

Capítulo 7

Atención médica

7.1. METAS

Los cuidados médicos en las actividades de socorro de emergencia tienen dos metas principales:

1. Evitar que las personas se mueran.
2. Prevenir o disminuir las incapacitaciones y sufrimientos que origina la mala salud.

Las medidas preventivas de protección de la salud son muy importantes, porque resultan más eficaces y económicas y la población puede hacer uso de ellas más que de los servicios curativos.

Una grave restricción del suministro de servicios de salud es que con frecuencia no se dispone de médicos; por lo tanto, es vital hacer el mayor uso posible del personal auxiliar previamente capacitado. Los voluntarios inteligentes pueden ayudar a prestar una parte importante de los servicios médicos, si se les orienta y da instrucciones sencillas y claras y se les asignan funciones muy bien definidas. En consecuencia, los médicos y otro personal supervisor sólo actuarán como jefes de grupo, para vigilar la labor de grupitos de auxiliares (de cuatro a ocho miembros), que dirigirán y participarán en actividades concretas, junto con voluntarios elegidos y capacitados para realizar tareas específicas (por ejemplo, vacunadores, pesadores, alimentadores y despachadores de medicamentos simples). Los servicios médicos de emergencia deben corresponder a las necesidades, lógico requisito que con frecuencia no se cumple en la práctica. La reacción rápida es especialmente vital en los desastres que originan traumas (terremotos e incendios), cuando la cirugía y las transfusiones de sangre o plasma pueden salvar muchas vidas en los primeros momentos. No obstante, en la mayoría de las catástrofes resulta más eficaz esperar unos días y establecer las actividades preventivas y curativas más idóneas para satisfacer unas necesidades definidas. A menudo, en el ardor y compasión de los primeros momentos, se organizan servicios limitados, costosos y espectaculares, que sustituyen a medidas preventivas más útiles, amplias y sencillas. Por ejemplo, el gasto que representa llevar un grupo de cirujanos y su equipo por aire a una aldea para tratar 20 heridos sobrepasa el costo de vacunar 10.000 niños contra el sarampión y de proporcionar terapéutica de fluidos por vía bucal para tratar cientos de miles de casos de diarrea. En el suministro de servicios de socorro en medicina y protección a la salud hay que tener muy en cuenta la relación costo-efectividad.

7.2. PRINCIPIOS GENERALES

1. Para que las actividades de medicina y protección tengan éxito debe existir una eficaz colaboración con los servicios regulares de salud del país; las necesidades en casos de emergencia tienen que encuadrarse dentro de las necesidades y recursos de la Nación. El personal de los servicios de salud y los beneficiarios de las regiones vecinas, que no han sido afectados por la emergencia, se vuelven celosos y no ayudan cuando se derrocha una atención inusitada, excesiva o inadecuada en la protección de la salud de la región damnificada.
2. De manera análoga, hay que organizar la colaboración y el socorro en estrecha consulta con los grupos encargados de administrar los cuidados nutricionales y coordinarlos con todas las demás actividades de socorro.
3. *El personal capacitado es un artículo escaso.* Mientras se realizan los trabajos de socorro es preciso elegir y formar más personal y establecer reservas. Lo que más se necesita es enseñar al personal no profesional de la localidad, para que actúe como voluntarios de emergencia de la salud.
4. Para que los trabajadores médicos y sanitarios provenientes de otros lugares resulten útiles en la labor de socorro tienen que poseer alguna experiencia previa en esa clase de trabajos. Como punto de gran prioridad, habrán de familiarizarse con las costumbres, problemas de salud y métodos de tratamiento de la localidad. Por su parte, los trabajadores locales pueden aprender de sus colegas de fuera prácticas satisfactorias de servicio médico de emergencia y la forma de adaptarlas para que resulten eficaces.
5. Las emergencias graves, en las que hay gran número de bajas y unos servicios médicos insuficientes, requieren que se clasifique a las víctimas en casos desesperados, casos que pueden sobrevivir si reciben asistencia y casos que sobrevivirán incluso sin atención médica. Este sistema de triada permitirá que haya el máximo de supervivientes, aunque resulta difícilísimo de aplicar. La carga mayor suele estar representada por el último grupo, que son pacientes con enfermedades secundarias, pues abarrotan las clínicas, consumen el tiempo de los médicos y los medicamentos disponibles y a menudo impiden que se atienda como es debido a los auténticos enfermos, que se quedan en sus casas. Un uso eficaz de los auxiliares y una selección, incluso a la puerta de la clínica, ahorrarán preciosas drogas y tiempo de los médicos para quienes los necesitan más.
6. Es indispensable que el grupo médico de socorro envíe con regularidad información retrocesiva a la base de localidad o de distrito sobre la labor que realiza y los problemas, necesidades y soluciones de la localidad. El sistema para remitir con regularidad información médica/sanitaria (vigilancia de la salud) constará de dos partes: una estará a cargo de los grupos de socorro que prestan servicios de atención médica y nutricional en lugares específicos sobre el terreno, y consiste en un informe de

los casos de desnutrición/enfermedad detectados y tratados. No refleja la prevalencia actual en la comunidad. La segunda fase informativa está a cargo de grupos de vigilancia calificados, que reúnen datos de los indicadores clave de la salud; estos expertos utilizarán una metodología uniforme a base de subgrupos elegidos al azar como representativos de toda la población que corre peligro. Las enfermedades que se incluirán en la vigilancia se seleccionarán con espíritu crítico, según la morbosidad, las variaciones estacionales u otras variaciones previstas y la eficacia de las medidas locales de control.¹⁹ Como a todo el mundo le disgusta llenar formularios y como las planillas en blanco no quieren decir que no haya enfermedades, hay que incluir un número óptimo de enfermedades importantes. A continuación figura un ejemplar de formulario de información utilizado en las actividades de socorro médico con motivo de la sequía/hambre ocurrida en Etiopía en 1974.

