

Spanish Translations of Selected Abstracts from Volume 20, Number 1

Translations by Graciela Zapata

Situación Actual de los Programas de Cooperación Internacionales de Medicina de Emergencia en Estados Unidos

Gregory H. Bledsoe, MD, MPH; Chayan C. Dey, MD, MPH; Christopher Kabrhel, MD; Michael J. VanRooyen MD, MPH

Palabras Clave: medicina de emergencia; urgenciólogos; programa de cooperación; internacional; salud pública

Abreviaturas:

EP = Urgenciólogos
EM = Medicina de emergencia
IEM = Medicina de emergencia internacional
MPH = Maestros en Salud Pública
SEAM = Sociedad Académica de Medicina de Emergencia

Resumen

Objetivo: Un panel de urgenciólogos con experiencia en salud internacional, ha publicado un curriculum recomendado para un programa de cooperación formal en Medicina de Emergencia Internacional. Este artículo revisa los programas de cooperación disponibles de Medicina de Emergencia Internacional (IEM) para urgenciólogos en residencia en Estados Unidos.

Métodos: Cada programa de residencia en Medicina de Emergencia (EM) alópata en los Estados Unidos fue contactado vía telefónica o e-mail. Se pidió información detallada a los que reportaron tener un programa de cooperación en IEM, la cual incluía: (1) cuantos años se ha ofrecido el programa; (2) la duración del programa; (3) el número de becarios aceptados cada año; (4) el número de graduados en cada programa y sus patrones actuales de práctica; (5) como de fundo el programa; y (6) si se ofrece una Maestría en Salud Pública (MPH).

Resultados: Los 127 programas de residencia en EM alópata respondieron. Ocho (6.8%) de los programas ofrecían programad fr cooperación en IEM. De un total de 29 graduados identificados, 23 (79.3%) trabajan en medicina académica. Todos los programas ofrecen un entrenamiento formal en salud pública y se financian mediante una combinación de cuotas clínicas, fondos para proyectos específicos y becas. Todos los programas en IEM, describieron un curriculum que reflejaba las recomendaciones antes publicadas.

Conclusiones: Las oportunidades de un entrenamiento formal en salud internacional están aumentando para los graduados de las residencias de EM en los Estados Unidos. El curriculum propuesto para los programas de cooperación en IEM esta siendo utilizado y parece que los graduados de los programas en IEM, están aplicando su entrenamiento en proyectos internacionales, aunque no hay forma de verificar esto ultimo con seguridad.

Bledsoe GH, Dey CC, Kabrhel C, VanRooyen MJ: Situación Actual de los Programas de Cooperación Internacionales de Medicina de Emergencia en Estados Unidos. *Prehosp Disast Med* 2005;(20)1:46-49.

Desarrollo e Implementación Exitosa de un Programa de Entrenamiento Táctico de Técnico en Urgencias Medicas para los Agentes Federales de Estados Unidos

Teriggi J. Ciccone, MD; Phillip D. Anderson, MD; Chon A.D. Gann, LPN, EMT-T, IDM; J. Michael Riley, EMT-P; Michael Maxwell, EMT-P; Robert Hopkins, EMT-P; Gregory Ciottone, MD

Este manuscrito fue presentado en la Sociedad de Medicina de Emergencia Academica, en la Conferencia Regional de Investigación de Nueva Inglaterra en Shrewsbury, Massachusetts EUA, en abril del 2003.

Palabras Clave: Agencia Antinarcóticos (DEA); entrenamiento de técnico en urgencias médicas; servicios médicos de emergencia tácticos; técnicos en urgencias medicas tácticos; medicina de emergencia táctica; fuerza policíaca táctica; operaciones especiales tácticas.

Abreviaturas:

BLS = Soporte Básico de Vida
CCRC = Centro de Investigación de Atención a Víctimas
CONTOMS = Soporte Medico en Operaciones Tácticas Contra Narcóticos
DEA = Agencia Antinarcóticos
SME = Sistema medico de emergencias
TUM = Técnico en Urgencias Médicas
SAEMT = Agente Especial Técnico en Urgencias Médicas
SWAT = armas especiales y táctica
TEMS = Soporte medico de emergencia táctico
USUHS = Universidad de Ciencias de la Salud de los Servicios Uniformados

Resumen

Introducción: La creciente necesidad de operaciones tácticas en las fuerzas policíacas frecuentemente pone en riesgo al personal involucrado. En muchas ocasiones las operaciones tácticas se realizan en ambientes donde el acceso a la atención de emergencia es limitado. Con la expansión de la guerra contra el terrorismo, las operaciones especiales que involucran a agentes federales de los Estados Unidos se están desarrollando en todo el mundo.

