesgo está en entender erróneamente que la intervención ha finalizado, salir "mentalmente" del lugar donde han actuado y comentar dudas, preguntar aspectos relevantes, hacer observaciones... debiéndoles frenar el resto del equipo.

Es humano y una necesidad compartir las cosas que han ocurrido en la intervención, pero esto debe demorarse unos minutos, hasta que salgan completamente del entorno y lleguen al vehículo asistencial, y sólo

hablando con cuidado tras asegurarse que no hay nadie que pueda escuchar desde algún lugar (Que el vehículo haya quedado estacionado en la parte posterior de la vivienda, justo al lado de la ventana, varios pisos por encima, o se tomen por viandantes a familiares que salieron hacia el domicilio en cuanto les avisaron y llegan en esos momentos). Dicha exigencia se debe a consecuencias inimaginables de lo que se considera un simple comentario (Romper el secreto profesional, culpabilizar al escuchar que si hubiesen llamado unos minutos antes posiblemente no hubiese fallecido, etc.).

Al abandonar el escenario se debe ser especialmente cuidadoso no sólo con los comentarios, sino también con el humor y en especial con el humor negro. Este no debe ser considerado de forma literal como una falta de respeto hacia el fallecido; sino como una forma de encontrar la parte cómica a situaciones trágicas, la necesidad de liberar la tensión acumulada, distanciarse de la muerte y celebrar la vida.

Sin embargo escuchado por un familiar; no lo comprenderá, ni tampoco a los intervinientes, pudiendo llegar a sentir que su trato; antes valorado como intachable o exquisito, pase a ser considerado como una mera pose, una farsa, pudiendo sentirse humillados por lo que hayan escuchado e incluso sentirse ineptos por no haber sido capaces de haberlos percibido antes como lo hacen ahora, y/o llegando a dudar si se han tomado la intervención en serio y/o si habrán hecho todo lo posible. Eclipsándose en un momento toda la labor realizada (cuando explicaron el diagnóstico, informaron del fallecimiento, contuvieron en los primeros momentos, explicaron los trámites a seguir,...).

Será el recuerdo con el que las personas se queden y no tanto con el esfuerzo realizado, el cual no llegan a comprender.

Esto deben tenerlo en cuenta los intervinientes hasta que se vayan del lugar.

No deben olvidar que para ellos es "un aviso más" en "otra guardia más" pero en la vida de esas personas esos momentos son trascendentales.

Respecto a la muerte es una **paradoja** que muchas generaciones de sanitarios **no hayan recibido formación en comunicación de malas noticias ni hayan hablado sobre el dolor, el sufrimiento, la agonía y la muerte; ... iii en un medio donde está omnipresente !!!**

Esto puede llevar; si no se entiende y/o no se acepta, que la muerte es parte de la vida, a considerar como un fracaso algo que no lo es, y no distinguir por ejemplo, un fallecimiento de una parada cardiaca.

El riesgo entre otros, será llegar a la obstinación terapéutica y el encarnizamiento terapéutico, prolongando el dolor del paciente y su familia, tomando medidas desproporcionadas y sin sentido, convirtiendo el cuerpo del paciente en una partida contra la muerte; p. ej.: canalizando una vía central, intubando al paciente y trasladando a un hospital a una persona que está agonizando como si fuera un paciente susceptible de medidas extraordinarias; en vez de informar a la familia, proporcionar al paciente medidas de analgesia, sedación y confort, aclarar dudas, ayudarles a aceptar el desenlace y que puedan despedirse de su familiar con ellos a su lado.

**Como dijo Virginia Henderson: “si puedes curar, cura. Si no puedes curar, alivia. Si no puedes aliviar, consuela. Y si no puedes consolar, acompaña”.**

Hablar, formarse y afrontar la muerte facilitará que se elimine de la cultura sanitaria expresiones coloquiales entre los intervinientes que se dicen (pero que también se piensa) al recordar algunos avisos; frases del tipo: “... y por más que hicimos, al paciente *NO LE SACAMOS DE LA PARADA CARDIACA* y *SE NOS MURIÓ*”.

Dicha expresión “coloquial” puede llegar a reflejar una carga implícita de culpabilidad y consecuencias impredecibles.

Esto es importante porque:

- a. Los pacientes “**SE** mueren” a pesar de las medidas que se tomen.
- b. Los pacientes **NO** “se **NOS** mueren” porque decirlo lleva implícitamente una carga irreal de culpa y/o negligencia (parecieran que hubieran podido hacer más y no quisieron hacerlo).
- c. Conlleva autoimponerse un **ROL** irreal de ser **SUPERHÉROES** y **NO CONOCER NI RECONOCER LOS LÍMITES PROFESIONALES Y/O PERSONALES**.
- d. Potencia comportamientos **ALTANEROS**; donde según convenga, los éxitos son considerados propios (P. ej. Lo sacamos de la parada) y los fracasos ajenos (p. ej. no salió de la parada), dificultando entender que aunque todo se haga de forma impecable, el resultado final no depende de los intervinientes.

En esos momentos cuando al paciente se le ha realizado la R.C.P. siguiendo los protocolos, y finalmente ha fallecido; deben tener

claro que han cumplido con su obligación, aplicado sus conocimientos, utilizado los medios adecuados (Desfibrilador) para intentar llegar a un resultado (Revertir una fibrilación ventricular); esto implica saber y reconocer que el resultado final no depende de ellos y que no se lo deben autoexigir.

