



PROGRAMA DE ATENCION DE SALUD EN CATASTROFE

M. Silvia Campos S,
Leticia Marzolo P. ⁽¹⁾
Rosa Arenas,
Anahi Baez ;
M. Jesie Carrillo;
Marisol Jeria;
Cecilia Morales;
Veronica Morales;
Monica Moya;
Pamela Reyes;
Ana María Rodríguez ⁽²⁾

I. INTRODUCCION

El 13 de Mayo de 1993 en la región metropolitana, debido a las intensas lluvias y deshielos, un alud se precipitó sobre las comunas del sector sur oriente de Santiago de Chile. Estos deslizamientos produjeron en la quebrada de Macul, destrucción en amplios sectores de la ciudad, torrentes de agua desbordada de los canales destruyeron puentes y todo lo que encontraban a su paso.

El aluvión cayó sorpresivamente sobre las avenidas Departamental y Tobalaba. Los vecinos oyeron un estruendo y poco después observaron impotentes como el barro entraba a sus hogares, el alud sepultó la población, El Progreso, constituida por 60 viviendas; el agua arrastró lodo, piedras, árboles, vehículos, afectó a innumerables casas, se llevó enseres y todo lo que encontraba a su paso. Se inundaron las poblaciones La Araucaria, Las Perdices, La Higuera, El Esfuerzo, y Vicente Domínguez.

Las comunas más afectadas fueron: La Florida, Macul, Ñuñoa Peñalolen y La Reina, el barro cubrió vías de primera importancia. En el Cajón

del Maipo, el río aumentó su caudal en 900 m³ por segundo y llegó hasta 1.500 m³.

La escuela de enfermería inicio su trabajo ese día en el consultorio Los castaños atendiendo junto al personal de salud del establecimiento hasta la hora en que se inició la evacuación del personal del consultorio por helicóptero de carabineros.

Al día siguiente, la comisión de salud pública de la escuela de enfermería se organizó para brindar atención en los sectores afectados, su acción se extendió a los albergues donde se colaboró junto con la defensa civil, personal de consultorios, scout y voluntarios de la comunidad. Ese día se trabajó en el albergue Lo Cañas, organizando la enfermería y haciendo un catastro de todos los damnificados de dicho lugar. En cada una de las salas habilitadas, se reunieron a las familias y con ellas se trabajaron sus problemas de salud, problemas sociales y psicológicos con el fin de dar una ayuda integral a cada persona y a su grupo familiar, nuestras actividades se prolongaron hasta las 22 hrs.

En relación a los lactantes y preescolares, nos preocupa-

⁽¹⁾ Enfermeras docentes Escuela de Enfermería P.U.C. CH.

⁽²⁾ Alumnas de 5º año de la carrera Enfermera-Matrona Escuela de Enfermería P.U.C. CH.

mos en forma muy especial de su alimentación y preparación de mamaderas, para ello se formó un grupo de madres encargadas de la preparación correcta de las formulas lácteas.

Se realizó la cloración del agua para el lavado de manos y de los servicios higiénicos, cada 4 hrs. y se colocaron carteles con indicaciones sobre lavado de manos e higiene.

Las autoridades de salud del área, del Ministerio de Salud y de la Municipalidad se hicieron presente en este lugar agradeciendo nuestra ayuda.

El Dr. Guillermo Intriago, secretario ejecutivo del departamento de asuntos de emergencia y catástrofes del ministerio de salud solicitó en forma especial la nómina de los damnificados clasificados por edades.

Esa tarde nuestra acción se extendió a los albergues Las Perdices y liceo alemán gracias a la colaboración de la escuela de agronomía, quién facilitó un bus para transportar a los alumnos. En el intertanto, otros grupos en la escuela de enfermería se preocupan de juntar alimentos, medicinas, ropas y enseres.

La escuela de medicina facilitó un bus para continuar durante la semana

nuestra labor en los albergues y consultorios.