7.3. SIGNIFICACIÓN DE LOS INFORMES REGULARES

El éxito de las actividades de socorro depende mucho de un sistema de presentación de informes con regularidad. Mediante el sistema doble (que acabamos de describir), pueden obtenerse datos en que apoyar las difíciles decisiones que se requieren repetidamente en una emergencia: ¿Se satisfacen bien las necesidades urgentes? ¿Necesitan las zonas en que no actúan los grupos de socorro más ayuda que otras que reciben asistencia de emergencia? ¿Se han convenido en general las prioridades de tipo médico? ¿Deben modificarse? ¿Se aprovechan todo lo posible los recursos escasos? ¿Existe una necesidad documentada de solicitar más recursos fuera del país?

Un programa no puede *demonstrar* su éxito, y es menos probable *que tenga éxito*, sin documentación sobre su efectividad. La reunión y evaluación de los datos pertinentes permite casi siempre descubrir las deficiencias de cualquier programa, que habrá que corregir para garantizar la máxima eficacia y aplicación.

7.4. ¿PUEDEN PRONOSTICARSE LOS PROBLEMAS MÉDICOS QUE PLANTEARÁN LAS EMERGENCIAS?

Se ha sugerido que los problemas médicos pueden pronosticarse con alguna certidumbre basándose en determinadas clases de emergencias y en su duración. Si fuese así, resultarían más simples muchos problemas que origina la reacción adecuada ante las necesidades médicas en una emergencia. En general, es de esperar que las catástrofes graves (tales como trombas de aire, terremotos y maremotos) produzcan heridos con lesiones traumáticas. Los supervivientes de maremotos que sufren lesiones graves son muy raros. Por suerte, en los últimos años las epidemias de enfermedades infecciosas, que tan a menudo se prevén como consecuencia de algunos de estos desastres, han sido poco frecuentes, y no es necesario

**INFORME SEMANAL DE LAS ACTIVIDADES MÉDICAS/
NUTRICIONALES DE SOCORRO DE EMERGENCIA**

GRUPO: _____ LOCALIDAD: _____

SEMANA TERMINADA EL SÁBADO, _____

	Admitidos la semana pasada	Admitidos antes	Total de ambos
I. NÚMERO DE PERSONAS ATENDIDAS			
A. Pacientes con enfermedades médicas o quirúrgicas:			
1) <i>Pacientes internos</i>			
Con predominio de desnutrición, de moderada a grave:	_____	_____	_____
Con enfermedades distintas de la desnutrición primaria:	_____	_____	_____
2) <i>Pacientes externos</i>			
Con predominio de desnutrición, de leve a moderada	_____	_____	_____
Con enfermedades distintas de la desnutrición primaria:	_____	_____	_____
Subtotal	_____	_____	A. _____
B. Otras personas alimentadas (porque no tienen víveres suficientes):			
1) Alimentación completa (400-600 gm/persona/día):	_____	_____	_____
2) Alimentación parcial:	_____	_____	_____
Subtotal	_____	_____	B. _____
C. Total de personas atendidas (A + B).	_____	_____	C. _____

	Recibidos	Distribuidos
II. CANTIDADES DE ALIMENTOS RECIBIDOS Y DISTRIBUIDOS (QUINTALES):		
Clases de víveres		
Granos	_____	_____
Legumbres	_____	_____
Leche en polvo	_____	_____
FAFFA, CSM y otros alimentos con mucha proteína	_____	_____
Otros alimentos	_____	_____

III. NÚMERO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS LA SEMANA ANTERIOR, con:

Sarampión _____	Fiebre recurrente por piojos _____
Viruela _____	Meningitis meningocócica _____
Hepatitis _____	Tuberculosis _____
Diarrea intensa _____	Paludismo _____
Fiebre tifoidea _____	Otras enfermedades _____
Tifus _____	

IV. NÚMERO DE DEFUNCIONES DURANTE LA SEMANA ANTERIOR (todas las causas):

Menos de 1 año _____
De 1 a 2 años _____
De 2 a 5 años _____
De 5 a 15 años _____
De 15 a 45 años _____
Más de 45 años _____

recomendar automáticamente programas obligatorios de vacunación o inmunización de emergencia.

Sin embargo, en términos generales es peligroso pronosticar, salvo a grandes rasgos, cuáles serán las consecuencias médicas de una determinada emergencia.

No obstante, se sabe que aparecen epidemias estacionales en muchos países (cólera, en Bengala; dengue, en Tailandia, y sarampión, en el Africa Occidental) y es de esperar que las catástrofes exacerben los fenómenos normales de temporada. De manera análoga, el hacinamiento, la falta de agua y la escasez de ropas tendrán indudablemente como consecuencia un recrudecimiento de las diarreas, fiebres tifoideas, tifus, sarna, piodermia y tuberculosis. Los preparativos anticipados servirán de mucha ayuda para iniciar pronto las medidas preventivas.

7.5. DISPOSICIONES MÉDICAS PRÁCTICAS

Las disposiciones medidas prácticas incluyen procedimientos preventivos y terapéuticos. Abarcan la mayoría de las necesidades corrientes de la salud (es decir, las que son peligrosas en potencia y las que se tratan con facilidad), que tienden a adquirir proporciones epidémicas cuando van asociadas con la desnutrición. Estos cuidados deben proporcionarlos auxiliares capacitados. En los párrafos siguientes estudiaremos la atención médica que se sugiere, si bien muchos de los métodos indicados pueden no ser aplicables en circunstancias determinadas. Las decisiones acerca de los métodos más adecuados deben basarse en los procesos de apreciación, planificación, aplicación y evaluación. Sin embargo, sobre la base de la experiencia anterior, los métodos descritos constituyen una eficaz guía general.

7.6. PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS

1. Inmunización contra enfermedades específicas.
2. Empleo de agua y jabón en abundancia para aseo personal.
3. Vigilancia de las enfermedades activas, para identificar y contener los brotes infecciosos.
4. Informes retrocesivos sobre la marcha de los trabajos por conducto de los medios informativos públicos, para aliviar los trastornos psicológicos de las personas y la sociedad.
5. Mejora del saneamiento ambiental, lo que quizá sea uno de los procedimientos más importantes. (Esta cuestión se estudia por separado más adelante).

