

XVI Jornadas Nacionales de Sanitarios de Bomberos

Donostia – San Sebastián

9 y 10 de Noviembre 2.006

MESA DE PONENCIA

Actuaciones sanitarias en situaciones de catástrofe

PONENCIA

Patologías imprevistas

Ponente:

Manel Tomás Gimeno

Enfermero del Servicio Sanitario Bomberos (S.P.E.I.S) Barcelona

INTRODUCCIÓN

La organización de las XVI Jornadas Nacionales de Sanitarios de Bomberos de España me invitó a exponer una serie de cuestiones mejorables en lo asistencial que, en mi opinión, se van repitiendo dentro del ámbito de la cooperación internacional en catástrofes.

Esta invitación responde al hecho de mi aportación profesional en las diferentes catástrofes en las que he colaborado directamente como enfermero.

Concretamente, basaré la exposición en algunas situaciones asistenciales vividas en algunas de las colaboraciones en las que asistí como cooperante desplazado sobre el terreno, de ahí el nombre de la ponencia “ Patologías Imprevistas “, con lo que, de entrada, queda claro que, a pesar de la supuesta exhaustiva planificación y buenas intenciones de las entidades organizadoras, siguen desatendidos aspectos de salud, especialmente los de carácter grave, que podrían haber sido previstos con una mayor información y con una menor rigidez en los protocolos de actuación vigentes así como en el material catalogado.

El resultado es que siguen habiendo patologías que, por imprevisión, no son correctamente tratadas, incidiendo directamente en la morbi – mortalidad de las víctimas.

Por su valor y lecciones aprendidas he seleccionado los hechos basados en la recogida de datos que realicé y la experiencia en:

- Terremoto de Turquía (1.999)
- Terremoto de Bujahrat – India (2.001)
- Tsunami Diciembre 2.004 – Enero 2.005
- Huracán Gamma – Honduras (2.005)

Esta ponencia no pretende ser una enumeración de hechos, actuaciones, asistencias y anécdotas en situaciones de catástrofe.

De ninguna manera es un resumen de nuestras virtudes y profesionalidad, ni de la supuesta heroicidad mediática de los cooperantes, huyendo también de las falsas modestias.

Tampoco desarrollaré una visión estadística de las asistencias realizadas y de la epidemiología de cada zona y situación, más bien al contrario, lo que intentaré exponer es una breve puesta en común de los puntos débiles que, en todas estas diferentes catástrofes, he podido objetivar y que, por desgracia, de diferentes maneras se han ido repitiendo.

Uno de los temas más importantes para su análisis es la singularidad y, a la vez, variedad de circunstancias que me permitieron asistir y participar en las diferentes catástrofes, no habiendo una línea común en los criterios aplicados para la selección del personal, ni en las entidades organizadoras, ni en los perfiles profesionales y personales.

Es cierto que mi condición de enfermero de bomberos me ha allanado el camino previo y que ha sido una excelente carta de presentación para poder acceder a los foros organizativos, en lo que respecta a organizaciones e instituciones que coordinaron las diferentes misiones.

A modo de resumen, mencionaré las entidades organizadoras y las singularidades del acceso participativo en cada una de las catástrofes expuestas:

- Terremoto Turquía.- Misión organizada por A.E.C.I (Agencia Española de Cooperación Internacional – Ministerio de Asuntos Exteriores). Participación directa de Bomberos Barcelona, conjuntamente con Bomberos Generalitat de Catalunya y los grupos caninos de Getafe, Martorelles, Asturias y Valle de Arán.
- Terremoto Bujahrat – India.- Expedición del grupo canino de protección Civil de Sant Boi de Llobregat (Cataluña), del cual formaba parte, bajo petición de la Embajada India en España, con el consentimiento del Ministerio de Asuntos Exteriores de España.
- Tsunami.- Expedición organizada por AECL, con participación de SUMMA 112, SAMUR y SEMECA (Sociedad Española de Medicina de Catástrofes) de la que actualmente formo parte.

- Huracán Gamma – Honduras.- Participación accidental por estar presente durante la catástrofe mientras realizaba un trabajo de identificación de proyectos y marco lógico como responsable del Área de Cooperación del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, bajo petición de la ONG “Acción Solidaria y Logista”, entidad ésta que desde hace años tiene presencia en diversos proyectos de desarrollo en la zona.