La escuela incluyendo alumnos y profesores de diversos cursos continúan trabajando en los albergues, Lo Cañas, Las Perdices, Colegio Alemán, Elsa Santibáñez y Nuevo Amanecer, el plan se enfoca hacia : favorecer el encuentro de las familias; apoyar en el duelo a las personas; realizar diagnóstico en relación a los aspectos que producen mayor inseguridad a cada persona para dar ayuda; adecuado manejo de los niños; la realización de actividades educativas en salud; se realiza la vacunación contra la gripe y el tétano dando prioridad a las personas que trabajan sacando el lodo de las poblaciones, sean voluntarios o damnificados.

Dada la situación de catástrofe en la zona donde las alumnas debían realizar su trabajo comunitario, vimos la necesidad de modificar los objetivos propuestos para la experiencia del curso Enfermería Comunitaria y por ello elaboraron un **Proyecto de atención en catástrofes** tomando como información básica la experiencia vivida, dado que Chile es un país donde la naturaleza nos somete de manera imprevista a diferentes tipos de desastres como son los sismos, inundaciones, sequías o accidentes de grandes magnitudes, los que ponen a prueba nuestra capaci-

dad de respuesta para disminuir o paliar sus devastadores efectos sobre los seres humanos y los bienes naturales.

Vivir una catástrofe, es una experiencia traumatizante, tanto para los afectados como, para quienes tienen que presenciar la llegada de heridos a un lugar de salud y más aún cuando no existe una coordinación previa en la atención de emergencia.

Estar preparados para situaciones como estas tienen significación amplia y compleja, que va desde la educación y preparación psicológica de la población general, pasa por adiestramiento del personal de salud, hasta abarcar la coordinación de la solidaridad nacional e internacional.

Se debe crear material necesario que dé respuestas a interrogantes surgidas, que ayude a estar mejor preparados frente a una eventualidad y estimule la búsqueda de alternativas, acordes con nuestra realidad nacional.

Marco Teórico

No existe probablemente una condición que plantee un mayor desafío a la organización de salud de una comunidad que una situación de desastre, definiéndose éstos como «eventos naturales que mostrando características ex-

cepcionales a uno o más sectores productivos imponen daños de consideración a la infraestructura física y de servicios, empeorando con ello, las condiciones de vida de amplios sectores de la población». (Monllo J. 1983)

Según la OMS desastre natural, es un acto de la naturaleza de tal magnitud que da origen a una situación catastrófica, en la que súbitamente se desorganizan los patrones cotidianos de vida y la gente se ve hundida en el desamparo y el sufrimiento, como resultado de ello, las víctimas necesitan víveres, ropa, viviendas, asistencia médica y de enfermería así como otros elementos fundamentales de la vida y protección contra factores y condiciones ambientales desfavorables. Y es obvio que así sea, por cuanto en esas condiciones se altera gravemente la totalidad de la vida comunitaria y aumenta la necesidad de acciones eficaces a desarrollarse en plazos muy breves, en circunstancias que el funcionamiento habitual está gravemente alterado, ya sea por la destrucción de locales de salud y por la conmoción psicológica que un desastre impone en el personal de salud.

Un desastre es una situación que puede afectar severamente tanto a un país desarrollado como a uno subdesarrollado, pero el impacto es generalmente mucho mayor

en el último. Las principales variables que influyen en el impacto o daño son : ubicación de la comunidad, calidad de las construcciones, nivel cultural de la población, hora y circunstancias en que ocurre el fenómeno, preparación del personal de salud y organización previa con respecto a la atención en situación de catástrofe y obviamente recursos disponibles.

Pero pese a los efectos negativos de su ocurrencia, su estudio es relativamente reciente, en 1976 la ONU crea la «Oficina de coordinación de las naciones unidas para el socorro en caso de desastre» (UNDRO), cuyo objetivo es orientar la planificación territorial hacia la prevención de los desastres, lo que implica establecer normas de control en el sitio del suceso y fomentar la investigación sobre las causas que originaron su ocurrencia. Esta organización considera a los desastres naturales como un factor limitante fundamental al desarrollo económico de los países.