7.6.1. **Inmunización y profilaxis.** Las campañas de inmunización selectiva y de profilaxis en medio de una emergencia de larga duración pueden ser muy útiles en los países en desarrollo. La inversión de tiempo, dinero y recursos humanos merecerá la pena si se tienen en cuenta los múltiples factores que deciden su necesidad y eficacia. Entre los elementos que hay que considerar figuran las enormes distancias que deberán cubrirse, la desorganización o falta de servicios logísticos, las variaciones de inmunidad del huésped, la ocurrencia cíclica reconocida de las epidemias en ciertas temporadas/años, la casi total erradicación de la viruela y la reaparición del paludismo en muchas localidades.

Tendrán que proyectarse los agentes inmunizantes pertinentes y otros servicios requeridos contra todas las enfermedades previstas, pero únicamente se proporcionarán sin demoras cuando sean necesarios. Habrá que poder inmunizar grupos seleccionados en los campamentos y comunidades para protegerlos, cuando se pronostique la aparición de una epidemia a base de información epidemiológica.

La decisión de iniciar un enérgico programa de inmunización debe basarse en un examen cuidadoso de las consideraciones de costo-efectividad; ²⁰ en este análisis no sólo hay que tener en cuenta el costo de la vacuna, sino también los gastos que origina el apoyo al grupo, la logística de la cadena "fría" y la administración del servicio. Asimismo se debe prestar atención a cuestiones tales como la eficacia de la vacuna, la cobertura de la población y el "costo de sustitución" de otros posibles programas, que pueden demorarse o darse de lado al determinar los gastos de este programa. En consecuencia, al planificar una campaña utilizando una vacuna que proporciona un 60% de protección, y suponiendo una cobertura de las dos terceras partes de la población susceptible, la protección real sólo alcanzará a un 40% de esa población. Como únicamente se beneficia este 40%, los costos resultantes per cápita se elevan en proporción.

De manera análoga, los beneficios no consisten sólo en las defunciones evitadas o en los gastos de hospital que no se realizan. También han de calcularse en función de la prevención del posible impacto de la epidemia en la economía, así como en función de los valores inconmensurables que representan la seguridad psicológica y la sensación de bienestar que adquiere la comunidad.

La inmunización preventiva que *quizá* tenga que planificarse incluye el sarampión, BCG, tétanos, difteria, tos ferina, fiebres tifoideas y

paratifoideas y cólera. La vacunación contra la fiebre amarilla puede resultar adecuada en las regiones donde todavía existe esta enfermedad y no se ha controlado el *Aedes* vector. La vacuna contra la rabia deberá ponerse a disposición, si es necesario, de las personas que han sido mordidas por animales que se sospecha están rabiosos. La vacunación contra la rubéola, paperas, peste bubónica, tifus, etc. no tiene que planificarse para las situaciones de emergencia. La meningitis meningocócica, y en especial la del grupo A, ha constituido una amenaza importante para las poblaciones concentradas (tal como los campamentos militares) y pudiera representar un peligro en algunos desastres; aun no se ha demostrado la eficacia de las nuevas vacunas, por lo que únicamente quedan las sulfonamidas como agente profiláctico. El paludismo continúa siendo endémico en gran parte del mundo donde hay más predisposición a desastres; si bien el control del vector en las zonas de los campamentos puede ser la forma de prevención con mejor relación costo-efectividad, la administración de dosis semanales de cloroquina o pirimetamina, sobre todo a la población infantil, quizá sea necesaria en algunos lugares para impedir que esta enfermedad vuelva a ser epidémica. Debe tratarse con la mayor energía de controlar los parajes en que cría el mosquito *Aedes* (culpable no sólo de la transmisión de la fiebre amarilla, sino también del grupo de fiebres del dengue), a fin de impedir que se estanquen las agua corrientes cerca de los lugares habitados.

7.6.2. Lavado con agua y jabón. El artículo médico más valioso es el jabón; no es necesario que sea de tipo medicinal o antiséptico, y cualquier clase, junto con una cantidad razonable de agua, resultará sumamente beneficiosa para prevenir enfermedades de la piel, enfermedades transmitidas por agua o fomites y otros tipos de enfermedades que se convierten con facilidad en epidemias en circunstancias de desorganización social, hacinamiento, saneamiento deficiente y desnutrición. (En el Capítulo 8 se dan detalles acerca del agua y otras medidas de saneamiento).

7.6.3. Sistemas de vigilancia de las enfermedades activas. Las actividades de vigilancia incluirán la presentación de informes unificados con regularidad, que enviarán los grupos de socorro y otros grupos médicos establecidos en el terreno.

7.6.4. Prevención de los trastornos e incapacidades de tipo psicológico. Las anormalidades psicológicas de las masas pueden controlarse cortando la divulgación de rumores infundados y de noticias tendenciosas y proporcionando en su lugar información exacta, sobre todo acerca de los progresos en la reducción del desastre. Los esfuerzos a tal fin evitarán las perturbaciones y harán que la evaluación mejore. El público pudiera exigir que se adopten ciertas medidas de protección de la salud, que los expertos en esta esfera quizá no consideren adecuadas. Para evitar malentendidos se publicarán explicaciones claras y declaraciones confirmatorias; se advierte a las autoridades que no deberán iniciar ningún procedimiento que no sea adecuado simplemente para atender demandas mal orientadas.

Algunas personas pueden sufrir graves trastornos psicológicos, y este hecho (en una atmósfera de apatía, pena, aturdimiento y confusión)

puede impedir que participen en los programas de alimentación, además de retrasar su vuelta a la normalidad.

