

TRANSFORMACION URGENTE DE UN HOSPITAL LOCAL EN UN HOSPITAL DE ALTO RIESGO UNA EXPERIENCIA MEDICA Y ADMINISTRATIVA

DR. GERMAN FERNANDEZ CABRERA

1. INTRODUCCION

El Hospital Local "El Guavio" es un modesto policlínico ubicado en las cercanías del tradicional Barrio Egipto, en las laderas montañosas orientales de la capital colombiana. Inaugurado en agosto de 1983, ha incrementado sus servicios paulatinamente con énfasis en medicina comunitaria de atención primaria y hospitalización de primer nivel.

En condiciones normales, presta servicios de urgencias, medicina general, hospitalización, con treinta camas y doce de apoyo y las cuatro especialidades básicas, cuenta además con odontología y laboratorio clínico. Incluye en su nómina a 74 personas, de las cuales 20 son profesionales de la medicina. Su promedio mensual de gastos en 1986, fue de \$5'300 000 pesos y sus ingresos por venta de servicios ascendieron a un millón mensual. (US\$5 000).

En 1986, su porcentaje ocupacional osciló entre un 40 y 60%, con ritmos constantes de incremento.

2. REACCION INICIAL

Al conocer las primeras noticias sobre el desastre, el día 14, el Director del Hospital, autor de estas líneas, se desplazó a la Oficina Central de la Secretaría de Salud de Bogotá para conocer el plan de acción inmediato. Allí se recibían informes fragmentarios, a veces órdenes contradictorias de diferentes orígenes; pero lo que sí era claro, hacía referencia a la enorme extensión y magnitud de la avalancha.

Se dispuso inmediatamente, con la anuencia del Secretario de Salud de Bogotá, que el Hospital El Guavio conformara un equipo multidisciplinario para ser desplazado inmediatamente a Mariquita, única opción área en esa zona; y que se sacara de los depósitos los elementos que serían indispensables en la atención de los heridos. De igual manera se procedió con otros hospitales de la capital.

Al mismo tiempo, se requería contar con aviones para el traslado y se optó por llamar a compañías aéreas privadas quienes inmediatamente pusieron a disposición algunos aviones pequeños de pasajeros y el único avión ambulancia privado que posee el país. Pudimos llevar a Mariquita a las 2 p.m. del día 14 de noviembre a 70 profesionales, entre médicos y paramédicos quienes, a partir de ese momento, organizaron la atención en ese hospital; reemplazaron a los dos únicos médicos que atendían a multitud de heridos graves desde la media noche anterior.

Este equipo asumió, hasta el día siguiente en la tarde, una de las mayores cargas asistenciales en estos acontecimientos.

3. CASUISTICA

- a) Fue decisión del Señor Secretario de Salud de Bogotá, doctor Carlos Jaramillo, y del Ministro de Salud, doctor Rafael de Zubiría, dedicar el Hospital El Guavio a la atención exclusiva de pacientes con gangrena y gangrena gaseosa provenientes de Armero, en el convencimiento de que el cierre de esta institución a la atención

comunitaria no causaría importantes traumatismos a la población de la capital, como sí sucedería con la clausura de otros hospitales más grandes.

Evacuamos el hospital el lunes 18 de noviembre, y ese mismo día empezamos a recibir pacientes remitidos de otras entidades. Es necesario dejar en claro que no existió un criterio selectivo unificado en la remisión de heridos de otros hospitales y llegaron diversidad de casos con infecciones severas y sepsis o gangrenas, como lo veremos a continuación

- b) Fueron diez los pacientes provenientes de la zona de desastre, 7 hombres y 3 mujeres, 5 remitidos de hospitales de Bogotá y 5 de hospitales de provincia.

- c) Distribución por edades:

0 a 10 años	0
11 a 14 años	4
16 a 25 años	1
26 a 35 años	4
36 a 49 años	0
50 o más	1

— La mayoría, fueron pacientes menores de 35 años, fenómeno común en las catástrofes del mundo, donde se salva principalmente la población joven, en tanto que la infantil y la anciana perece en mayor proporción.

- d) Aunque todos ellos recibieron atención médica en la zona del desastre, el lapso transcurrido entre éste y su primera atención fue variable y en algunos casos tardío, por las dificultades en el rescate.

0 - 24 horas	0
25 - 48 horas	7
más de 48 horas	3

- e) Al tomar en cuenta el lapso comprendido entre el momento de la catástrofe y el día de la hospitalización en "El Guavio", tenemos el siguiente cuadro.