En ocasiones puede ocurrir que el nivel de autoexigencia sea desproporcionado e irreal; sobre todo en intervenciones con niños, jóvenes, embarazadas... Y frente a esto paradójicamente la experiencia puede actuar en contra.

Para reubicarse en esos casos ayuda saber lo que exige la ley: conocimientos y medios; pero no resultados. Y si no se puede exigir resultados, por algo será.

Conocer y reconocer esto potenciará la **HUMILDAD** de los sanitarios, no atribuyéndose éxitos ni fracasos, entendiendo que simplemente hacen lo que deben hacer: su cometido, lo mejor que saben y de la manera más honesta.

2. **Que el paciente NO supere la P.C.R. pero pueda ser donante de órganos.** Existe una ambivalencia emocional en los equipos al haber una parte positiva; la posibilidad de que una o varias personas pueda vivir y/o mejorar su calidad de vida; y una negativa, por no haber superado el afectado la P.C.R.

Los intervinientes tendrán mayores niveles de estrés, frustración y carga emocional cuanto:

- Más tiempo hayan estado realizando maniobras de R.C.P.,
- Mayores hayan sido los esfuerzos del

equipo en la reanimación.

- Mayores hayan sido las posibilidades de que la persona se recuperara y/o esperanzas de que se pudiera llegar a revertir la situación (p. ej. haber llegado en un escaso tiempo por la proximidad y/o superar la P.C.R. durante algún tiempo).
- Más joven sea el afectado (Niños, adolescentes, etc.).
- Mayor sea el contraste entre el contexto (Boda o bautizo) y lo que estén haciendo (Aplicar descargas eléctricas).
- Etc...

Cuando el equipo planteé finalmente la opción a la familia de que la P.C.R. es irreversible pero que el paciente es un potencial donante de órganos (p. ej. Donante en asistolia) la información provocará un alto impacto emocional en la familia pero también en el equipo, al ver como lo vivencian (Aceptar que se comience el proceso de donación, la generosidad por hacerlo en un momento tan duro, gestos de resignación, aceptación, impotencia,...) y sus reacciones (Golpes, gritos, lamentos, llantos, culpabilizaciones,...) y al despedirse al salir con el afectado (Lo que se le dice o lo que se le hace: gestos, bendiciones, amuletos, entregar un peluche...), de lo cual los intervinientes no están ajenos a todo ello.

**3.- Que el paciente supere la P.C.R.** Existe en el equipo una mezcla de emociones, felicidad al revertir la situación de P.C.R., temor a que el paciente se desestabilice y nuevamente vuelva a sufrir otra P.C.R., preocupación ante los inconvenientes que se puedan presentar a partir de ese momento, incertidumbre sobre las secuelas que pueda tener el afectado, frustración si el paciente en algún momento empeora y fallece, alegría al llegar con el afectado al hospital...

## 8ª Etapa: transporte

Una vez estabilizado el paciente el transporte se producirá en dos tiempos; desde el lugar donde se encuentre hasta el **vehículo asistencial** y desde este hasta el hospital; para ello, el paciente debe encontrarse previamente estabilizado.

Para movilizarle hasta el vehículo asistencial el equipo debe valorar cuáles son las opciones que tiene el afectado en función de su patología, valorando los pros (Ascensor) y contras (Dificultades para acceder al ascensor); teniendo que elegir la mejor opción y planificando cómo la llevarán a cabo.

Existen ocasiones donde el escenario, el contexto, el paciente, la patología y la gravedad pueden condicionar la forma de evacuar a la víctima, pudiendo ser que no sea la más adecuada para esa patología pero no quedar otra opción si se quiere lograr que el paciente sobreviva. Deben haber observado previamente cuando estaban aproximándose al escenario e iban a contactar con el afectado; muchas de las dificultades y facilidades. Pueden surgir dilemas éticos y/o tener que asumir riesgos en beneficio del paciente debiendo entonces anticipar complicaciones. Porque como dice la **falacia del Nirvana (o falacia de la solución perfecta) atribuida a Voltaire: "Lo mejor es enemigo de lo bueno"**.

El hecho de movilizar a un paciente grave (Con infarto, P.C.R, o Traumatismo Craneoencefálico Severo) puede desestabilizarlo hemodinámicamente teniendo que estar atentos a los cambios que pueda presentar; no sólo los objetivos registrados por distintos aparatos como el monitor/desfibrilador que incluso puede avisar de ello emitiendo sonidos, también a los subjetivos que pueda llegar a manifestar el paciente

(Sensación de empeoramiento) y otros sutiles o casi imperceptibles (Cambio en la coloración de la piel o mucosas, contracción abdominal, tendencia al sueño, desorientación, movimientos involuntarios, lateralización de la mirada...).

No debe olvidarse que a todo lo anterior se ha sumado el hecho de haber estado interviniendo en el contexto de una pandemia, añadiéndose al estrés propio de la movilización de la víctima el hecho de tener simultáneamente que protegerse del contagio, extremar las precauciones para disminuir el riesgo de contagio a los compañeros, impedir la diseminación del virus..., obligando a alguien del equipo a abrir ventanas (De la escaleras) para ventilar o desinfectar (Con lejía) aquellas zonas por las que iba pasando el paciente y el equipo (Pomo de la puerta de la vivienda, botoneras y tiradores de ascensores, barandillas y montacargas, pulverizar con lejía los residuos producidos) y evitando que las personas se cruzaran en el camino del afectado (p. ej. niños de algún vecino que querían curiosear) ...