7.7. PROBLEMAS CON PRIORIDAD

Entre los problemas médicos y sanitarios que tienen prioridad se suelen incluir:

- Los síntomas graves de desnutrición, que exigen atención médica, además de alimentación especial.
- Las enfermedades infecciosas asociadas con la desnutrición.
- Ciertas enfermedades crónicas, que pueden agudizarse con una grave desnutrición.
- Otras condiciones médicas, que quizá merezcan que se les presten cuidados de emergencia.
- Las lesiones traumáticas graves.

7.7.1. Terapéutica con drogas (no alimentarias) para las manifestaciones graves de desnutrición. Hay que considerar las tres condiciones siguientes:

1. Ciertas anemias de nutrición; por ejemplo, falta de hierro y derivados fólicos.
2. Avitaminosis A, y posiblemente del complejo B o del ácido ascórbico, así como otras deficiencias de microelementos nutritivos.
3. Hipoglucemia y desnutrición proteíno-calórica (DPC) en kwashiorkor.

7.7.1.1. Anemias de nutrición. Salvo que la anemia sea muy intensa, es difícil su reconocimiento clínico, pues hay que mirar si las uñas están pálidas, las palmas de las manos y los pies están arrugados y hay una membrana mucosa en la boca, así como las condiciones de los párpados. Habrá que enseñar al personal auxiliar cómo reconocer la palidez y a administrar un tratamiento, en forma de 300 gm. de sulfato de hierro durante cuatro semanas como mínimo.

La falta de derivados fólicos contribuye mucho a la anemia de la nutrición, sobre todo cuando hay una grave escasez de alimentos. En los casos de anemia intensa habrá que dar 5 mg diarios de un preparado de ácido fólico; las embarazadas recibirán compuestos de hierro y derivados fólicos durante el último trimestre de la gestación. En estas anemias nutricionales no está indicada la vitamina B₁₂.

En los casos extremos de anemia por falta de hierro quizá convenga poner inyecciones intramusculares profundas de preparados de hierro.

7.7.1.2. Avitaminosis A y otras deficiencias vitamínicas. En las regiones del mundo donde es corriente que la dieta carezca de caroteno y vitamina A, las manifestaciones de avitaminosis A grave en los ojos de los niños de edad preescolar pueden adquirir proporciones casi epidémicas, por lo general en unión de DPE, sarampión o diarreas. En estas circunstancias, está indicado distribuir a todo este grupo de edad 200.000 UI (65.000 microgm) de vitamina A por vía bucal. Cuando se observa una queratomalacia aguda, hay que administrar inmediatamente por vía bucal

o inyección dosis de concentrados de vitamina A en solución acuosa, para proteger la vista; es preferible el inyectable en preparado acuoso cuando el paciente tiene diarrea o vómitos. No es segura la absorción de una forma de vitamina A soluble en aceite desde el sitio de la inyección.

Con frecuencia se prescriben y administran complejos de vitamina B o multivitamínicos, aunque los beneficios que proporcionan no suelen ser significativos. Si bien no hay que usarlos por rutina, no causarán ningún daño en la dosis usual, cuando son necesarios.

7.7.1.3. Hipoglucemia en el kwashiorkor. La hipoglucemia aguda temporal figura entre los trastornos más graves del metabolismo que complican el kwashiorkor. La gravedad y frecuencia de esta complicación fatal se registra a menudo en las horas de la madrugada. Los investigadores clínicos recomiendan tomas frecuentes de alimentos (cada tres horas) como medio de impedir su aparición, por los menos en los primeros días de tratamiento. Si aparece hipoglucemia, hay que tratar de combatirla con una inyección intravenosa de una solución de glucosa (50 ml al 10% y 25 ml al 50%).

7.7.2. Terapia de las enfermedades infecciosas comunes asociadas con la desnutrición. Los procesos infecciosos más corrientes, graves y fatales en potencia, que pueden originar una DPE intensa o que se encuentran por sinergia en las primeras fases de una DPE moderada, son dos categorías amplias de infecciones diarreicas y respiratorias de la niñez. Estas dos condiciones generales unidas, en conjunción con la desnutrición, son la causa de la mayoría de las defunciones que ocurren en muchos países en desarrollo, incluso en su situación “normal” endémica. Durante una emergencia, la tasa de mortalidad debida a las diarreas e infecciones respiratorias asociadas a la desnutrición se eleva aún más.

Mediante sencillos métodos de observación, los auxiliares capacitados pueden hacer diagnósticos razonablemente exactos de la mayoría de las condiciones que entran en esta categoría, con lo que les será posible iniciar una terapia racional recurriendo a una lista no muy larga de medicamentos relativamente baratos. Así se podrán salvar muchas vidas en la mayoría de las emergencias, con beneficios que compensan de sobra el riesgo de fallos terapéuticos y de efectos secundarios tóxicos.

La lista de enfermedades que se da a continuación no se ha ordenado por prioridad, frecuencia o gravedad, sino por sistemas del organismo. No pretende ser completa ni universalmente aplicable, pero si incluye las principales condiciones médicas que probablemente plantearán en los países en desarrollo graves problemas de salud durante una emergencia.

7.7.2.1. Enfermedades diarreicas

- 1. Cólera y otras enfermedades diarreicas.** El mayor peligro que encierran las enfermedades de esta clase es la deshidratación del paciente. El tratamiento consiste en administrar fluidos, cuando es posible por vía bucal, y en caso necesario por vía intravenosa. Los fluidos administrados por la boca se absorben más deprisa que por vía intraperitoneal, por lo que estos últimos raras veces

son eficaces. En el Cuadro XII se dan directrices para diagnosticar la deshidratación. La pérdida calculada de fluidos debe reponerse en un plazo de cuatro horas, y el 50% en los primeros 60 a 90 minutos. Para rehidratar al paciente se puede usar "Oralyte"²¹ disuelta en agua; en la administración intravenosa se utilizará "Lactato Ringer" (estéril).

