

Enfermería en urgencias (5): experiencia de enfermería en catástrofes y ayuda internacional

JAVIER ÁLVAREZ BERNARDOS

Servicio de Urgencias Médicas, SUMMA 112, Madrid, España.

En la cartera de servicios del Servicio de Urgencias Médicas de Madrid 112 (SUMMA 112) se incluye la asistencia sanitaria en situaciones de ayuda humanitaria internacional y en catástrofes, siempre bajo la solicitud y el amparo de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI). Desde sus inicios, antes incluso de la unión de los servicios 061 y SERCAM que dio lugar al actual SUMMA 112, este organismo ha participado en numerosas salidas internacionales. Sirva como ejemplo^{1,2} las actuaciones en Irán (2004), en el Tsunami de Sumatra e Indonesia (2004-5), en el terremoto de Pakistán (2005), en Tinduf (2006), en Java (2006), en Perú (2007) y en Haití (2010). En este artículo vamos a comentar las principales líneas de desarrollo de una intervención internacional y el papel de la enfermería en las mismas.

Grupo de trabajo en catástrofes

El SUMMA 112 creó un grupo de trabajo para la mejora en la coordinación de la asistencia y logística de este tipo de actuaciones que sirviera de puente con el resto de organizaciones que están involucradas en este tipo de intervenciones. Dentro de esta comisión de trabajo, existe una serie de subcomisiones que tratan de temas más concretos: comunicación y procedimientos informáticos; procedimientos y protocolos; formación; logística y suministros (materiales y farmacia); información y relaciones institucionales; y unidad de apoyo al desastre (dividido en grupos de alerta).

Como requisitos de inclusión y actuación del personal se señalaron: tener en posesión la titulación conveniente [técnico en emergencias médicas (TEM), diplomado universitario en enfermería (DUE) o licenciado en medicina]; carácter voluntario; poseer pasaporte en regla; cartilla de vacuna-

ción internacional; experiencias previas y hablar otros idiomas; y disposición de actuación ante la activación antes de 24 horas para la salida.

La función del SUMMA 112, fruto de su experiencia, trabajo y esfuerzo tanto de la comisión de catástrofes del SUMMA 112 y de sus profesionales como de las propias gestiones realizadas, fue mejorando tanto a nivel de conocimientos como de infraestructura. Ésta, inicialmente, a nivel logístico era escasa. Durante los últimos tiempos ha ido mejorando y ha adquirido unos recursos tanto humanos como materiales que le han permitido alcanzar unos marcadores de calidad asistencial excelentes. De este modo en noviembre de 2011 el SUMMA 112, junto con Bomberos de la Comunidad de Madrid, unificaron un equipo de intervención rápida ante las catástrofes (denominado "ERICAM"), que junto a la unidad militar de emergencias (UME) fueron pioneras en España en recibir el certificado de "equipo USAR de la ONU"¹.

Labor de la enfermería

La labor de la enfermería, como del resto del equipo, es muy amplia y no se circunscribe únicamente a la asistencia puramente sanitaria. Es necesario que el equipo de enfermeros que se desplaza conozca una serie de procedimientos antes, durante y después de la salida. Previo a la salida, en las labores del grupo de trabajo, enfermería debe facilitar ideas respecto a la formación de los equipos intervinientes: colocación del campamento, procedimientos a seguir, comunicaciones, enfermedades y problemas más frecuentes que se puedan encontrar dependiendo del tipo de catástrofe, sectorización, distintos modos de *triaje*, control de desechos, morgue y el procedimiento en caso de lesión de algún interviniente. Es muy im-

CORRESPONDENCIA: Javier Álvarez Bernardos. Servicio de Emergencias Médicas SUMMA 112. C/ Anracita, 2 bis. 28045 Madrid, España.

FECHA DE RECEPCIÓN: 6-5-2013. **FECHA DE ACEPTACIÓN:** 8-5-2013.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Tabla 1. Cuadro roles de actuación¹