### **I. El desplazamiento del afectado hasta el vehículo asistencial.**

- Deberán considerar aspectos derivados de:
  - La constitución del paciente: peso, altura, volumen...
  - El estado mental del paciente: sedado, agresivo, relajado, agitado, posibilidad de que pueda o no colaborar durante el traslado,...
  - La patología del paciente: Infarto, T.C.E., politraumatizado, gran quemado,...
  - Los riesgos potenciales del paciente: lesión medular, hipertensión intracraneal, hipotensión arterial, bradicardia, asistolia ...
  - La constitución de los miembros del equi-

po, su estado físico y su nivel de salud.

- La distribución de los miembros del equipo según la anterior: resistencia, fuerza,...
- El tiempo del que disponen ("Hora de oro"): presión del tiempo para lograr trasladar a un politraumatizado hasta un hospital apropiado, en una actuación y traslado impecable, antes de 60 minutos. Conseguirlo puede suponer la diferencia entre la vida y la muerte, y su calidad de vida.
- Garantizar la seguridad del paciente y el equipo en todo momento: Sujeción del paciente con cinchas, dejar a un vecino junto al interruptor como responsable de la luz para que mientras se desplace no se lleguen a quedarse a oscuras).
- La posición de traslado: Decúbito supino, prono, lateral, Trendelemburg,...
- La movilización del material: ventilador, monitor, aspirador de secreciones, bombas de perfusión, dispositivo mecánico de compresión torácica "LUCAS ®", maletines...
- Las posibilidades de traslado: lona, silla de emergencias, camilla, tablero espinal, silla de ruedas del paciente o familiar, silla de oficina...
- Continuar con las medidas sin que existan interrupciones en el tratamiento o demoras: ventilación, oxigenoterapia, fluidoterapia, monitorización,....
- El escenario: número de tramos de escaleras, luminosidad, estado de los escalones, que haya o no ascensor, recovecos...
- Etc...

### **II. El desplazamiento del paciente en el vehículo asistencial hacia el hospital.**

Una vez acomodado en el vehículo cerciorarse de su seguridad física, reevaluar si se

mantiene el tratamiento, y las medidas instauradas o si se hacen modificaciones.

Deben llegar al hospital en el menor tiempo posible y en las mejores condiciones controlando aquellos aspectos que puedan repercutir en el estado del paciente (Logrando una velocidad uniforme en la conducción sin acelerones, desaceleraciones, frenazos...).

Deben tener presente aquellos estresores que ya han sido señalados (activación, movilización, aproximación...) y que pueden ahora afectar a parte del equipo, al paciente e influir en su patología: sirenas, rotativos, estilo de conducción, emisora, rotondas, badenes, temperatura...

Deben anticipar las dificultades con las que se van a encontrar en el recorrido evitándolas en medida de lo posible y valorando opciones más rápidas y seguras (Evitando atascos, solicitando preaviso hospitalario o que la policía abra paso al equipo sanitario).

En casos en los que el paciente esté consciente, el hecho de tener que interactuar con el paciente puede suponerles un estrés añadido a los intervinientes por lo que pueda surgir en la conversación; preguntas como: si van a morir, si van a tener que dejar de trabajar, qué va a ser de su vida, cuál es su pronóstico...

Esto explica que algunas veces se prefiera evitar la interacción o que sea la mínima posible, tener un trato correcto pero frío y distante y circunscribirse a los aspectos clínicos de la intervención, contestando desde un espacio de confort y control para el interviniente sanitario (Datos clínicos), pero perdiéndose con ello la esencia de su profesión... y de la vida.

Deben intentar minimizar el impacto psicológico que el hecho de ser trasladado en una ambulancia pueda suponer al paciente; lo cual además puede repercutir en su patología y en su evolución (Miedo, ansiedad, incertidumbre... en un paciente inestable).

Deben reducir el impacto de los estresores físicos (Sirenas) y potenciar las medidas de confort (Poniendo la calefacción o abrigando a un paciente cardiópata que tenga frío), dar la información que solicita el afectado explicando o solucionando sus dudas, anticipando lo que va a ocurrir cuando lleguen al hospital: estarán muchas personas en la urgencia hospitalaria, pero que ello es porque se van a realizar muchas técnicas y valoraciones y tomar muchas decisiones en poco tiempo, lo cual no significa que su estado haya empeorado sino que se actúa coordinadamente para ganar tiempo, en qué consisten las pruebas que le van a realizar..., etc.

En definitiva, hay que lograr reducir el estrés, el dolor (físico y mental), el sufrimiento, la incertidumbre y la fatiga; incluso si procede; con humor. Convertir la UVI Móvil; un espacio frío y visualmente agresivo, en un espacio cálido y humano

## 9ª Etapa: Transferencia

En esta etapa se producirá de nuevo un repunte en los niveles de estrés. Esta etapa se inicia con la llegada de la ambulancia al hospital y finaliza con la transferencia del paciente.