Puede emplearse la vía bucal para rehidratación si el paciente conserva el conocimiento y colabora; de lo contrario, se iniciará la administración intravenosa por goteo y se pasará a la vía bucal tan pronto como pueda beber. A los enfermos con fiebre o indicios de cólera se les dará tetraciclina (250 gm cada seis horas, durante tres o cuatro días), para controlar la infección. El paciente rehidratado se caracteriza por que tiene:

- Pulso apreciable en el empeine del pie.
- Respiración y pulso normales
- Una cantidad razonable de orina cada cuatro horas.

Si no cumple alguna de estas condiciones, se le darán más fluidos en la forma descrita.

Una vez rehidratado, deberá darse al paciente:

- Si es un niño, un vaso lleno de fluido oral (200 cc) por cada excremento; si es un adulto, dos vasos.
- Más fluidos si está sediento, pero sólo en cantidad para calmar la sed.
- Los vómitos no constituyen contraindicación para administrar con frecuencia pequeñas cantidades de fluidos.
- Volver a la dieta normal lo antes posible, con preferencia a las pocas horas.

2. Probable disentería bacilar

Diarrea aguda e intensa, con fuertes retortijones. Heces mucosas y sanguinolentas, pero por lo general sin mal olor. *La enfermedad dura tres días o más.* Vientre tierno y quizá deshidratación.

Tratamiento sugerido:

Dar a beber fluidos, en la forma indicada si es necesario; dieta, la que tolere el paciente.

Tetraciclina: 250 mg cada seis horas durante tres días, o sulfadiazina o sulfadimidina: 1 gm cada seis horas durante seis días. Para los retortijones, 5 ml de tintura de opio en agua cada cuatro horas.

3. Probable amebiasis

Fuertes dolores de vientre y fiebre. Quizá frecuente con heces mucosas y sanguinolentas de mal olor *durante diez días o más.* Vientre tierno e hígado quizá hipertrofiado o tierno. Puede haber pérdida de peso.

Tratamiento sugerido:

Dar a beber fluidos, en la forma indicada si es necesario; dieta, la que tolere el paciente.

Tetraciclina: 1.000 mg stat. y 250 mg cada seis horas durante

CUADRO XII
Diagnóstico de la deshidratación y fluidos necesarios

Grado de deshidratación	Pulso/min.* (niño/adulto)	Respiraciones* min. (niño/adulto)	Ojos	Turgencia de la piel (Tiempo de retorno a la normalidad al pellizcarla)	Pérdida de fluidos (% de peso del cuerpo)	Rehidratación aproximada (ml): Volumen de fluido (niño/adulto)
Nada	100/80	24/18	nada	nada	0	0/0
Leve	120/90	30/25	nada	nada	3-5	500/1.200
Moderada	140/110	40/30	hundidos	2 seg.	7-9	1.000/2.500
Intensa	160/130	50/40	muy hundidos	5 seg. o más	10-15	1.500/4.000

* Si hay fiebre o infección del tórax, estos parámetros pueden no reflejar bien el grado de deshidratación.

seis días. A continuación, diiodohidroxiquinolina, 500 mg cada doce horas durante tres semanas.

Si el hígado está tierno, Metronidazol, 250 mg tres veces al día durante seis días.

4. Probable diarrea "simple"

Diarrea intensa o recurrente, de moderada a escasa. Puede haber más de seis defecaciones diarias, pero el paciente no parece estar muy enfermo; alerta, con pulso fuerte y buena elasticidad de la piel.

Tratamiento sugerido:

Rehidratación por vía bucal, en la forma descrita. Debe insistirse en tomas frecuentes de alimento, incluso si el paciente tiene la tripa suelta. Evítese grandes cantidades de leche. Adminístrese K MIX-2, si se dispone de este preparado.

5. Probable fiebre tifoidea

Fiebre alta, con dolores de vientre, que pueden ser debidos a diarrea o estreñimiento. Pulso quizá lento. Dolor de cabeza y quizá delirio. Vientre tierno, e hígado y bazo hipertrofiados y tiernos.

Tratamiento sugerido:

Dar a beber fluidos, en la forma indicada si es necesario; dieta, la que tolere el paciente.

Cloramfenicol, 500 mg cada seis horas durante diez días.

7.7.2.2. Afecciones respiratorias

1. Probable neumonía aguda

Fiebre, a menudo repentina, y escalofríos. Tos productiva, con esputo amarillento y con frecuencia estriado de sangre. Dolores de pecho. Respiración difícil y rápida; retracción de costillas, con ruido sordo a la percusión, y estertores. Puede haber cianosis.

Tratamiento sugerido:

Estimular el consumo de fluidos orales y continuar la alimentación. Penicilina procainada, 600.000 unidades diarias, en inyección intramuscular, durante tres días; penicilina benzacina, 1.200.000 unidades, o penicilina G en píldoras: 4.000.000 de unidades cada cuatro horas durante siete días.

2. Probable neumonía subaguda

Persistencia de los síntomas y señales, como en (1), después de cinco días de tratamiento con penicilina.

Tratamiento sugerido:

Consumo de fluidos y alimentación como se ha indicado.

Tetraciclina, 500 mg stat y 250 mg cada seis horas durante cinco días.

3. Posible tuberculosis pulmonar

Persistencia de los síntomas y señales, como en (1), durante dos semanas o más o un largo historial de tos, con fiebre, sudores, hemoptisis y pérdida de peso. Estertores y posible ruido sordo, por efusión en la pleura. Nódulos linfáticos hipertrofiados. No

debe iniciarse el tratamiento antituberculoso si no hay garantía de que se mantendrá durante un lapso suficiente (por lo menos un año). Siempre que sea posible, el diagnóstico se basará en el examen de los esputos.

Tratamiento sugerido:

Consumo de fluidos en la forma descrita y tomas extraordinarias de alimento. Habrá que aplicar el tratamiento antituberculoso nacional.

- INH, 300 mg diarios durante un año.
- Tiacetazona, 150 mg diarios durante un año.
- Estreptomina, 1 gm diario en inyección intramuscular durante uno a tres meses. Luego cesa.