En todas estas actuaciones hay un tema fundamental en la selección concreta de mi persona, que es la de pertenecer activamente a un Cuerpo de Bomberos, por lo que, en este punto quisiera remarcar que: aunque los sanitarios que desarrollamos nuestra actividad profesional en Cuerpos de Bomberos no somos totalmente conscientes, del hecho, el prestigio que siguen teniendo nuestros Servicios tienen un gran peso específico, tanto en lo profesional como, incluso, en lo personal.

OBJETIVOS

Mediante la exposición de experiencias vividas como sanitario cooperante, pretendo desarrollar y analizar los errores de planificación y de asistencia que siguen repitiéndose dentro del ámbito de la ayuda humanitaria, circunscribiendo siempre los contenidos a los aspectos sanitarios, tanto en la asistencia de carácter urgente, como en los factores que la pueden alterar, siguiendo criterios de eficiencia – eficacia, y también valorando la interacción social que pueden acarrear, aunque en el momento de la asistencia no seamos plenamente conocedores de ello.

El objetivo último es el de no dar por presupuestos axiomas profesionales que pudieran ser válidos en nuestra sociedad, pero que en otros sistemas son de difícil aplicación. Debemos considerar, pero nunca limitarnos, a clichés pre – establecidos en los ámbitos de salud, considerando una virtud y una característica la amplitud de miras y de capacidad para afrontar diversas situaciones no previstas utilizando las herramientas disponibles y haciendo uso de nuestras capacidades de improvisación, hecho este muy improbable en nuestro entorno laboral habitual, pero muy importante en la resolución exitosa de situaciones con riesgo vital como cooperantes desplazados.

DESARROLLO

Una tendencia habitual cuando somos activados para una catástrofe es la de presuponer, no siempre acertadamente, las patologías con las que nos encontraremos en los lugares del desastre, por ejemplo:

- Catástrofes por riadas – inundaciones - avenidas (es la mayor causa de muertes anuales por catástrofes naturales en nuestro país), o huracanes. Se suele presuponer que una parte importante de afectados lo serán por ahogamiento, cuando la realidad nos demuestra que los problemas nos los dan principalmente los traumatismos, las hipotermias y las epidemias. A nuestra llegada ya no existen ahogados, en todo caso existirán los pacientes con problemas de semi – ahogamientos.
- Si la causa es la erupción de un volcán, la supuesta lógica nos indica que las lesiones serán consecuencia de quemaduras y traumatismos.

La presencia de traumatismos es real y muy frecuente, pero con respecto a las lesiones por calor hay que ser muy pragmático en dos aspectos, ya que:

- Por las altas temperaturas del magma y la lava, no habrán quemados, habrán muertos.
- Cuando lleguemos al lugar de la catástrofe habrá pasado un gran espacio de tiempo, con lo que la mayoría de casos graves habrán fallecido o serán inviábiles.

En este apartado quisiera plantear un hecho, que a la vez es un reconocimiento a la capacidad organizativa y a la historia.

El sistema de respuesta francés ante catástrofes es uno de los justamente mejor considerados y reconocidos a nivel mundial.

El éxito de sus resultados reales no se basa tanto en la mayor profesionalidad de sus componentes o en sus mejores materiales, sino en la gran experiencia, historia y participación en todas las catástrofes recientes, a nivel internacional (cuanta mayor y más frecuente sea la participación, mayor es el entrenamiento, o si se desea, la implementación de las sistemáticas de actuación).

Por otro lado, es justo reconocer el esfuerzo organizativo y logístico que supone la infraestructura existente permanentemente en Francia, la cual permite la activación real y operativa de diversos grupos, repartidos en sedes departamentales, en un muy breve espacio de tiempo. Hecho éste que con el concurso de la Fuerza Aérea francesa, permite el desplazamiento de unidades completamente equipadas y autónomas en pocas horas tras las catástrofes. Ésta es una de las razones de los éxitos asistenciales de Francia, tanto en rescate como en asistencia sanitaria (número de supervivientes).

Para ello hace falta una legislación acorde y potenciadora, una dotación económica suficiente y una voluntad política firme, racional y continuada, independientemente de las alternancias democráticas en el poder.

Con respecto a las erupciones volcánicas, hay circunstancias concretas y peculiares que hacen variar algunas de las causas de mortalidad.

Es el caso de la erupción del volcán El Nevado del Ruiz, en donde, producto de la erupción, se desplazaron ingentes cantidades de hielo fundido y de fangos de la cima – cráter y las laderas, con lo que quedaron sepultadas grandes superficies de terrenos vecinos, algunos de los cuales estaban habitados. El resultado fue que, en los primeros días, hubo un importante número de supervivientes con graves problemas intestinales por ingesta accidental de fangos. La realidad fue que los equipos sanitarios de cooperación internacional estaban suficientemente equipados y preparados para atender a pacientes traumáticos, pero no así para realizar intervenciones gastro – intestinales sobre el terreno (fundamentalmente oclusiones).