En Chile, país con prolongada experiencia en catástrofes, tiene historia desde el año 1965 en que se promulga una ley que, establece una serie de disposiciones permanentes para casos de sismos o catástrofes y responsabiliza a los ministerios del interior y defensa nacional de la elaboración por la

fuerzas armadas y cuerpo de carabineros de un plan orgánico nacional para afrontar emergencias, programar la coordinación de los servicios públicos y privados e informar a las autoridades competentes de los problemas que requieren de medidas preventivas.

Esta ley dió origen a la oficina nacional de emergencia (ONEMI) que fue creada en 1974. En 1977 se promulga el plan nacional de emergencia, donde especifica y detalla las tareas que debe cumplir cada uno de los ministerios del país. Con esto culminó otra etapa en el desarrollo de un proceso gradual mediante el cual se ha ido perfeccionamiento en Chile el sistema de protección civil para enfrentar catástrofes.

En el caso del ministerio de salud se especifica que en la fase de preparación debe mantener un coordinador ante ONEMI, instruir a los servicios, capacitar al personal, tener en cada establecimiento hospitalario y consultorios un plan escrito de seguridad y evacuación, organizar unidades de emergencia médica capaces de movilizarse en 30 minutos o de desplazarse antes de 8 horas de producida la catástrofe, difundir normas y recomendaciones a la población, coordinar los recursos públicos y privados, organizar el funcionamiento de bancos de sangre, ambulancias y sistemas de comunicaciones.

En la fase de ejecución se considera el empleo de todos sus recursos para la atención de la población afectada, poniendo a disposición del ministerio del interior, intendentes o jefes, los medios materiales y de personal que le sean solicitados, coordinado con las autoridades las ayudas necesarias y aplicando las medidas previstas. Pero a pesar de esto, según Jordan plantea en su libro «Economía política de los desastres naturales 1988» que la visión antropológica de los desastres naturales, ha imposibilitado hasta ahora incorporar políticas de prevención en el largo plazo que permitan una acción rápida de las instrucciones encargadas.

La experiencia permite afirmar que en caso de catástrofe el sector salud juega un rol preponderante en la primera fase, aún más los centros de atención primaria que es donde acuden la mayoría de los afectados por ser los más accesibles.

Analizando los aspectos sanitarios que involucran las distintas catástrofes tenemos que cada fenómeno tiene características que la diferencian en cuanto a secuelas, tanto en recursos humanos como materiales, por lo que es indispensable conocerlas pues de ahí derivarán acciones propias que se ajusten a la situación; frente a terremotos las

variables en estudio van a ser las muertes y la cantidad de heridos. Todo depende del tipo de casa, densidad poblacional, horario, día de la semana y en algunos casos la estación de año. Influyendo también el grado de preparación que tenga la población para enfrentar estos eventos, el aviso previo e incluso aspectos culturales aún no bien estudiados.

En estos eventos existe habitualmente una mayor proporción de heridos que muertos. La razón más observada es de 1:3 ó 1:4 entre fallecidos y heridos sometidos a la influencia de las variables señaladas.

La causa principal de muerte es el aplastamiento con traumatismo craneano o politraumatismo. Las lesiones habituales son fracturas y heridas contusas.

En inundaciones : esta situación puede provocar muchos muertos, existe una alta proporción de la población sujeta al riesgo, ocurriendo habitualmente pocos heridos.

La causa determinante de la muerte es la asfixia que se produce rápidamente, no dando casi lugar a acciones de salvamento, afectando preferentemente a los más débiles (niños y ancianos) o según el azar de las circunstancias.

El ciclón: es un fenómeno que en general determina pocos muertos y heridos, excepto cuando son seguidos de inundaciones.

El daño puede minimizarse a través del aviso oportuno usando la información de satélites meteorológicos u otros mecanismos. Las enfermedades transmisibles son un problema que se plantea siempre en este tipo de eventos, pero en la práctica no se observa una asociación entre estos hechos y un aumento marcado en la incidencia de estas enfermedades.

En Chile, en los recientes terremotos ha habido un claro y brusco aumento de las heridas contusas, traumatismos diversos y alteraciones emocionales que coexisten con relativa frecuencia en la población. Además de añadirse la pobre atención en los servicios de urgencia ya sea por dificultad en el transporte y/o la aparición de otras necesidades y prioridades.