Cuando existe un tratamiento antituberculoso nacional, el paciente se enviará para el diagnóstico definitivo y tratamiento a largo plazo tan pronto como se pueda, después de iniciado el tratamiento de emergencia. Los miembros de la familia, y en especial los niños pequeños, recibirán:

- INH, 100 mg diarios durante un año.

4. Probable laringotraqueitis o tos ferina agudas

Síntomas y señales como en (1), con obstrucción o respiración sibilante, ronquera o tos convulsiva en los niños. El paciente aspira con ansia y hay retracción de costillas. Puede aparecer deshidratación.

Tratamiento sugerido:

Consumo de fluidos y alimentación en la forma descrita en (1). Cuando hay deshidratación intensa, adminístrense fluidos orales como en el tratamiento de la diarrea. Cloramfenicol, 250 mg cada seis horas durante cinco días, para niños mayores de seis años, y 125 mg cada seis horas durante cinco días, para niños más pequeños.

Los antibióticos no producen ninguna diferencia en la intensidad o duración de la enfermedad una vez que se ha declarado, pero si disminuyen la posibilidad de infección. Como medida preventiva, probablemente será muy útil tratar a todos los que han estado en contacto próximo con el niño afectado.

5. Probable bronquitis aguda

Fiebre, tos y dolor de pecho. Sin embargo, la respiración no es difícil. Estertores y silbidos profundos y generalizados; por otra parte, los pulmones están despejados.

Tratamiento sugerido:

Consumo de fluidos y alimentación en la forma descrita en (1). Sulfadimidina o sulfadiazina, 2 gm stat. y 1 gm cada seis horas durante tres días. (Como alternativa, puede utilizarse penicilina en las dosis indicadas en (1)).

6. Probable infección aguda de las vías respiratorias altas, con amigdalitis. Fiebre, garganta rasposa y tos. La faringe y las amígdalas están enrojecidas, y tienen a menudo puntos de pus. Nódulos linfáticos tiernos en el cuello. (La existencia de una

membrana gris blanquecina y gruesa, que sangra con facilidad, es indicio de posible difteria).

Tratamiento sugerido:

Consumo de fluidos en la forma descrita en (1). Dieta blanda, hasta que desaparezca la irritación de garganta.

Penicilina procainada: 600.000 unidades diarias en inyección intramuscular durante cinco días, o penicilina benzacinada: 1,2 ml durante cinco días. (Para la difteria, adminístrese preparado antitoxínico, cuando se disponga de él).

7. Infección ligera de las vías respiratorias altas

Conductos nasales obstruídos y con mucosidad abundante, a menudo con garganta rasposa y tos. Puede haber fiebre de unas décimas.

Tratamiento sugerido:

Fluidos y "apoyo moral" al enfermo. Aspirina: 150 mg cada seis horas durante un día, para los niños cuando tienen fiebre.

7.7.2.3. Enfermedades de ojos y oídos

1. Probable conjuntivitis aguda

Dolores en el globo del ojo, que se acentúan cuando se mueven los párpados. Las membranas del ojo y del párpado están enrojecidas. Puede haber descarga de pus.

Tratamiento sugerido:

Lavado del ojo con solución salina (se enseñará a la madre a hacerlo). Pomada oftalmológica de tetraciclina, aplicada dos veces al día durante siete días. Si hay mucha descarga purulenta, adminístrese 1 gm de sulfadimidina cada seis horas durante siete días.

2. Probable otitis aguda del oído medio

Dolor en el oído, por lo general con fiebre. Puede haber descarga de pus.

Tratamiento sugerido:

Protección del oído contra el frío. Penicilina procainada. 600.000 unidades diarias en inyección intramuscular durante tres días. Si el paciente no mejora en tres días, penicilina benzacinada: 1,2 ml durante tres días más, o tetraciclina: 500 mg stat. y 250 mg cada seis horas durante siete días. Para niños menores de seis años, puede dárseles tetraciclina desde un principio. Si hay descarga de pus, gotas de antibiótico tres veces al día, durante siete días.

3. Probable otitis aguda del oído externo

Dolor en el oído, por lo general sin fiebre. El dolor aumenta al tirar del pabellón de la oreja. El canal del oído externo está enrojecido e inflamado.

Tratamiento sugerido:

Gotas de antibiótico en el oído, tres veces al día durante siete días.

7.7.2.4. Enfermedades de la piel

1. Probable sarna

Picor y sarpullido. Pueden estar generalizados, pero suelen existir en los intersticios de los dedos, en los sobacos y entrepierna y debajo de los pechos de las mujeres lactantes; además, en la cara de los niños, y a menudo en todo el cuerpo. El sarpullido puede tener una infección secundaria. (Véase (2.))

Tratamiento sugerido:

Lavado minucioso con agua y jabón; se pintarán todas las regiones afectadas con benzoato bencílico al 20% y se dejará secar la tintura. Hay que prestar atención a los pliegues y arrugas, que deberán abrirse para aplicar la droga. Un día después se dará una segunda mano, y en adelante a intervalos regulares (si fuese necesario). Dos días después de la última aplicación se dará un baño de limpieza al paciente. Los vestidos y ropa de cama se hervirán antes de volver a utilizarlos. Las personas que forman parte de grupos en estrecho contacto deberán ser tratadas simultáneamente.

2. Probable piodermia (por ejemplo, impétigo y furúnculos)

Dolores y llagas en la piel, a menudo con inflamación y descarga de pus. Enrojecimiento, sensación de ternura e inflamación, a menudo con costras y pus.

Tratamiento sugerido:

Lavado con agua y jabón, dos veces al día. Aplicación de compresas húmedas calientes, y de pomada violeta de genciana o antibiótico a diario.

Penicilina procainada: 600.000 unidades diarias, en inyección intramuscular, durante tres días, o penicilina benzacina: 1,2 ml. Cuando esté indicado, se abrirán y drenarán los abscesos.