Actualmente existen muy pocos proveedores en los servicios médicos de emergencia (SME) con entrenamiento en medicina táctica para hacerse cargo de estas misiones de alto riesgo. Los alumnos en los programas existentes deben tener experiencia previa en el SME, y son seleccionados de una amplia gama de ambientes profesionales. El objetivo de este estudio, es examinar el curriculum de entrenamiento de los Agentes Especiales Técnicos en Urgencias Medicas (SAEMT), desarrollado específicamente para los agentes especiales federales con experiencia previa en operaciones tácticas pero sin entrenamiento médico previo.

Métodos: Se hizo un análisis del Programa de SAEMT desarrolla-

do para los agentes federales de la Agencia Antinarcoóticos (DEA) en Quantico, Virginia entre julio del 2000 y abril del 2002. El curriculum de SAEMT brinda a los agentes 181.5 horas de entrenamiento en temas de emergencias tácticas, incluyendo la planeación de misiones médicas, logística, operaciones, evacuación y manejo de armas. Además, el SAEMT incluye el entrenamiento como

Técnico en Urgencias Medicas (TUM). Todos los participantes fueron agentes de la DEA sin entrenamiento medico previo. Al término del entrenamiento, todos los participantes realizaron el examen Nacional de Certificación de TUM Básico. Los parámetros de medición incluyeron el promedio de graduados y el desempeño en el examen de certificación.

Resultados: Noventa y cinco agentes fueron reclutados y terminaron exitosamente el curso de SAEMT entre julio del 2000 y abril del 2002. De los agentes reclutados, 84 (88%) pasaron la Certificación Nacional de TUM Básico en los primeros dos intentos.

Conclusiones: El Programa de SAEMT brinda entrenamiento medico básico para emergencias a los agentes especiales federales sin experiencia medica previa. El diseño de este programa provee un modelo útil para atender la creciente demanda de personal medico de emergencias táctico.

Ciccone TJ, Anderson PD, Gann CAD, Riley JM, Maxwell M, Hopkins R, Cittone G: Desarrollo e implementacion exitosa de un programa de entrenamiento tactico de tecnico en urgencias medicas para los agentes federales de estados unidos. *Prehosp Disast Med* 2005;20(1): 50–53.

El Sistema de Comando de Incidentes en Desastres: Métodos de Evaluación para Ejercicios en Hospitales

Tamara L. Thomas, MD; Edbert B. Hsu, MD, MPH; Hong K. Kim, MPH; Sara Colli, EMT; Guillermo Arana, MD; Gary B. Green MD, MPH

Este trabajo fue patrocinado por el programa de fondeo de Emergency International, Inc.

Resumen

Objetivos: No existen actualmente, métodos aceptados para la evaluación objetiva del funcionamiento del Sistema de Comando de Incidentes (ICS) en ejercicios o simulacros de desastres. Hemos desarrollado métodos de evaluación para simulacros de desastre y realizado pruebas piloto con ellos.

Métodos: Se creo una lista variable de las funciones del Sistema de Comando de Incidentes (ICS) y se desarrollaron cuatro métodos distintos de evaluación (cuantitativos y cualitativos) los cuales fueron prospectivamente probados durante un ejercicio. El retraso en las interacciones claves entre los proveedores y las víctimas fueron medidos mediante un sistema de recolección de datos, usando instrumentos para los participantes y otros con observadores.

Dos diferentes encuestas post ejercicio (oficiales y otra para participantes) evaluaron el conocimiento y percepción de los roles asignados, de la organización y de las comunicaciones. Fue empleada la observación directa por observadores entrenados, así como una sesión estructurada de desahogo (debriefing).

Resultados: 45 voluntarios participaron en el ejercicio con 20 víctimas simuladas. Los tiempos de atención para la primera, media y la última víctima (desde el inicio del ejercicio) fueron 2.1, 4.0 y 9.3 min. hasta el triage y 5.2, 11.9 y 22.0 min. Hasta la evacuación de la

escena respectivamente. Los tiempos hasta el tratamiento definitivo fueron de 6.0, 14.5, y 25.0 min. El tiempo promedio para el triage (clasificación) en las zonas I (entrada más próxima), II (intermedia) y III (zona cero) fueron 2.9 (2.0–4.0), 4.1 (3.0–5.0) y 5.2 (3.0–9.0) minutos, respectivamente. Las víctimas con el mínimo nivel de daño (Verdes) tuvieron tiempos más cortos, para triage (3.5 min.), evacuación (4.0 min.) y tratamiento (10.0 min.) mientras que los de mayor gravedad (Rojos) tuvieron los tiempos más largos en todas las mediciones. Problemas específicos en áreas del Comando de Incidentes fueron identificadas mediante las evaluaciones post ejercicio, la observación directa y la sesión de desahogo (debriefing).

Conclusiones: Una evaluación estructurada, objetiva y cuantitativa del funcionamiento del ICS, puede identificar las deficiencias para esfuerzos de mejoramiento posteriores.

Thomas TL, Hsu EB, Kim HK, Colli S, Arana G, Green GB: El Sistema de Comando de Incidentes en Desastres: Métodos de Evaluación para Ejercicios en Hospitales. *Prehosp Disast Med* 2005;20(1):14–23.