### **I.- El traslado del afectado desde la ambulancia hasta el hospital.**

La llegada al hospital con un paciente crítico implicará la movilización, y aunque se haya logrado mantener sus constantes vitales dentro de los parámetros deseados, el propio hecho de movilizarlo puede hacer que se desestabilice hemodinámicamente; máxime si el paciente se encuentra inestable, lo cual obliga a incrementar aún más si cabe los niveles de atención.

Ello implica que antes de movilizarle habrá que:

- Determinar cómo se encuentra.
- Garantizar la continuación de todas aquellas medidas que se estén aplicando, especialmente aquellas que le mantienen con vida (Ventilación mecánica).
- Proteger su integridad (El cuello en un politraumatizado, que al bajarle del vehículo no se caiga la camilla, o que al movilizarle no se lesione un brazo o la muñeca).
- Evitar riesgos para los propios intervinientes (Contagios o golpes).

Tendrán que hacer todo esto mientras se mueven en un espacio físico pequeño, la cabina asistencial; en la que se encuentra el paciente, dos intervinientes (Médico y enfermero), a veces un Técnico de Emergencias y en ocasiones excepcionales un familiar, un animal (Perro guía), un policía, etc.; pudiendo encontrarse rodeados de tubos, sueros, cables... que se encuentran en todas direcciones; del techo hacia el suelo (Sueros), de un lateral a otro (Cables de electromedicina), de los pies a la cabeza (Férulas), de la cabeza a los pies (Botas de tracción), girados (Tubos de ventilación)...; lo cual hace que los movimientos sean incómodos, reducidos y las posibilidades de actuación limitadas.

Al salir con el paciente al exterior del vehículo deben continuar aplicando medidas de protección y confort (Abrigarlo frente al frío, paraguas para la lluvia, ropa para preservar su intimidad...).

Se debe evitar relajarse, dejar de prestar atención y precipitarse al considerar que la intervención ha finalizado.

Se debe continuar vigilando la presencia de cambios en el paciente, tanto objetivos (Monitorización), subjetivos (Incremento del dolor) y aquellos otros sutiles o casi imperceptibles (Cambiar un semblante sereno a otro de terror al ver que alguien le está esperando en la puerta de urgencias).

Deben movilizar al paciente junto con el material que asiste al paciente, también los maletines de medicina y enfermería, y en caso de ser necesario poder ser autónomos y actuar (Si el paciente presentara súbitamente complicaciones como una parada cardiaca).

El paciente legalmente se encuentra todavía bajo su responsabilidad y puede darse simultáneamente circunstancias que ralenticen la atención en el hospital; p. ej.: que otro paciente tenga en ese mismo momento otra parada cardiaca y/o que un familiar se ponga agresivo con el personal hospitalario teniendo que atenderle el equipo de S.V.A. aunque esté dentro del hospital puesto que sigue siendo responsabilidad de ellos al no haber realizado la transferencia.

## **II.- La transferencia del afectado al hospital.**

Implica que el equipo conozca quiénes van a ser las personas responsables; en el hospital, de la atención del paciente, cuidados médicos y de enfermería. Se deben transmitir todos los aspectos relevantes que haya habido durante toda la intervención; desde la activación hasta ese momento en el que otros van a hacerse cargo. Deben explicar por qué los activaron, cómo encontraron a la persona, qué signos y síntomas presentaba, a qué hora comenzó el episodio que

presenta, qué pruebas le han realizado, cuál es el diagnóstico **o qué se sospecha que puede ocurrirle**, qué tratamiento han administrado, cómo ha sido la evolución, cuál ha sido el objetivo para trasladarle al hospital, si se han producido incidencias durante el traslado, **cómo consideran** que puede ser el pronóstico,...

Y una vez se haya comunicado la información principal de lo ocurrido en la intervención y respondido a preguntas que pudieran surgirles al equipo que lo recibe; se considerará transferido el paciente y su responsabilidad, pasando de ser un paciente del equipo sanitario extrahospitalario a paciente hospitalario.

No deben olvidar aquella otra información de carácter biopsicosocial relevante que hayan detectado. Esto es especialmente importante en las intervenciones domiciliarias, aunque no solo: al poder ser la causa de la afectación actual, influir en su curso debiendo facilitar información como: impresiones, indicios, sospechas, estado de ruina de la vivienda, relaciones familiares caóticas, situación de abandono, circunstancias personales que el paciente haya mencionado, si los Servicios Sociales son conocedores de la situación (Existen informes o hay denuncias previas), etc.

No olvidar que un porcentaje importante del total de las emergencias ocurren en los domicilios; un lugar íntimo y privado, a ellos acceden todos los días los servicios de emergencias sanitarios. Las emergencias al irrumpir en las vidas de las personas inesperadamente, hacen que en pocos minutos en sus casas se presenten los servicios de emergencias.

**Lo inesperado de la emergencia hace que no les dé tiempo o no se den cuenta de ocultar, camuflar o alterar el escenario a**

**quienes no les interesa que se sepa lo que en realidad ha ocurrido en ellos (Abuso sexual de un menor discapacitado, violencia de género, abuso económico...); lo cual convierte en actores privilegiados a los intervinientes de emergencias, para ayudar a personas que no saben, no pueden y/o no quieren que se les ayude.**

No comunicar las impresiones hará que a medida que los agresores reincidan, acaben por conocer las dinámicas en las intervenciones (Tiempo de respuesta, protocolo de actuación, preguntas que habitualmente formulan, zonas donde estarán o no los intervinientes, etc.), teniendo mayor capacidad de transformar el escenario, esconder, enmascarar, falsear o desvirtuar pruebas que delaten lo que realmente ha ocurrido (Crear una historia para ocultar un maltrato infantil).