7.7.2.5. Enfermedades parasitarias

1. Probable paludismo

Escalofríos y fiebre, con dolores de cabeza y musculares. Puede haber además náuseas y vómitos. (En algunos casos, aparecen manifestaciones más intensas, que requieren un tratamiento especial).

Tratamiento sugerido:

Fosfato de cloroquina, tableta de 250 mg (= base de cloroquina: 150 mg).

Adultos: 3 tabletas stat. y 1 tableta diaria durante dos días

Niños de 5 a 10 años: 1 tableta diaria durante tres días

Niños de 1 a 5 años: ½ tableta diaria durante tres días

Niños de 0 a 1 años: ¼ tableta diaria durante tres días

Otro posible tratamiento: un día con base de cloroquina de 600 mg, que se repite a los tres días, si es necesario.

Dosis proporcionalmente menor para los niños.

2. Probable anquilostomiasis

Síntomas variables. El enfermo puede estar débil y pálido.

Examen al microscopio de las heces; si hay huevos del parásito, se confirma el diagnóstico.

Tratamiento sugerido:

Bifenio, dosis de 5 gm por un solo día (la mitad para niños de 1 a 6 años). *No debe tratarse a los niños menores de 1 año.*

3. Probable triquinosis

Puede haber distensión y dolor de vientre. Quizá se encuentren grandes helmintos en las heces. Examen al microscopio de las heces; si hay huevos del parásito, se confirma el diagnóstico.

Tratamiento sugerido:

Piperacina: 4 gm diarios durante dos días ($\frac{3}{4}$ de esta dosis para niños de 1 a 6 años y $\frac{1}{2}$ para niños menores de un año).

7.7.2.6. Infección aguda del tracto urinario

Frecuencia y urgencia de la micción, con sensación de quemadura. Puede haber fiebre, escalofríos y dolor en los costados y la espalda.

Tratamiento sugerido:

Bébanse por lo menos diez tazas de agua por día, y adminístrese sulfadiacina o sulfadimidina, 2 gm stat. y 1 gm cada hora durante tres días. A continuación, 0,5 gm cada seis horas durante tres días.

7.7.3. Atención médica a ciertas condiciones no infecciosas

A las condiciones crónicas, cuyo diagnóstico y tratamiento resultan mucho más difíciles, hay que asignarles necesariamente menos prioridad. Este criterio se aplica sobre todo cuando tales condiciones se consideran dentro del contexto de un programa nacional de salud organizado a largo plazo.

En especial el personal de salud proveniente del exterior, tiende a aplicar complejos y difíciles métodos de atención médica a personas que padecen diabetes, afecciones cardíacas o renales y cáncer. Como el personal y los recursos de protección de la salud ya están agobiados por la emergencia, hay que preguntarse si los cuidados ordinarios y escasos que pueden prestarse en esas circunstancias se continuarán, o se estudiará la posibilidad de prestarles más atención. No puede aceptarse la organización de programas terapéuticos costosos y complejos, que no podrán mantenerse una vez terminada la emergencia. Sin embargo, a estos pacientes no puede negárseles el tratamiento esencial que pueda aplicarse dentro de las dificultades de una situación de emergencia.

Cuando se trata de hambres, algunos casos de deficiencias cardíacas o renales crónicas pueden estar enmascarados como kwashiorkor o edema, pero un análisis rutinario de la orina permitirá establecer el diagnóstico. Si no se puede hacer tal análisis, los trastornos podrán tratarse como casos de desnutrición primaria. Las condiciones debidas a la enfermedad cardíaca o renal se revelarán pronto por la falta de respuesta a la terapéutica nutricional.

7.7.4. Otras condiciones. Se ha comunicado que los embarazos y nacimientos vivos disminuyen durante un hambre. Sin embargo, el servicio ginecológico (con cuidados antes y después del parto) exigirá que se

atiendan las demandas de las mujeres embarazadas y lactantes. Los problemas ordinarios del alumbrado serán atendidos por las parteras indígenas, las cuales contarán con el apoyo de las autoridades encargadas del socorro en su tarea. Una estrecha comunicación con las parteras les permitirá referir los casos de complicaciones ginecológicas, cuando sea necesario, a una enfermera profesional o médico. Habrá que tratar de vacunar a todas las embarazadas contra el tétanos, para proteger al recién nacido; para ello se administrarán dos inyecciones con un intervalo de cuatro a seis semanas, la segunda antes de la 36a. semana de gestación. Las embarazadas también recibirán un preparado de hierro y derivados fólicos, a ser posible durante el último trimestre; pocos días antes del parto se les dará una sola cápsula de vitamina A (200.000 UI), para proteger contra las deficiencias durante los primeros meses de vida. Las parteras seguirán cursillos sobre partos y cuidados postparto, y se les suministrará un maletín con hojas estériles y ligaduras, para cortar el cordón umbilical.

7.7.5. Lesiones traumáticas graves. En esta Guía no trataremos de describir el tratamiento de este grupo de condiciones.

La unidad de socorro médico deberá estar provista de uno o dos juegos de equipo quirúrgico de primeros auxilios para cirugía menor. En general, se necesitan:

Un esterilizador, con mechero	Vendas
Suturas	Torniquetes
Estetoscopio	Sujetadores de vendaje
Forceps y pinzas hemostáticas	Soportes de aguja
Bisturís	Agujas para jeringuilla
Tijeras	Agujas de suturar
Jeringuillas y jeringas	Navajas de afeitar
Anestésicos locales	Férulas

7.8. LISTA DE DROGAS

La lista de medicamentos que figura a continuación sólo se utilizará ajustándose a las recomendaciones que se han hecho. La autoridad médica de la localidad encargada de las actividades médicas de socorro podrá modificarla, si existen razones específicas. Cuando se emplean en la forma debida, estas drogas pueden salvar muchas vidas, pero de otra manera pueden causar enfermedades graves o la muerte. Hay que almacenarlas con cuidado para que no se deterioren y controlarlas con suma rigurosidad para impedir que se haga un uso no autorizado. El suministro es limitado, así que tienen que gastarse con prudencia y no derrocharlas.