Preparativos Para Un Brote SARS: La Experiencia Del Hospital Alexandra

Francis Chun Yue Lee, FRCSEd (A&E), FAMS; Wei Keong Wee, MBBS(Singapore), MBA; Azman Johan, MRCP(UK), FCCP, FAMS

Resumen

El Hospital Alexandra (AH), fue uno de los hospitales públicos de Singapur que respondieron a la crisis de SARS. Siendo el único hospital publico que permaneció “libre de SARS”, con ningún caso documentado de contagio intra-institucional de la enfermedad, el AH tuvo que lidiar con el aumento en el número de pacientes y visitantes al hospital. Siendo el hospital más viejo, con un diseño abierto tradicional y sin facilidades adecuadas para el aislamiento de pacientes, se tuvieron que tomar medidas estrictas de control para reducir el riesgo de un brote de SARS. Estrictas medidas de control de infecciones, monitoreo y triage, procedimientos clínicos y políticas administrativas, fueron factores determinantes, para mantener el balance entre la necesidad de llevar a cabo las operaciones de rutina, mientras se combatía el SARS. El manejo del personal y la gente fueron cruciales para mantener al personal del AH saludable, con la moral alta y con confianza, durante este periodo difícil.

Lee FCY, Wee WK, Johan A: Preparativos Para Un Brote SARS: La Experiencia Del Hospital. *Prehosp Disast Med* 2005; 20(1):24–31.

Indicadores de ajuste emocional después de una lesión traumática: Recursos personales, sociales y materiales

Matthew J. Cordova, Robyn Walser, Janet Neff, Josef I. Ruzek

Resumen

Introducción: La identificación de los factores que influyen al ajuste emocional después de una lesión, pueden formar parte del diseño de los procedimientos de evaluación y tratamiento en medicina de emergencias, y sugerir metas de temprana intervención, para prevenir secuelas posteriores. Los recursos personales, sociales y materiales, pueden ser factores particularmente influyentes y requerir una mayor evaluación.

Hipótesis: Se predijo que una gran negación de la experiencia, una gran rechazo social a discutir la experiencia traumática, y la gran pérdida de recursos materiales pueden estar asociados a un mayor número de síntomas de depresión y estrés post-traumático después de una lesión de trauma.

Métodos: Participantes (n = 47) con una media de 7.44 meses post-lesión, completaron una entrevista telefónica, que incluía características socio-demográficas, la conservación de los recursos, limitaciones sociales, aceptación y compromiso, y síntomas de Desorden por Estrés Post-traumático (PTSD) y depresión. Las hipótesis fueron probadas vía análisis de regresión multivariable.

Resultados: Solo grandes limitaciones sociales fueron predictivas para una gran sintomatología de PTSD. Altos niveles de negación de la experiencia, limitaciones sociales, y pérdida de recursos materiales fueron asociados con gran depresión.

Conclusión: La evaluación del estilo personal de hacer frente a las situaciones, la receptividad de la red social, y la pérdida potencial de recursos materiales, después de una lesión traumática, pueden facilitar la identificación de individuos en riesgo de una pobre adaptación post-lesión. Las intervenciones psicosociales dirigidas a estos individuos pueden ser particularmente prometedoras.

Cordova M, Walser R, Neff J, Ruzek JI: Indicadores de ajuste emocional después de una lesión traumática: Recursos personales, sociales y materiales. *Prehosp Disast Med* 2005;20(1):7-13.

Efectos de la Inmovilización Espinal Prehospitalaria: Una Revisión Sistemática en Experimentos al Azar en Sujetos Saludables

Irene Kwan, Frances Bunn

Resumen

Objetivo: Evaluar los efectos de la inmovilización espinal en participantes sanos.

Metodos: Una revisión sistemática en experimentos de inmovilización espinal, al azar, controlados en participantes sanos.

Resultados: Diecisiete experimentos compararon diferentes tipos de equipo de inmovilización, incluyendo, collarines, camillas, férulas y sujetadores. Para eficacia en la inmovilización, los collarines, la camilla rígida, las férulas de vacío y los sujetadores torso/abdominales dieron una significativa reducción en el movimiento espinal. Efectos adversos en la inmovilización espinal incluyeron, un aumento significativo en el esfuerzo respiratorio, presencia de isquemia en la piel, dolor e incomodidad.

Conclusiones: La información de esta investigación provee la mejor evidencia disponible para soportar la bien conocida eficacia y los efectos adversos de la inmovilización espinal. Sin embargo, la comparación de diversas estrategias de inmovilización debe ser considerada, con el fin de establecer evidencia basada en la práctica.

Kwan I, Bunn F: Efectos de la inmovilización espinal prehospitalaria: una revisión sistemática en experimentos al azar en sujetos saludables. *Prehosp Disast Med* 2005;20(1):39-45.