En todo caso y en general, la principal afectación en la población por erupciones volcánicas es consecuencia del polvo y humos que se generan, manifestándose en problemas respiratorios.

Como casi siempre los grupos poblacionales más afectados y débiles lo constituyen los ancianos y niños.

- Terremotos.

La patología traumática es la estrella, pero aún así hay complicaciones para las cuáles no todos los equipos sanitarios cooperantes están debidamente formados, actualizados y equipados. Concretamente me refiero a los Síndromes por Aplastamiento.

Con la red asistencial existente en nuestro medio y la tecnología médica disponible, las normas asistenciales son unas y muy claras, pero en estos otros países, con recursos diferentes y, en ocasiones, formación diferente, nuestras actitudes asistenciales colaborativas son, y deben ser, otras. Siempre debemos considerar que los recursos hospitalarios locales, su capacidad de absorción de pacientes y sus medios tecnológicos, además de ser diferentes a lo que para nosotros sería la normalidad, están también afectados o destruidos por los efectos del terremoto, con lo que nuestros protocolos se deben adaptar a unos periodos de tiempo mucho más prolongados y estabilizadores de lo que para nosotros es lo habitual. La estabilización del paciente pasa a ser aún mucho más importante, así como su seguimiento y control sobre el terreno. Debemos desarrollar nuevas pautas y tratamientos que garanticen la viabilidad de los lesionados.

- Tsunami

Patologías previsibles, entre otras: traumatología, ahogamientos, problemas respiratorios.

Efectivamente, cuando nos activaron para desplazarnos a la zona afectada, mayoritariamente pensamos en las patologías traumáticas como las más probables, así como la población infantil y la neonatal como las más afectadas.

Poco que ver con la realidad.

Nos situaron en la ciudad de Banda Aceh, al norte de la isla de Sumatra (Indonesia), a unos 80 km. lineales del epicentro del terremoto subacuático.

En nuestro grupo habían neonatólogos, pediatras, enfermería especialista en pediatría, e incluso una doctora anesthesióloga jefa de servicio de un hospital de tercer nivel. De poco sirvieron (en comparación a su potencial de eficiencia).

La razón: no quedaban muchos niños ni ancianos. Les pregunté a nuestros traductores. ¿Dónde están los niños y los ancianos?. La respuesta fue lacónica: se los llevó la ola. (Recordatorio: Tsunami significa "ola en el puerto"). El problema no es tan

sólo la “ola” – de unos 50 metros de altura según los testimonios locales, sino las sucesivas oleadas y consiguientes resacas). Los que no pudieron correr lo suficiente, o no tenían fuerza para agarrarse a estructuras, fueron arrastrados mar adentro, es decir, niños, embarazadas y ancianos.

Las patologías derivadas de este hecho en el resto de la población, y no prevista, las detallaré más adelante.

Hasta aquí, una breve recopilación de logismos que, sobre el terreno se demuestran incorrectos, pero yendo a situaciones concretas, a continuación relaciono las patologías más inesperadas, experiencia a parte.

Tétanos:

Lugar, Banda Aceh. (Sumatra – Indonesia)

Casos presenciados 40 – 50.

Causa, ausencia de vacunación antitetánica en la población.

Patología prácticamente inexistente en nuestro entorno. Concretamente, yo no había presenciado ningún caso en mis más de 24 años de profesión.

Problemas.- Tratamiento paliativo a base de dopaje (sedación por analgesia) – ¡¡ que no sufran más ¡¡.

No disponíamos de protocolos ante estas patologías, ni de medicación. No llevábamos ni gammaglobulinas antitetánicas. (Otro gran problema es el de garantizar las líneas de frío)

Problemas en el equipo:

- Sensación de impotencia
- Planteamiento megadosis antibióticos como opción, pero certeza de no seguimiento del tratamiento en hospitales locales por ausencia de medios y de personal (desaparecidos).
- Frase de oro.- “en nuestra casa esto no pasaría”

Esta circunstancia y el elevado número de casos atendidos, o mejor dicho, presenciados, larvaron un conflicto grupal importante, potenciado por las condiciones de discomfort , estrés y cansancio acumulados.

Tríada

Lo que a continuación expongo es una situación que se ha repetido en mi experiencia como asistencial – cooperante en catástrofes y para la que no hay muchos protocolos adaptados que lo contemplan.