Roles de actuación	Foco caliente	Zona templada	Zona fría
Dividir en sectores y zonificar	Límite. Posibles riesgos. Dónde colocamos el orden de evacuación rojo, amarillo, verde, negro (morgue). Zonificar estacionamiento de sistemas de traslado.	Posicionar pacientes en PSA según patologías y priorización de evacuación.	Hospital local. Marcar zona de críticos, traumatología, medicina general, ambulatorios, cirugía, pediatría, ginecología.
<i>Triaje</i>	Zona segura tarjeta de <i>triaje</i> de SUMMA 112. Zona no segura: <i>triaje</i> "dual" por grupo de intervención.	Posicionamiento del PSA. Se realiza una intervención más completa Tarjeta SUMMA 112	Hospital local. Se puede realizar un <i>triaje</i> definido como el RAC (recepción, acogida, clasificación).
Intervenciones sanitarias	Gestos salvadores. Permeabilidad de la vía aérea, realizar maniobras de hemostasia.	Intervención más completa, se puede administrar tratamiento más completo que incluye antibioterapia.	Seguimiento por los profesionales hasta una posible alta, pudiendo realizar primeras curas, analíticas, radiología (siempre que los equipos no se hayan estropeado).
Evacuación	Desde la zona caliente a la templada. Nunca se debe quedar sola hasta que se hayan evacuado a todos los afectados o por riesgos hacia los cooperantes (por tanto es necesario realizar relevos).	Desde el PSA a zonas que se hayan habilitado localmente. En su defecto quedarán en el PSA hasta que sean habilitadas (necesidad de generar relevos).	Como se ha mencionado antes, será necesario marcar zonas de actuación hospitalaria, y es necesario generar rotaciones.
Seguimiento de los afectados	Es necesaria una buena comunicación con PSA para objetivar que las evacuaciones han llegado correctamente.	Necesaria buena comunicación con los hospitales en caso de traslado.	Si se da de alta hospitalaria, se podrá realizar un seguimiento ambulatorio.
Realización de seguimiento del aprovisionamiento de material	Material que se va utilizando y si se precisa de más. En caso de finalizar la actuación en un punto, reponer para posibles nuevas salidas a otros puntos.	Seguimiento del material mínimo y reposición diaria.	Realizar un recuento y colocación de material que vaya llegando, así como suministrar posibles demandas del foco caliente, foco templado.

PSA: puesto sanitario avanzado

portante la distribución y la colocación del material fungible, electromédico y farmacéutico para una primera intervención: almacenaje, marcación, revisión de caducidades, sustitución según el procedimiento establecido, mochilas de primera intervención, arcones con material, etc. Por ello será necesario realizar una lista de comprobación y una base de datos de todo el material.

En este sentido, la colaboración y el diálogo con el resto del equipo es primordial. Por ejemplo, con el equipo técnico respecto a aspectos logísticos del campamento, de quien dependen las tiendas donde alojarnos, la potabilizadora en caso de traslado, el puesto sanitario avanzado (PSA), las mochilas individuales, las esterillas, los sacos de dormir, el material de campaña, el material de menaje y grupos electrógenos, entre otros.

Es imprescindible que enfermería colabore en la realización de procedimientos como pueden ser: rotaciones de los grupos y equipos preparados para las salidas internacionales, activación de

alarma de los mismos equipos, comunicación diaria del centro coordinador con los intervinientes e informe por el jefe de guardia a los responsables del SUMMA 112, relaciones con los servicios de información, procedimiento en caso de surgir algún imprevisto con algún cooperante, bases de datos para la comunicación a familiares en caso de imprevistos, y procedimiento y seguimiento de los cooperantes tras la intervención.

Una vez en el lugar de actuación, la salida la labor de enfermería se integra en uno de los roles que se presentan en la Tabla 1, donde se detallan cada una de las funciones que debe realizar el equipo.

Las primeras informaciones de la misión son muy importantes. En esta primera aproximación se van a conocer datos esenciales sobre el lugar de los hechos, tipo de cultura, raza, religión, idioma, zonas de difícil acceso, contactos telefónicos de las autoridades locales, zonificación y división de sectores del lugar (es necesario identificar y