La importancia de transmitir esos indicios, sospechas o impresiones; en especial las primeras veces que avisan a los servicios de emergencias, se debe a que en el hospital el paciente y/o su familia se encontrarán fuera de "su territorio" y pueden mostrar una cara que no sea la real (Aparentar un trato abnegado hacia el afectado o aparentar un nivel económico alto cuando no lo tiene).

En los domicilios, los intervinientes de los servicios de emergencias pueden captar impresiones que son determinantes en la etiología de esa patología para la vida y calidad de vida de las personas (Negligencia en el autocuidado, del cuidado de otros, riesgo de exclusión social, etc.) siendo primordial trasladar toda esa información para que se hagan cargo las personas correspondientes: psicólogas de emergencias, médicos, pediatras, trabajadores sociales...

**Toda aquella información que no conste en el informe (por escrito) y/o no se haya comentado o hecho énfasis (de forma verbal), se perderá con la marcha del equipo de emergencias; tal vez para siempre.**

Una vez hecho todo esto, con la entrega de la documentación asociada al aviso como son el informe médico, de enfermería, parte de lesiones..., y tras despedirse de la persona atendida y/o los familiares que pudieran estar guardando en la sala de espera del hospital; se dará por finalizada la asistencia.

Liberados ya de las exigencias de la intervención todos los miembros del equipo empezarán a limpiar el material utilizado, repondrán material y acomodarán, limpiarán el habitáculo, tirarán la basura con los residuos que se hubieran podido generar y mientras lo hacen se producirá una reducción en los niveles de estrés teniendo unos minutos para relajarse.

En esos momentos alejados ya del foco del escenario y habiendo transferido al paciente, el equipo necesita un tiempo para liberar estrés.

- A nivel individual: llamando por teléfono, comiendo, hidratándose, viendo mensajes de WhatsApp, aseándose, mirando las noticias o hablar en privado con otro miembro del equipo por algo que haya ocurrido entre ellos...
- A nivel grupal: comentando la intervención, intercambiando pareceres, dudas, aciertos, errores, hacer autocrítica y realizar crítica constructiva, contar anécdotas, solucionar malentendidos, destacar aspectos jocosos, absurdos y surrealistas que hayan ocurrido, expresar emociones o decir aspectos que les hayan impactado, manifestar si en algún momento no se ha recibido el apoyo del equipo o si alguien por alguna razón se

ha sentido mal por vivir o haber vivido una situación similar..

En definitiva compartir las vivencias y los sinsabores de las intervenciones y las emergencias les permitirá aprender unos de otros y los consolidará como equipo.

Cada equipo tiene sus tiempos para hacerlo y cada uno tiene su estilo diferente de manifestarlo, debiendo respetarlo cuando el equipo con el que se interviene no es el habitual.

No tener la costumbre de hacer esto hará que en vez de equipos sólidos sean un agregado de intervinientes. No darles tiempo para poder hacerlo, hará que se finalicen las intervenciones "en falso", de forma precipitada, sin tiempo para relajarse y reiniciar la siguiente intervención con unos niveles de estrés elevados y/o arrastrando conflictos de aviso en aviso.

#### Sugerencia:

Sería conveniente en esos momentos donde se realiza una puesta en común de la intervención, antes de volver a comunicar la operatividad del equipo y con ello la reactivación, dar un Feedback al Centro Coordinador sobre la adecuación o no de la idoneidad de haber enviado a ese recurso; para entre todos aprender de los posibles errores y analizar dónde y porqué se han producido.

Se realiza una propuesta para valorar el momento en el que establecieron contacto con el afectado (Ver figura 1, Problemas en la adecuación de los recursos a las intervenciones) para que tanto el Centro Coordinador como el equipo participen, se pueda comprender qué originó la discrepancia, y cuanto mayor sea ésta mayor debe ser su análisis.

Puede ocurrir que la valoración de la activación del recurso avanzado sea considerado por los intervinientes de forma **correcta** (Atender un Infarto), o por el contrario discrepar mucho, pudiendo haber sido los riesgos **sobrevalorados** (Atender un esguince), **infravalorados** (Haberles activado sólo a ellos para atender un Incidente con Múltiples Víctimas o para situaciones donde haya habido riesgo para la seguridad o la vida del paciente y/o el equipo).

## 10 Etapa: reactivación

Deberían dar la finalización de la intervención no sólo cuando hayan repuesto las COSAS necesarias para intervenir, sino también porque los intervinientes estén bien anímicamente, especialmente tras intervenir en avisos altamente traumáticos como son: un asesinato, la muerte de un menor, una violación o atender a un conocido; pero no sólo.

A veces pueden estar más preparados para este tipo de avisos que para otros que cualquiera observador ajeno consideraría con total seguridad que deberían salir indemnes, no siendo así; p. ej. Atender a una persona mayor que va a fallecer por causas naturales.

Lo cual hace que quienes mejor saben si necesitan tiempo para descansar o si están o no en condiciones de dar la operatividad sea el equipo, lo cual implica comunicar la operatividad al Centro Coordinador tan pronto sea posible y concienciarse de la obligación de estar operativos.