La mayoría de asistencias sanitarias, en especial a partir del cuarto o quinto día, se basa en consultas por patologías aparentemente menores. Dentro de ellas hay una tríada sintomatológica que frecuentemente está presente, la cual es: gastralgia – pirosis; insomnio; cefalea sin focalidades.

A veces se suelen tratar por separado, pero en una visión global encaja en un cuadro depresivo manifiesto.

No es de extrañar, ya que está más que justificado por las circunstancias por las que ha pasado la población (pérdida de familiares, proceso del duelo, pérdida de patrimonio, incerteza del futuro, temor o pánico a la repetición de la misma situación, etc.).

Lo que es paradójico es que siendo una situación lógica, previsible y muy frecuente, aún hoy en día, no se disponga de fármacos adecuados y adaptados en los kits de emergencia ante catástrofes, ni de protocolos convenientemente divulgados para afrontar estas situaciones.

Un factor que complica la aplicación de tratamientos es la virginidad farmacéutica de las poblaciones de países subdesarrollados o en vías de desarrollo, con lo cual la elección de los fármacos adecuados y su dosis es complicado. Como ejemplo diré que un simple paracetamol, AAS o dipirona tiene efectos inmediatos casi de carácter mágico si lo comparamos con nuestras poblaciones de referencia.

Otro problema es el seguimiento del tratamiento cuando nosotros desaparezcamos del escenario. Es por ello que esta cuestión es muy delicada ya que confluyen temas de salud, temas deontológicos, culturales y sociales.

Recomendación: pasar visita o efectuar la asistencia, siempre con la presencia de sanitarios locales, intercambiando opiniones y potenciando su papel local.

La cooperación internacional aporta ayuda gratuita y universal, independientemente de razas, sexos, clases sociales y religiones. Pero las organizaciones sociales locales (historia, economía, clasismo, etc.) conlleva asistencia sanitaria igual a cobro económico, aunque sea testimonial (lo menos frecuente). Nuevamente debemos plantearnos el qué sucederá cuando marchemos de la zona.

De la misma manera alteramos, no siempre positivamente en la estructura, prestigio y mediatización de los profesionales sanitarios locales, ya que nosotros introducimos nuevos fármacos, muchos de ellos desconocidos, nuevas dosis, nuevos protocolos y nuevos materiales y técnicas. En ocasiones conllevan un seguimiento que, ni los países, ni los profesionales pueden mantener o garantizar.

Otorrinolaringología

Esta especialidad no tiene una suficiente implantación dentro de nuestros de emergencias. En cambio sí que suponen una parte importante de la asistencia en cualquier situación de catástrofe, tanto en patologías agudas como en patologías potencialmente crónicas. En este aspecto debemos mejorar nuestra formación y la dotación de materiales, equipos y medicación.

Oftalmología

Caso idéntico al de otorrinolaringología, pero con mayor importancia ya que limita de manera muy superior la autonomía del paciente.

Dermatología

Recordando lo que exponía en párrafos anteriores, a partir del cuarto o quinto día, la mayoría de asistencias son de carácter leve. Las patologías dermatológicas son muy abundantes en cualquier situación de catástrofe, tanto como consecuencia de la misma, como por ser patologías endémicas. A esto se añaden las condiciones de higiene de la población afectada (tiña, sarna, etc.).

La formación generalista de tipo médico suele ser bastante deficitaria, lo cuál aún se acusa más dentro del colectivo de enfermería.

Unos casos peculiares los vivimos durante el tsunami. Nada más lejos de nuestra imaginación que considerar y equiparnos con fármacos indicados para quemaduras. Bien, realizamos múltiples asistencias por abrasiones dérmicas (rozamiento sobre superficie de arena), así como accidentes “domésticos” por llama o calor, que requerían del tratamiento tópico de elección, es decir de aplicación de Sulfadiazina Argéntica. Puedo asegurar que, por una casualidad, y por la aportación individual de algunos de los cooperantes, conseguimos reunir 4 unidades del producto, el cual se erigió en una de las joyas farmacológicas de nuestra farmacopea.

Malnutrición

En este punto se dan contradicciones ya que en nuestros equipos disponibles suelen haber productos para la rehidratación y nutrición parenteral, pero no así para casos de la misma causa menos graves pero mucho más extendidos entre la población.

Nuevamente nuestra formación de base no es lo suficientemente adecuada como para poder estabilizar o tratar a este tipo de pacientes, catalogados como menos graves, pero que si no son tratados pueden convertirse en casos graves, tanto por su propia degeneración como por las complicaciones.