Menos de 2 días	0
De 3 a 4 días	1
Más de 5 días	9

- f) El tiempo transcurrido desde el trauma hasta la primera hospitalización, fue así:

Menos de 24 horas	0
De 25 a 48 horas	0
De 49 a 96 horas	2
Más de 96 horas	8

Las tres tablas anteriores nos permiten entender que la atención primaria tardía, la primera hospitalización transcurridos ya varios días y la remisión al centro especializado con bastante posterioridad, fueron factores que determinaron la aparición de lesiones complicadas, gangrenas y sepsis. Y permite ver, en perspectiva, la excelente labor desempeñada por el equipo del último hospital de remisión, cuando se evalúan los resultados finales.

- g) A su ingreso, todos los pacientes presentaban significativas alteraciones sistémicas:

Hemodinámicas	6
Metabólicas	
Acido-básicas	5
Electrolíticas	10

Otras	1
Insuficiencia renal	3
Compromiso respiratorio	3
Coagulación Intra-vascular diseminada	1

- h) Todos ellos, mostraban heridas infectadas en grados III y IV. Según la profundidad, se distribuyeron así:

Piel y tejido subcutáneo	10
Fascias musculares	7
Tejidos musculares	6
Exposición de hueso	6

- i) La localización de las heridas fue la siguiente:

Cabeza y cara	2
Tronco	3
Miembro superior	3
Miembro inferior	3

De estos pacientes, seis tenían lesiones osteoarticulares; tres, lesiones torácicas; y ninguno, lesiones abdominales.

- j) De los diez pacientes remitidos, a ocho se les había practicado desbridamiento de sus heridas; a cuatro, fasciotomía; a tres, suturas y sólo a uno le realizaron curación abierta; a todos, limpieza quirúrgica; a uno de ellos, amputación en MMIIID y a otro fijación interna de sus fracturas.

- k) Esquematizamos los diagnósticos de remisión.

Diagnóstico presuntivo de gangrena	10
Diagnóstico comprobado de gangrena por:	
Clostridium	3
Otros Gérmenes	7
Sepsis	8

- l) El manejo inicial de los pacientes en "El Guavio", incluyó toma de muestras para laboratorios; retiro completo de materiales tales como catéteres, sondas y líneas venosas; lavado general e identificación de lesiones, rayos X, inicio de las medidas de sostén y monitoreo químico.

- m) La reanimación se practicó con cristaloides en dos pacientes y mezcla de cristaloides y coloides, en ocho. En estos últimos, la proporción utilizada fue de 50% de cristaloides y 50% de coloides, en cuatro pacientes y sólo 25% de coloides en los otros cuatro.

- n) Se utilizaron las siguientes medidas profilácticas:

-- Globulina antitetánica	5 pacientes
-- Antiácidos	4
-- Cimetidina	4
-- Heparina	2

- o) El enfoque terapéutico se sustentó en la siguiente forma.

- Manejo de infección.
- Sostén del estado hemodinámico.
- Atención a los problemas de ventilación
- Medidas de soporte (nutricional, transfusiones, etc.).

p) Se practicaron a repetición los siguientes exámenes de laboratorio:

— Bacteriología	10 pacientes
— Química sanguínea	10
— Equilibrio ácido básico	9
— Hematología	10

q) Las combinaciones antibióticas empleadas, se relacionan a continuación:

— Penicilina - Gentamicina	2 pacientes
— Penicilina - Gentamicina - Clindamicina	3
— Penicilina - Gentamicina - Metronidazol	1
— Penicilina - Cefoperazona - Clindamicina	1
— Penicilina - Azactam - Clindamicina	1
— Penicilina - Clindamicina - Cefoperazona - Metronidazol - Cloramfenicol	1

r) Se utilizó la oxigenoterapia, así

— Por cánula	6 pacientes
— Por máscara	2
— Por presión positiva	2
— No requirieron soporte ventilatorio	2

s) El soporte nutricional:

— Hiperalimentación parenteral	1 paciente
— Nutrición enteral	9 pacientes

t) A todos, se les practicaron limpiezas quirúrgicas y desbridamientos frecuentes. A tres, amputación, de los cuales sólo uno sobrevivió. A cinco, se les efectuaron fasciotomías y a cuatro, inmovilización de sus fracturas. A dos, injerto de piel.