Las epidemias de enfermedades entéricas como tifoidea no se han descrito u observado.

El riesgo de enfermedades transmisibles está dado básicamente por la contaminación fecal, influido por la situación previa, la calidad del agua potable posterior al impacto, etc.

También el eventual aumento de enfermedades respiratorias va a depender de clima, problemas de vacunación, y número de personas en edad de riesgo (niños y ancianos).

En el análisis de los problemas que enfrenta la población hemos visto sólo aquellos que involucran el aspecto bio-social, pero no se debe olvidar el aspecto psicológico que en estas situaciones se ve en gran medida afectado.

El concepto etiológico multifactorial sostiene que en toda enfermedad coparticipan factores biológicos, psicológicos y socioculturales, y que similares factores actúan como desencadenantes. La importancia relativa de cada uno de estos factores varía de una enfermedad a otra y de un individuo a otro.

Basándose en bibliografía, experiencia personal y consultas a expertos en la materia los autores de los textos consultados se plantearon la hipótesis de que en situaciones de catástrofes aumentarían las patologías en las cuales el factor estrés juega un rol fundamental en su etiología o en su reagudización.

Dentro de este grupo de patologías se menciona entre otras como las más relevantes las siguientes: trastornos neurofuncionales (neurosis, cefalea tensional, colon irrita-

ble), angina de pecho, asma bronquial, crisis hipertensiva, síndrome ulceroso, hemorragia digestiva alta, crisis epiléptica.

Este problema es de interés por la repercusión que tienen estas situaciones para la atención médica, y considerando además que estamos en un país de bajos recursos en salud y periódicamente expuesto a desastres naturales. Es importante conocer la variación de la demanda de atención para poder distribuir adecuadamente los recursos, preparar equipo médico y a la población en general en cuanto a tomar medidas rápidas y efectivas de manera de agilizarse la atención y disminuir la morbimortalidad en la población afectada.

Es importante obtener todo tipo de información en la administración de los recursos de atención de salud en situaciones de emergencia y la posibilidad de preparar equipos profesionales para afrontar las exigencias particulares de la demanda en casos de catástrofes.

En los aspectos generales deben considerarse las necesidades verdaderas del receptor de la donación. En lo posible, ella debe responder a una petición concreta, también es importante la calidad de los productos, el uso de informaciones adecuadas, y oportunas que los medicamentos no

estén vencidos, se tendrá preocupación especial por el embalaje: garantía de protección, tamaño para su movilización por personas solas, categorización por paquetes y finalmente, es importante la rotulación, establecer listas estandarizadas de medicamentos, clasificadas según su efecto principal.

En la preparación de personal para eventuales desastres, resulta obvio que las acciones específicas a desarrollar puedan ser enteramente diversas según si se enfrentan los efectos de terremotos, incendios de gran magnitud, inundaciones, aluviones u otras.

Pero todas ellas tienen en común una demanda especial, frecuentemente masiva de acciones generales y de actividades en salud no previstas que se agregan a las demandas y necesidades habituales de la población.

Convendría recordar, que situaciones extendidas de desastre se dan con relativa baja frecuencia, ello trae como contrapartida, que el personal de salud, en una alta proporción, no ha tenido experiencia previa en el manejo de estas situaciones, lo que significa que enfrentados a la emergencia, la mayoría de ellos serán inexpertos y su accionar dependerá grandemente de los adiestramientos y ensayos para enfrentar estas situa-

ciones cuando ellas eventualmente se presentan.

Por lo descrito, se desprende que todos los servicios de salud (hospitales, consultorios y centros de salud) deben contar con un plan de emergencia que reúnan los siguientes requisitos :

1.- Elaboración de un plan fácil de comprender y dando amplia difusión dentro del consultorio e instituciones de apoyo.

2.- Considerar las contingencias que pueden demandar los cambios en el sistema de salud. Esto quiere decir un alto grado de flexibilidad frente a muchas situaciones de emergencias que pueden ocurrir.

3.- Al desarrollar el plan tener en cuenta el criterio del cuerpo médico, de las enfermeras, del personal administrativo y auxiliar del centro de salud.