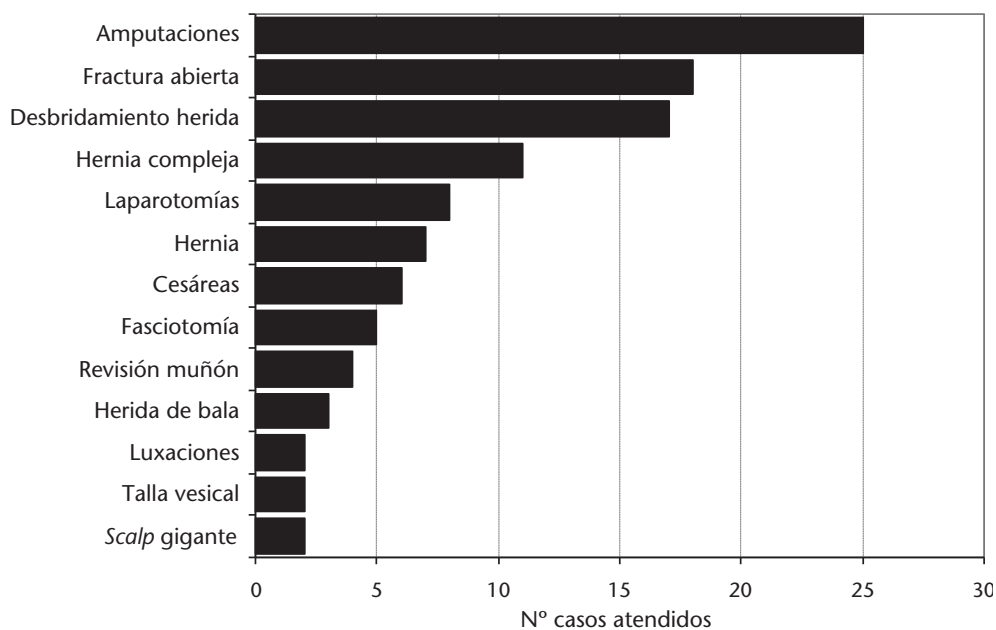


Figura 1. Distribución en porcentaje de las principales lesiones en las misiones internacionales.

marcar las zonas más afectadas), aproximación del número de afectados, tipo de estructuras implicadas o dañadas, número de hospitales y escuelas, zonas culturales y de ocio (como posibles refugios) y la previsión meteorológica local.

En este tipo de salidas habitualmente el personal sanitario permanece en el lugar entre 7 y 10 días, por lo que no es extraño que puedan existir hasta 3 o 4 relevos. Las funciones de enfermería serán distintas si se integra en el primer equipo interviniente o en los sucesivos, tanto desde el punto de vista logístico como asistencial. El primer equipo realiza, además de las propiamente asistenciales, funciones como la toma de contacto con las autoridades locales, ofrece la ayuda necesaria, establece el campamento y los dispositivos donde las autoridades locales lo indiquen o crean que puede ser más beneficioso para su población y el estudio de riesgos de la zona de actuación.

Es importante realizar en todas y cada una de las zonas de intervención un buen registro de los pacientes atendidos donde se recojan los diagnósticos enfermeros, los objetivos y las intervenciones. El apoyo psicológico a los damnificados ha de estar siempre presente respetando su cultura, sexo y religión.

Una vez terminada la intervención se realiza una puesta en común y un informe de la actuación de la enfermería con el resto del equipo: puntos fuertes y aspectos mejorables, y exposición de las actuaciones más interesantes. Finalmente se realiza una reposición del material utilizado para preparar una posible nueva intervención.

En diferentes artículos hemos descrito los principales problemas que nos hemos ido encontrando según el tipo de desastre (Figura 1). Existen distintos factores condicionantes que hacen que pueda existir una mayor o menor repercusión en la población afectada: tipo de incidente o catástrofe (terremoto, maremoto, inundaciones, etc.), existencia o no de previsiones en situaciones de emergencia (planes de emergencia) y la situación social de la población. En función de estos aspectos, el incidente podrá tener una mayor o menor repercusión. Tras estos tipos de incidentes nos hemos encontrado con fallecimientos inevitables por la devastación de las infraestructuras o unos recursos escasos. Pero cabe destacar que, en los primeros días, el mayor índice de afecciones suelen ser traumatológicas (amputaciones, semiamputaciones, fracturas, miembros catastróficos, avulsiones). Según avanzan los días este tipo de lesiones llegan en menor número, aunque pueden surgir complicaciones de las mismas (síndromes compartimentales) y también problemas derivados de la falta de alimentación e hidratación. A todo ello se van sumando conflictos y problemas de supervivencia entre la población y llegan a producirse heridas por agresiones de arma blanca e incluso de fuego.

Algunas de las intervenciones del SUMMA 112 han tenido una importante repercusión, como ocurrió con la realizada en el tsunami de Sumatra, donde se atendieron a 1.021 pacientes entre los dos equipos desplazados (el segundo de ellos a 631 personas). En ella, fue significativo que a pe-