u) En total, tres pacientes fallecieron: uno de ellos a las 12 horas de hospitalizado, de edad avanzada, quien además de su infección diseminada, presentaba severas alteraciones previas como diabetes y nefropatía, que dificultaron su manejo, otro, en quien la necrosis se instaló en una zona no amputable (axila y pectorales izquierdos), de donde se extendió y profundizó a pesar de los amplios desbridamientos de tejidos blandos. Y el tercero, presentó lesiones necrotizantes en los cuatro miembros y el abdomen, y no le daba sentido a la amputación múltiple.

v) Estos dos últimos pacientes descritos, hombre y mujer, jóvenes, por la agresividad que presentaban sus lesiones, fueron cuidadosamente estudiados por el equipo quirúrgico de la Fundación Santa Fe, Centro Médico de Los Andes, dirigido por el Profesor José Félix Patiño, quien sospechó la presencia de infección necrotizante de origen micótico. Realizados los estudios de patología, se evidenció la presencia invasiva de un hongo del género *mucor*.

w) Este hallazgo sirvió para alertar, oportunamente al cuerpo médico y detectar otros casos similares. Por las descripciones de otras entidades hospitalarias, se conoció que estas lesiones necrotizantes masivas se presentaron en unos 10 pacientes, aunque no todos ellos tuvieron el oportuno diagnóstico histopatológico. Pero por las características de las lesiones, su agresividad y su presentación, podemos inferir que la infección micótica aludida fue la causante de esta patología, de la cual estaríamos presentando la mayor relación mundial, hasta la fecha.

4. ANALISIS.

Como el Hospital "El Guavio" no tenía una estructura hospitalaria dedicada a manejar casos de alto riesgo, carecía

de los elementos necesarios para ejercer la función propuesta, de tal manera que los primeros pasos estuvieron enfocados a adquirir los recursos extras.

Como se entenderá, el Servicio de Salud de Bogotá se vio enfrentado a atender la tercera parte de los heridos que llegaron a la capital, y sus recursos, crónicamente insuficientes, se vieron literalmente avasallados por las demandas de todos sus hospitales. El Servicio, por lo tanto, nos proveyó con lo que sus capacidades le permitieron, de tal manera que se le impuso a la Dirección de hospital localizar fuentes alternas de materiales y elementos.

a) AYUDA NACIONAL

No hubo puerta al alcance de la información que dejáramos de tocar, y en todas, siempre existió una generosa respuesta. Instituciones privadas y públicas de diversas actividades y condiciones aunaron sus esfuerzos para colaborar con la tarea que se le había asignado al hospital. Al finalizar este capítulo se enumeran algunas de ellas, sin cuya ayuda hubiera sido imposible sacar con éxito el difícil compromiso. Muchas otras personas e instituciones sería necesario mencionar, pero limitaciones de espacio nos lo impiden. Los pacientes que han salvado su vida o evitado mayores incapacidades, son el vivo testimonio de su abnegado y anónimo esfuerzo.

1. Otro aspecto administrativo importante, lo constituyó el apoyo interinstitucional, particularmente en exámenes de cierta sofisticación, que nos permitió ofrecer un monitoreo permanente a pacientes en sus fases críticas. Esta ayuda se realizó sin cobro para las entidades solicitantes, pero creo necesario, en futuras oportunidades, que los hospitales al prestar este servicio, lleven cuentas detalladas, lo que nos permitirá tener apreciación de costos, los cuales en la atención de los damnificados que nos ocupan, se han reducido a evaluaciones globales muy por debajo de la realidad.
2. El estrecho trabajo con la comunidad vecina al hospital, durante varios meses anteriores a la tragedia, nos permitió contar con un importante grupo de apoyo comunitario, el cual realizó labores tales como la recolección de elementos y alimentos y donantes de sangre. También reunieron dinero para adquirir un televisor destinado a los pacientes convalescientes.
3. La relación de esta primera parte de la estrategia de relaciones públicas de la Dirección, no la quiero terminar sin dos menciones: una de ellas a Laboratorios Pfizer, quien donó, con múltiples dificultades en el trámite de importación, una cefalosporina de tercera generación, utilizada por primera vez en Colombia; y la otra, a los medios masivos de comunicación social, que nos brindaron su apoyo y su curiosidad inquisitiva; quiero destacar a Luis Alejandro Medina, hoy miembro del staff periodístico del "Noticiero Nacional", quien se convirtió en el promotor de la buena imagen que acompañó al Hospital "El Guavio".

b) AYUDA EXTRANJERA

Nuestras "relaciones exteriores" también estuvieron muy activas: el Gobierno de Italia, apoyó la emergencia con un equipo de 15 médicos y paramédicos provenientes del Hospital Maggiore di Milano, dirigido por los profesores Sinigaglia y Bossi; arribó a Bogotá el 18 de noviembre y por decisión ministerial se le indicó que su mejor colaboración la podría prestar en el Hospital "El Guavio".