4.- El plan debe ser fundamentalmente objetivo y se limitara a dos aspectos específicos : la probable demanda, y los recursos que se encuentran disponibles o que puedan ser movilizados.

5.- El plan será puesto en práctica sólo cuando sea necesario.

Basándose en este marco de referencia, hemos elabo-

rado un programa de atención de salud inmediato en caso de catástrofe cuyo objetivo general es: establecer coordinación y cooperación de recursos humanos y materiales en casos de desastres naturales, a nivel local en el sector salud.

Objetivos generales con sus respectivos objetivos específicos se exponen a continuación.

I. Objetivo General : Establecer actividades para cada miembro que conforma el equipo de salud del consultorio.

Para llevar a cabo este objetivo, se realizará una reunión informativa con todo el personal del consultorio para asignar las tareas y determinar las actividades específicas de cada uno. Esta reunión será guiada por la dirección del consultorio.

El número de personas designadas para cada actividad se asigna de manera tentativa, ya que será totalmente dependiente de la magnitud de la emergencia.

Objetivos Específicos :

1.- Conocer las actividades del director del consultorio en relación a :

Evaluación de la situación para la toma de decisiones inmediatas.

Comunicación con la municipalidad y coordinación de

actividades en la emergencia.

Información al hospital de referencia sobre el traslado de heridos.

2.- Determinar actividades de los médicos del consultorio en cuanto a atención directa a las personas;

Tomar la decisión de derivar a los pacientes; dirección de la atención del paciente.

3.- Determinar actividades de las enfermeras en cuanto a :

- Decidir atención inmediata.

- Referir a médico a los pacientes en caso necesario,

- Coordinar personal paramédico

-Registrar actividades de enfermería.

-Realizar estadística de las actividades de enfermería.

- Toma de exámenes necesarios.

4.- Establecer las actividades de los auxiliares paramédicos en relación a :

- Recepción de los pacientes.

- Colaboración en la atención de los pacientes, en procedimientos médicos y de enfermería.

- Llamar a médico si se requiere.

- Registro de atenciones.

- Colaboración en la confección de la ficha.

5.- Establecer las actividades de los auxiliares de servicio en :

- Mantener el orden y la limpieza del consultorio,
- Facilitar la descongestión de consultorio.
- Realizar labor de nexo entre diferentes actividades de consultorio.

6.- Establecer actividades específicas del portero :

Dar información sobre normas de atención.

- Dar voz de alarma al consultorio sobre la situación.
- Facilitar el tránsito expedito dentro del consultorio evitando atochamientos.

II. Objetivo General : Identificar recursos humanos y materiales necesarios en situaciones de catástrofes e implementarlos a contar de la fecha en que se reuna el personal para conocer el programa.

Objetivos Específicos :

1.- Clasificar medicamentos básicos necesarios en situaciones de catástrofes, basándose en categorías de uso según normas existentes, vencimiento y estado de conservación. Realizado por auxiliar de farmacia, en una hora de trabajo durante una semana.

2.- Determinar insumos y equipos básicos de enfermería, necesarios para casos de

heridas, curaciones y suturas, tratamientos parenterales, toma de exámenes de laboratorio, presión arterial e inmovilización de fracturas, por parte de la enfermera en dos horas de trabajo a la semana.

3.- Implementar un carro de paro cardiorespiratorio con materiales y equipo necesario, vigentes, rotulados, en plazo de 3 días por parte de la enfermera.

4.- Implementar la disponibilidad de uso de movilización para traslado de heridos o equipo de salud en forma oportuna, por la dirección del consultorio.

5.- Implementar un sistema de comunicación efectiva entre los miembros del equipo de salud, los directivos del consultorio y la comunidad.

7.- Determinar actividades específicas del encargado de informaciones para :

- Informar al director del consultorio para que tome decisiones.

- Facilitar la descongestión del consultorio.

- Confeccionar una lista de personas afectadas que ingresan al consultorio y las que son enviadas a centros asistenciales de mayor complejidad.

- Proporcionar información a familiares acerca del estado de salud de los miembros afectados.