Las dosis están previstas para adultos, salvo que se indique otra cosa. Se han propuesto multitud de fórmulas para convertir las dosis de adulto en dosis para niños. Una de ellas es:

<u>Edad (en años)</u>	<u>Proporción de la dosis de adulto</u>
12 y más	Dosis completa (1) de adulto
6 a 12	½ de la dosis de adulto
1 a 6	¼ de la dosis de adulto, o menos

Como la mayoría de las drogas y medicamentos originan síntomas tóxicos si se abusa de ellos, se necesita el asesoramiento de un profesional para determinar la dosificación.

7.8.1. **Clases de drogas.** Todas estas drogas tienen posibles sustitutivos, y las dosis pueden variar algo. Los jarabes y preparados en suspensión son más caros.

1. Microbicidas en general

Penicilina procainada: 300.000 unidades/ml, por vía intramuscular

Penicilina benzacina: 1.200.000 unidades por ampolla.

Tetraciclina: cápsulas o tabletas de 250 mg

Tetraciclina: jarabe de 125 mg/5 ml

Cloramfenicol: cápsulas de 250 mg

Cloramfenicol: 150 mg/5 ml en suspensión

Pomada oftálmica de tetraciclina: tubos de 5 gm

Gotas de antibiótico para tratamiento de afecciones de oído

2. Sulfonamidas

Sulfadiazina, o

Sulfadimidina: tabletas de 0,5 gm

3. Antituberculosas

Estreptomina, inyección de 500 mg/ml por vía intramuscular

Isoniacida (INH): tabletas de 100 mg

Tiacetazona: tabletas de 400 mg

4. Antipalúdicas

Fosfato de cloroquina: tabletas de 250 mg (contienen una base de cloroquina de 150 mg)

5. Antiparasitarias

Bifenio: saquito de 5 gm

Piperacina: tabletas de 500 mg

Piperacina: jarabe de 500 mg/ml

Diidroxiquinolona: tabletas de 300 mg

Metronidazol: tabletas de 200 mg

Benzoato bencilico: solución al 20%

Violeta de genciana: solución al 1% (para aplicación local únicamente)

6. Preparados de hierro y vitaminas

Sulfato de hierro: tabletas de 0,3 gm

Sulfato de hierro: jarabe de 50 mg/5 ml

Cápsulas de vitamina A: 200.000 UI, y/o

Cápsulas de vitamina A: 100.000 UI, para administración por vía bucal

Ampollas de palmitato de retinilo en suspensión acuosa: 100.000 UI para inyecciones

Complejo vitamínico B, con vitamina C: cápsulas o tabletas

Complejo vitamínico B, con vitamina C: jarabe

Tabletas de vitaminas múltiples

7. Drogas de emergencia

Ampollas de epinefrina (adrenalina), para shock anafiláctico
Inyectables de fenobarbital, para ataques de epilepsia
Inyectables de morfina, para traumas intensos e infartos de miocardio

Estos elementos permitirán que el trabajador ayude a la víctima en casos graves, mientras espera que se lleven al paciente o que llegue asistencia.

8. Sintomáticas

Aspirina: tabletas de 0,3 gm
Aspirina: tabletas masticables de 80 mg
Suspensión de caolín-pectato
Tintura de opio (paregórico): 15 mg/30 ml
Trisilicato de magnesio (MgO)₂(SiO₂): 500 mg
Mezclas para la tos, que pueden darse a adultos y niños y que en gran parte son útiles por su efecto de placebo. Suele ser el medicamento que más se pide.
Antihistamínico a dosis baja, para la rinitis
Sulfas en base de petrolato, para las infecciones de la piel

9. Fluidos

Mezcla glucoso/salina con HCO₃ y K. en paquetes, para desleirla en agua fría. Hay que seguir las instrucciones.
Paquetes de "Orolyte"
Glucosa al 50% para hipertensión: ampollas de 20 ml
"Lactato Ringer" y juegos estériles de administración intravenosa

7.9. SERVICIOS DE LABORATORIO

Un equipo mínimo, en forma de un microscopio con placas para frotis con coloraciones de Wright, de Gram y resistente a ácidos; un hemoglobinómetro, una centrifugadora manual pequeña, portafrotis y fundas, será de mucha ayuda para hacer diagnósticos acertados y comprobar el progreso de los tratamientos. Sin embargo, no se harán análisis rutinarios. Si se habilita el servicio de laboratorio, lo utilizarán en común dos o más unidades de atención a pacientes internos.

¹⁹ En 1968, sólo se incluyeron en la región de Nigeria oriental cuatro enfermedades infecciosas, a saber: viruela, sarampión, tos ferina y meningitis. En cambio, el sistema de vigilancia establecido en los campamentos de refugiados de Bengala Oriental en la India abarcó dieciocho de tales enfermedades.

²⁰ Se han preparado cálculos de costo-efectividad para la vacunación contra el cólera, que en las zonas donde es endémico proporciona un 60% de protección durante un período de seis meses. La cobertura amplia resulta costosa, y con frecuencia no alcanza a quienes la necesitan, pues, en medio de una epidemia, la vacuna es lenta para retrasar la propagación del cólera en la región afectada. Por lo tanto, para muchos sectores se decide no vacunar y concentrar el esfuerzo en la pronta rehidratación, lo que constituye una intervención con relación costo-efectividad mejor.

ⁿ Sal del UNICEF para rehidratación por vía bucal. Cada paquete contiene:

Cloruro de sodio (sal común)	3,5 gm
Cloruro potásico	1,5 gm
Bicarbonato de sodio (soda de cocina)	2,5 gm
Glucosa	20,0 gm
Aromatizante	0,5 gm
Peso total:	28,0 gm

Instrucciones: Disuélvase el paquete en un litro de agua potable y bébase la mezcla según se indica.

Advertencia: La solución no debe hervirse.
(Se puede preparar cualquier otra sal de composición similar).