Naturalmente que al conocer los discretísimos medios del policlínico, que no contaba con equipo de Rayos X y mucho menos con Unidad de Cuidado Intensivo, se vieron reducidos a la impotencia inicial. Fue necesaria una larga persuasión, en una babel de lenguas, para que comprendieran que debíamos trabajar en esas condiciones ya que en Bogotá, no estaba el Gobierno en posibilidades de brindarles los medios técnicos normalmente utilizados en los países europeos. Superado el shock de adaptación inicial, prosiguió un proceso de entendimiento creciente que llegó, con los días, a establecer una muy buena colaboración médica y respeto mutuo.

El aporte en elementos de utilización médica que trajo el equipo italiano, especialmente diseñados para atender politraumatizados, fue un factor importante en la recuperación de los pacientes. Sin embargo, la pobreza y el subdesarrollo originan fantasías imaginativas en quienes lo vivimos y padecemos. Alrededor de la donación italiana se elaboró una mitología que llegó hasta el punto de solicitarme, un alto funcionario del Gobierno, "el envío urgente de una cámara hiperbárica, de las tres que nos había donado el Gobierno Italiano". Tuve que recordarle que en toda

Italia, como me lo informó el Profesor Sinigaglia, no existían para uso hospitalario sino unas tres cámaras hiperbáricas y que el resto se encontraban en los submarinos de la Marina Italiana, de los cuales hasta el momento no nos había llegado ninguno.

c) LA ACTIVIDAD DE ENFERMERIA

En cuanto a la muy importante labor de enfermería, coordinada por la brillante y serena personalidad de Pilar Gutiérrez de Botero, señalaremos que se le pudo brindar a los pacientes un cuidado integral, que incluyó no sólo el aspecto físico sino también el psicoafectivo, profundamente lesionado en todos ellos. Reforzamos el hospital con tres licenciadas en enfermería, para un total de 7 y 14 auxiliares, total 32; estas últimas, no contaban con experiencia hospitalaria y se requirió dar un entrenamiento intensivo a este personal inexperto, particularmente en el manejo de pacientes sépticos, lo mismo que en la observancia estricta de las medidas de asepsia y antisepsia que se tomaron en esas especiales circunstancias.

A cada uno de los heridos se le asignó la misma enfermera para cada turno; esto permitió establecer una fuerte relación empática entre el enfermo y su particular enfermera acompañante, quien a través de los días, se convirtió en un sólido apoyo psicológico para quienes habían perdido sus nexos familiares y de toda índole.

Es un hecho innegable que de todo el personal especializado de un hospital, el grupo de las enfermeras es el que en forma directa recibe la carga emocional que los pacientes traen consigo. En este caso, la labor ininterrumpida y a veces agotadora, el contacto permanente y cercano con hechos de enorme magnitud psicoafectiva, el escuchar quejas y relatos traumáticos, el enfrentar a diario curaciones y procedimientos quirúrgicos muy impactantes, nos llevaron a reconocer también sus necesidades de ayuda psicológica. Se observó que estas enfermeras se encontraban literalmente "inundadas" por toda la situación de fuertes componentes emocionales y, en los días que más pacientes llegaron al hospital y en peor estado, hubo desconcierto y confusión, por cuanto era necesario improvisar y cada nuevo caso representaba un desafío a la ciencia y a la recursividad del personal. A todo lo anterior, se sumó la presencia del personal extranjero con dificultad en la comunicación, por las diferencias idiomáticas y por los evidentes contrastes de temperamento con nuestros queridos amigos italianos, poseedores ellos de una vigorosa y sonora personalidad latina.

d) ACCIONES PSICOLOGICAS

La Asociación de Psicólogas Javerianas aportó profesionales voluntarias quienes se encargaron de los pacientes. Algunas líneas arriba citadas, corresponden a la doctora Isa Fonnegra de Jaramillo, quien tomó a su cargo el apoyo psicoterapéutico del personal de enfermería, hecho que resaltamos como aporte a la Salud Ocupacional del personal que se dedica a la atención de salud, disciplina prácticamente inexistente en nuestro medio.