El Centro Coordinador debe tener presente y conocer a qué avisos va enviando a cada unidad a lo largo de la guardia; debiendo tener especialmente presente aquellos que de entra-

da son altamente traumáticos y, en función de sus posibilidades; proteger y cuidar al equipo que acude. También el equipo de intervención debe empatizar con las dificultades del Centro Coordinador.

Los intervinientes, los equipos y las organizaciones deben promover una cultura del cuidado, y cuidarse unos a otros, incluidos los aspectos psicológicos y las emociones.

Tras dar la operatividad, los intervinientes comenzarán un nuevo ciclo volviendo de nuevo a la primera fase, alerta.

Repitiéndose todo de forma parecida tantas veces como sean las que se les active.

### AL FINALIZAR LA GUARDIA.

Terminada la guardia mientras se quitan el uniforme, se asean, se visten y se despiden de su equipo, deben entender varias cosas:

- Que el nivel de activación por los estresores vividos durante toda la guardia comenzarán a descender paulatinamente.
- Que necesitan tiempo para asimilar todo lo que han vivido, en esos momentos y en los días sucesivos, debiendo tener también estrategias para proteger su salud física, mental y social.
- Que su trabajo es parte de su vida, pero que no deben hacer suyas las situaciones que vivencien en ellas, pues son la vida de otros.
- Que su trabajo debe finalizar cuando finaliza la jornada y cierran su taquilla, comenzando en ese momento su vida privada la cual no deben descuidar.
- Que si la faceta laboral o la vida privada invade una el espacio de la otra, afectándola negativamente, tienen un problema.

## CONCLUSIONES

Generalmente hay una mayor concienciación por parte de todos los intervinientes y sus organizaciones de la posible afectación tras participar en grandes emergencias o intervenciones espectaculares, siendo más permisivos y tolerantes con la expresión del malestar o las reacciones que provocan.

Sin embargo existe una menor concienciación de la posible afectación como consecuencia de participar en la urgencia habitual, cotidiana y mantenida en el tiempo; intervenciones aparentemente menos llamativas pero que también pueden provocar una afectación tan importante como en aquellas, siendo frecuente que no se valore el impacto, normalizándolas.

En ocasiones es el mismo colectivo (Compañeros) quienes pueden censurar cualquier expresión de afectación, e incluso darse el caso de que quien lo haga con más inquina (Motes, burlas, mofas) paradójicamente pueda haberlo sufrido o lo padezca tanto o más que quienes lo manifiestan.

Deben erradicarse estos comportamientos tanto del medio extrahospitalario como de la sociedad; reprochar a quien etiquete ("Es una histérica" o "es un depresivo") y brindar ayuda.

Los intervinientes, los equipos y las organizaciones deben promover una cultura del cuidado, y cuidarse unos a otros, incluidos los aspectos psicológicos y emocionales y romper pactos de silencio que a todos atenaza y hace sufrir por igual.

Conocer los distintos estresores y situaciones estresantes permitirá integrarlos, y entender las emergencias de forma global; pues como se ha indicado en otros artículos, es necesario:

1. Saber quiénes son y cómo están quienes conforman las emergencias extrahospitalarias:

### **¿Por qué se necesita incorporar la Psicología a la Emergencia Extrahospitalaria?**

[http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2019/numero18vol2\\_2019\\_incorporar\\_PE\\_extrahosp.pdf](http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2019/numero18vol2_2019_incorporar_PE_extrahosp.pdf)

2. Evaluar y apoyar a los intervinientes de forma periódica con un recurso de psicología al que poder acudir:

### **Gabinetes de atención psicológica sistémica para personal de emergencias extrahospitalarias**

[http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2020/numero19vol1\\_2020\\_gabinetes\\_atencion\\_psic.pdf](http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2020/numero19vol1_2020_gabinetes_atencion_psic.pdf)