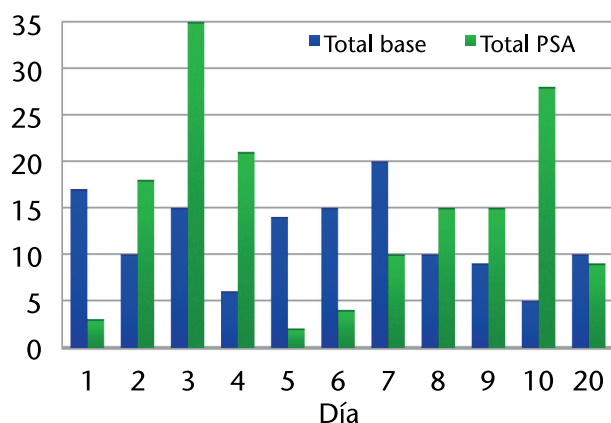


Figura 2. Volumen de pacientes atendidos en la base y en el puesto sanitario avanzado.

sar de haber pasado 15 días seguían llegando primeras intervenciones y curas al PSA (Figura 2). Entre estas primeras curas y atenciones en las catástrofes se encuentran heridas y lesiones muy diversas como laceraciones, avulsiones, heridas punzantes, incisivas, fracturas, sarna (debido al pésimo nivel de higiene y hacinamiento), partos, patologías endocrino-metabólicas (como en el caso de Pakistán encontrándose numerosos bocios multinodulares ocasionados por la dieta de su entorno), enfermedades oftalmológicas, infecciones respiratorias, deshidrataciones, tétanos, duelos psicológicos por la pérdida de familiares u hogares, etc.

Conclusiones

Para que exista una buena gestión de una crisis, es necesario que exista una buena organización dentro de la desorganización. Por ello, es necesario que, antes de una asistencia puramente sanitaria, se establezca una buena logística para que se puedan cubrir los objetivos marcados:

- Mantener una buena organización, tanto a nivel de mando como de las funciones delegadas, a realizar por un equipo multidisciplinar.

- Conseguir prestar una buena atención, a la vez que se respeten las diferentes culturas, religiones, razas y sexo.

- Se debe intentar ser polivalentes a la hora de montar el campamento o la zona de atención a través de una puesta en común, donde cada miembro del equipo aporte ideas, y de este modo, seguir una directriz común de trabajo.

- Es necesario tener habilidad e intentarnos adaptar a las circunstancias que puedan surgir. Para ello es necesario prever posibles acontecimientos que puedan aparecer (réplicas en movimientos sísmicos, zonas de reunión en tal caso, donde llamar o acudir en caso que sea necesario, poseer un material mínimo de primeros auxilios, alimentos, agua potable embotellada, etc.). En definitiva, tener un “plan de emergencias interno”.

Debido a la labor que realizamos diariamente, como en este tipo de situaciones extraordinarias, nuestra profesión en urgencias, emergencias y catástrofes precisa de un aprendizaje continuo. Debemos entender que cada paciente al que atendemos es un reto nuevo en nuestra profesión, al que debemos dedicar todos nuestros conocimientos y esfuerzos de forma individual y colectiva. Debemos aprender de lo vivido y seguir aprendiendo día a día en cada una de las situaciones que nos encontramos. Y trabajar de forma independiente y como un equipo multidisciplinar, respetando al enfermo y a los compañeros. Sólo de ese modo podremos dar una asistencia de calidad.

Bibliografía

- 1 Comunidad de Madrid. SUMMA 112. Breve historia del servicio. (Consultado 25 Marzo 2013). Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1147762162627&language=es&pagename=SUMMA_112%2FPage%2FS112_pintarContenidoFinal
- 2 Comunidad de Madrid. SUMMA 112. Servicios especiales, cooperación internacional del SUMMA 112. (Consultado 25 Marzo 2013). Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1147762163082&language=es&pagename=SUMMA_112%2FPage%2FS112_pintarContenidoFinal
- 3 OCHA (Oficina para la coordinación de asuntos humanitarios de Naciones Unidas). Guías y metodología INSARAG. (Consultado 25 Marzo 2013). Disponible en: http://redhum.org/archivos/pdf/ID_2965_BE_Global-Guia-GUIAS_DE_INSARAG_Enero_2007.pdf
- 4 Comunidad de Madrid. Manual atención sanitaria en catástrofes en Madrid. (Consultado 25 Marzo 2013). Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142705072177&pageid=1159444389315&pagename=PortalSalud%2FCM_Actualidad_FA%2FPTSA_pintarActualidad
- 5 Salmerón JM, Jiménez L, Miró Ò, Sánchez M. Análisis de la efectividad y seguridad de la derivación sin visita médica desde el triaje del servicio de urgencias hospitalario por personal de enfermería acreditado utilizando el Programa de Ayuda al Triage del Sistema Español de Triage. *Emergencias*. 2011;23:346-55.