Objetivo específico : Establecer modificaciones y/o distribuciones de la planta física de consultorio de manera que pueda enfrentar en forma rápida y expedita la atención inmediata de los afectados en caso de catástrofes.

Habilitar una sala del consultorio para brindar atención médica de urgencia a los afectados por la catástrofe.

Objetivos Específicos :

1.- Determinar la sala de mayor capacidad y de mejor acceso para la atención rápida de los afectados. implementarla con los insumos básicos para un caso de emergencia, en una hora enfermera, 2 horas auxiliar y 2 horas auxiliar de apoyo en una semana.

2.- Permitir en forma rápida y expedita el ingreso y salida, en forma terrestre, de los accidentados en caso de catástrofe.

Determinando el lugar de ingreso de la ambulancia señalizando el lugar de ingreso de la misma, en un plazo de tres horas

3.- Implementar un sistema de aviso al personal acerca de la existencia de una emergencia, reunión en el mínimo de tiempo con el director o en su ausencia con el subdirector.

4.- Permitir la reunión de los profesionales en un mínimo de 5 minutos con el director o subdirector para que informe sobre la eventualidad y las acciones a seguir.

5.- Colocar una señal en el consultorio para su identificación por vía aérea como servicios de salud, en una semana.

6.- Determinar un lugar en el consultorio para ser habilitado como helipuerto, en dos semanas, con cuatro horas diarias y tres personas.

7.- Habilitar entrada y salida que facilite la evacuación aérea del personal y afectados en forma rápida y expedita, instalar una puerta amplia de manera que pueda transitar fácilmente una silla de ruedas; despejar la zona de la puerta pavimentando un camino y/o retirando árboles que pueden dificultar el tránsito en un plazo de un mes.

CONCLUSIONES :

Realizado el programa y analizando la totalidad del trabajo que se presenta, se aprecia la imperiosa necesidad de contar con un material de apoyo que contenga acciones rápidas en caso de emergencia y que cada integrante del grupo de salud que conforma el consultorio, no improvise, pues depende

de la eficiencia y rapidez para dar una atención oportuna.

Se desprende no obstante, la dificultad para la organización y administración del personal y la infraestructura en que estos se ubican, ya que son muchas las variables que deben tomarse, se cuenta, entre ellos la necesidad de capacitación de personal a todo nivel.

BIBLIOGRAFIA

- TOOLE, R.M.J.; STEKETEE R.R.W.; et. al. pp. 123 - 133
«Prevención y control del sarampión en situaciones de emergencia» Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Año 69 Volumen 108 N° 2, Febrero 1990.

- SANCHEZ - CARRILLO, C. J.
«Datos de morbilidad sobre los terremotos de 1985 en México» «Instantánea OPS año 69 volumen 108 N° 1 Enero 1990.

- LIMA R.B. «Atención de salud mental para víctimas de desastres actividades desarrolladas en Armero - Colombia» año 67, volumen 104 N° 6 de Junio 1988 pp 593-598.

- KERPELMAN CH. «Correos electrónicos para información sobre desastres» Instantaneas OPS, año 67, volumen 104 N° 4, Abril 1988 pp. 378.

- NOEL G. «Función de la mujer en los desastres». Instantáneas OPS/ cruz roja, año 67, volumen 105, N° 1 Julio 1988, pag. 57.

- BAECHLER R. P. «Atención en salud en desastres : Una experiencia local» Cuadernos Médico-Social, volumen 28, N° 2, Junio 1987. pp 66 - 67. Santiago - Chile

- SERRA C.I. «Salud pública y desastres naturales» Cuadernos Médico Sociales Volumen 27, N° 1, Marzo 1986 pp. 5 - 11. Santiago - Chile

- MALM G. L. «Enfermería en desastre planificación, evaluación e intervención. Editorial Harla-México 1991.

- LIMA, B. R. «Manual para la capacitación del trabajador de atención primaria en salud mental para víctimas de desastres. Bogotá Ministerio de Salud, 1987.

Mayor Información :
Leticia Marzolo Peruzocic
Vicuña Mackenna 4686
Escuela de Enfermería
Pontificia
Universidad Católica
Santiago, Chile