3. Integrar la psicología en las emergencias extrahospitalarias:

### **Psicología en emergencias extrahospitalarias Estrategia de intervención y factores que influyen en ella.**

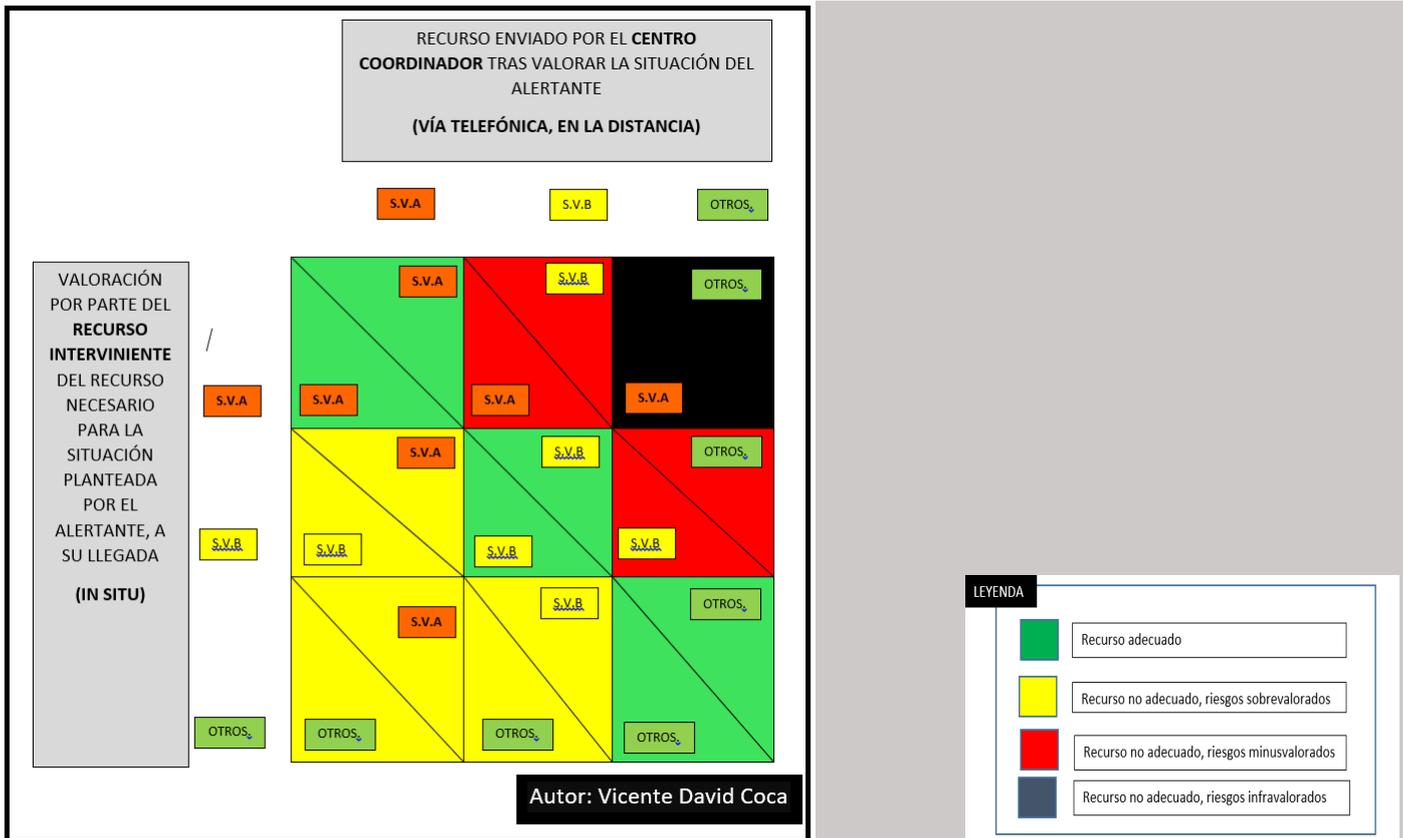
[https://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2021/numero20vol1\\_2021\\_Psicolog\\_emergencias\\_extrahosp.pdf](https://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2021/numero20vol1_2021_Psicolog_emergencias_extrahosp.pdf)

4. Conocer el impacto de sus intervenciones, por ejemplo, tras sucesos de gran magnitud como ha sido la pandemia de COVID-19:

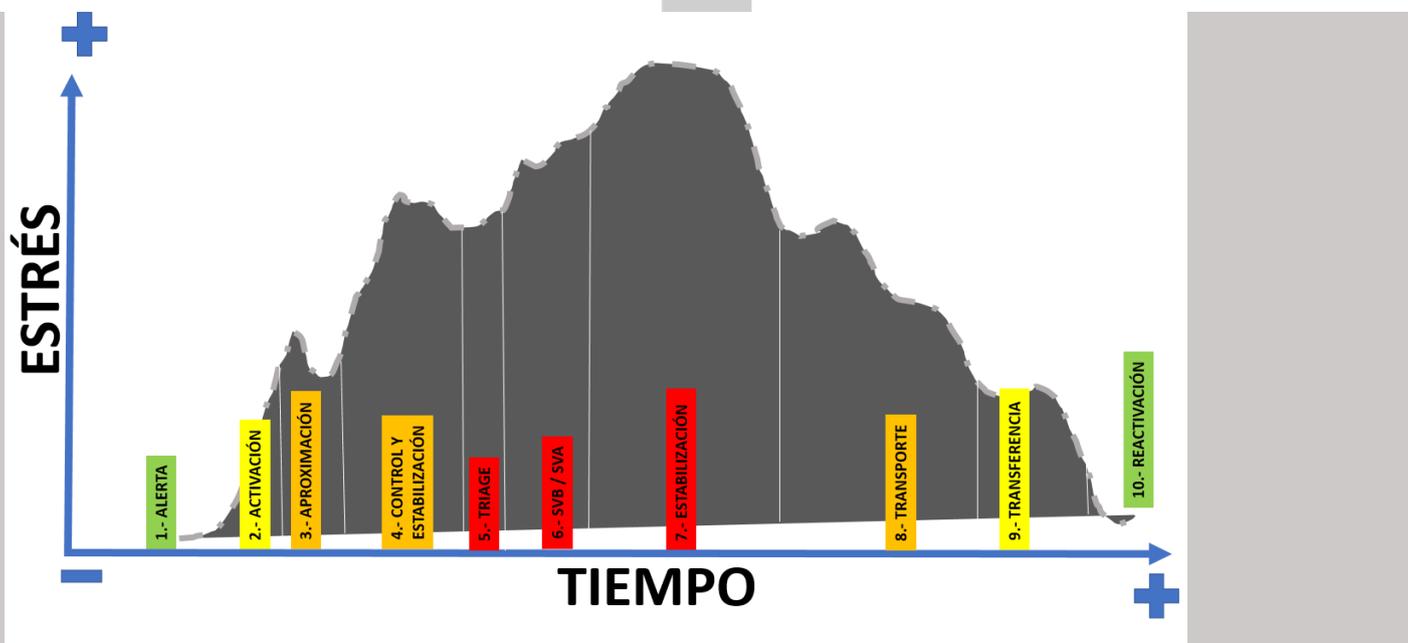
### **Resultados y conclusiones encuesta 2020 psicología en emergencias extrahospitalarias ©**