Patologías crónicas

Como ya he expuesto anteriormente, estamos potencialmente preparados para la asistencia de cuadros agudos o de cuadros graves, pero no así para casos crónicos.

Como consecuencia de cualquier catástrofe los sistemas sanitarios locales (suministros, fármacos, hospitales, dispensarios), han quedado destruidos o gravemente afectados, con lo que quedan desatendidas muchas patologías de carácter crónico.

No solemos disponer de stoks que garanticen este tipo de asistencia, pero la realidad es que los hipertensos, diabéticos, epilépticos, etc., precisan de la continuidad de sus tratamientos para no convertirse en pacientes agudos e incrementar la carga asistencial urgente de las zonas afectada.

Debemos conocer los datos epidemiológicos y la prevalencia de enfermedades para poder actuar y dotarnos en consecuencia.

PATOLOGIAS IMPREVISTAS EN LOS PROPIOS COMPONENTES DE LOS EQUIPOS COOPERANTES

Tal como exponía al inicio de la ponencia, mi participación en diferentes catástrofes ha sido de lo más variada, con respecto al tipo, nombre y composición de las instituciones organizadoras.

Extrapolando esta realidad, también se ha de aplicar al componente humano de los equipos.

Por desgracia, es muy habitual desconocer profundamente al resto de componentes de los equipos, especialmente en lo que se refiere a los aspectos de salud (anamnesis, historias clínicas, medicación habitual, etc.) y a los perfiles humanos y psicológicos.

Suelen predominar los perfiles profesionales sobre otros aspectos mucho más importantes para el equipo y para la eficacia de sus integrantes. Temas como la capacidad de adaptación, sociabilidad, experiencia "real", etc., suelen ser considerados de segunda categoría, cuando la experiencia indica que son tan o más importantes que los anteriores.

Estas evidencias conjuntamente con las potenciales agresiones ambientales dan, en algunos casos, la aparición de patologías médicas (o incluso psicosomáticas) en algunos miembros de los equipos cooperantes, influyendo en las dinámicas y relaciones grupales.

A modo de resumen relaciono alguna de ellas, basadas en factores reales y, en su mayor parte, resueltas sobre el terreno con más dosis de apoyo, comprensión y adaptación a cada caso, que no sólo y exclusivamente de orden farmacológico (medicaciones que no siempre están presentes para los asistenciales en los kits de catástrofes), aunque también es fundamental dentro de la terapia.

- Fatiga
- Depresiones
- Gastralgias
- Picaduras – problemas dermatológicos – reacciones alérgicas
- Oftalmología.- Blefaritis, reacciones alérgicas, conjuntivitis
- Odontología.-
- Fiebres
- Afectación por patologías endémicas

Por estas razones es fundamental, imprescindible y, en algunos casos excluyente, la aplicación de estrictos criterios de selección en los perfiles a personas candidatas para participar como cooperantes, en función de cada equipo en concreto.

Por parte de diferentes instituciones e iniciativas se está intentando consensuar unos mínimos imprescindibles, los cuales relaciono brevemente a continuación:

- Mínimos estándares físicos compatibles con la actividad a realizar
- Cartilla de vacunación internacional actualizada permanentemente (disponibilidad personal inmediata)
- Documentos personales actualizados (Pasaporte biométrico con una validez mínima de 6 meses)
- Situación personal favorable y adecuada a las tareas potencialmente asignadas
- Equilibrio psíquico y familiar - personal

CONCLUSIONES

Por aparentemente pequeña, limitada o circunscrita que pueda ser nuestra aportación, debemos realizar un esfuerzo en el sentido de recogida de datos, análisis de la situación, patologías previsibles, características sociales, epidemiología conocida y documentada de la zona, antes de nuestra partida.

Debemos adaptar al máximo nuestros protocolos de actuación a las características anteriormente expuestas.

De igual manera, amoldaremos los contenidos de los kits de emergencia disponibles, tanto de material sanitario como de medicación, a las previsibles necesidades de la población, huyendo de criterios rígidos y estereotipados.

Como base de datos imprescindible, intentaremos recabar información, contrastándola, complementándola y mejorándola, en base a otras organizaciones que vayan a desplazarse a las mismas zonas y, muy especialmente, de organizaciones que ya lleven tiempo trabajando sobre el terreno (ONGs, etc..).

Las nuevas tecnologías, concretamente Internet, son una inmensa fuente de información y de apoyo para conseguir estos objetivos, aunque el factor tiempo siempre será una limitación importante para desarrollar análisis lo más exactos y completos posibles.