[https://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2021/numero20vol2\\_2021\\_Resultados\\_conclusiones.pdf](https://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2021/numero20vol2_2021_Resultados_conclusiones.pdf)

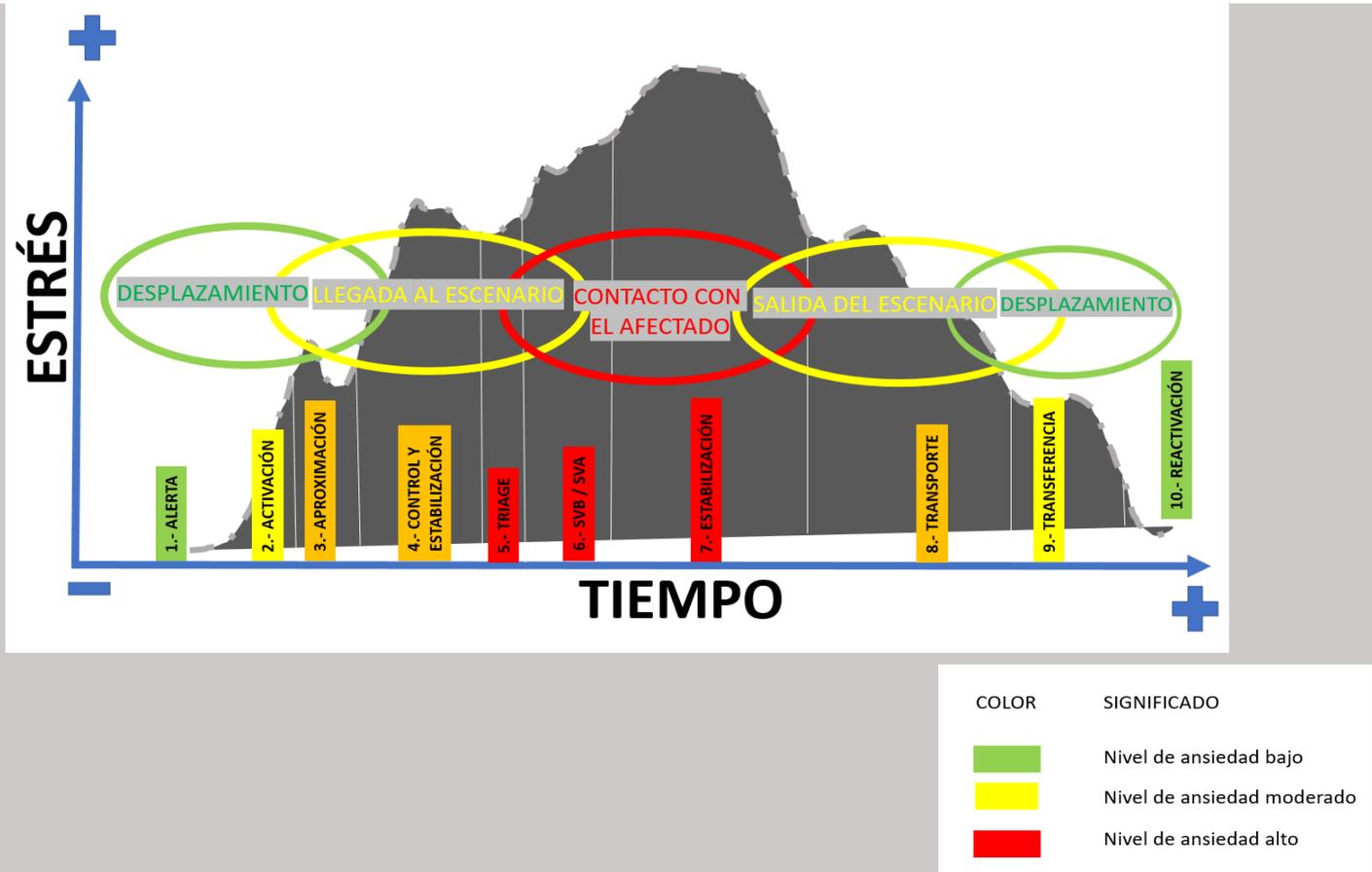
- Figura 1 - Problemas en la adecuación de los recursos a las intervenciones



- Figura 2 - Representación esquemática de los niveles de estrés a lo largo de las 10 etapas que conforman una intervención sanitaria



- Figura 3 - Representación esquemática de los niveles de estrés en los tres momentos principales de la intervención: Desplazamiento, Escenario y Contacto con el afectado.



- Figura 4 - Mapa de riesgos en donde se encuentran ubicados los principales estresores y situaciones estresantes