La doctora Isa, realizó también un interesante trabajo sobre la asistencia psicológica al paciente moribundo, tema al que ha dedicado su sólida formación profesional y sobre el cual los médicos somos desconocedores. Su artículo titulado "Abordaje psicoterapéutico de los pacientes terminales", con experiencias recogidas en el Hospital "El Guavio", incluido en este libro, es una valiosa aproximación a la materia.

e) COSTOS

En el pormenorizado estudio de costos efectuado, se utilizaron los criterios más discretos en cuanto al valor de los elementos; su observación nos lleva a concluir que las drogas representaron la parte más significativa del costo total y, dentro de éstas, se destacaron los antibióticos de complejo proceso de producción, como las cefalosporinas de última generación. También, la alimentación parenteral, utilizada en moderada variedad y amplitud, elevó los valores. Drogas muy útiles como la clindamicina que fue donada por Laboratorio Upjohn, jugaron un gran papel.

1. Pero, el balance administrativo en este tópico, nos lleva a concluir que nuestro país, no está en la disponibilidad económica de afrontar emergencias mayores con estas drogas, muy útiles, pero costosas excesivamente para nuestros recursos y nos hacer volver los ojos hacia antibióticos cuyo espectro de acción bactericida es igual

TABLA DE COSTOS

V.5.4. Costos

Nombre Paciente	DROGAS				Total Drogas	PARACLINICOS					TOTAL
	Líquidos Electrol.	Antibiot.	Aliment. Parenteral	Otras		Trans-fusiones	RX EKG	Laborat.	Total	Otros	
Jorge Acosta	4.739	66.890	189.000	18.280	274.170	29.900	5.700	10.000	15.700	40.000	364.500
Víctor Reina	3.620	21.460	80.000	1.700	103.160	15.800	6.300	10.750	17.000	40.000	179.220
Antonio Manrique	2.180	31.290	128.000	120	159.410	5.000	4.800	6.000	10.800	40.000	217.390
Ovidio Molina	1.900	27.050	—	1.470	28.520	—	3.000	3.000	6.000	40.000	76.420
Jackeline Garzón	3.360	47.100	64.000	120	111.220	—	3.000	5.370	8.370	40.000	162.950
Ricardo Ramírez	2.480	13.452	48.000	160	61.612	5.400	6.600	9.000	15.600	40.000	125.092
Luz Angela Segura	2.040	78.868	64.000	180	143.048	2.500	1.500	5.000	6.500	40.000	194.088
Diego Guzmán	840	3.115	—	120	3.235	10.000	5.100	4.000	9.100	40.000	63.175
Manuel Vásquez	2.460	26.966	128.00	360	154.426	2.900	8.100	10.790	18.900	40.000	218.686
Elvira Rojas	5.656	132.012	96.000	3.200	231.212	47.300	4.800	16.000	20.800	40.000	344.968
TOTAL PARCIAL	29.266	447.303	797.000	25.710	1.270.013	118.800	48.900	80.000	128.800	400.000	1.946.500

OTROS: Alimentación, oxígeno

MATERIALES: Ropa, equipos.

Gastos mensuales	\$5'280.800
Gastos emergencia	1'946.500
Gastos lucro cesante (Ingresos mensuales)	1'000.000
Total gastos	8'227.300
Total gastos Per. Capita	822.730

o casi idéntico a los mencionados y cuyo valor en el mercado mundial se ubica dentro de las drogas más baratas.

Me estoy refiriendo específicamente a la penicilina y al cloramfenicol.

2. A pesar del estado de gravedad de algunos pacientes, se pudo utilizar la vía oral para su nutrición; en general, tuvo buena aceptación, con aportes aumentados en proteínas y carbohidratos, motivo por el cual no fue necesario recurrir a elaborados procesos de alimentación parenteral, los cuales de haberse necesitado, hubieran estado ausentes en nuestras posibilidades.
3. Tomando en cuenta los costos mensuales de funcionamiento del Hospital, los gastos durante la emergencia y el lucro cesante por los 36 días que permaneció cerrado al público, llegamos a la cifra de los diez millones; esto significa que el tratamiento de cada paciente representó un millón de pesos (aproximadamente US\$6259)
4. En la tabla anexa hemos tomado como valores del rubro "Drogas", los precios de licitación a los cuales adquirió los fármacos el Servicio de Salud de Bogotá. El precio que se tomó para la cefoperazona, droga no presente en el mercado colombiano en ese momento, fue de US\$15 cada ampolla, su precio público en Norteamérica.

Para el rubro de "Transfusiones", tomamos los precios vigentes con los cuales vende al público la Cruz Roja Colombiana; están, sin duda, muy por debajo del costo real.

En los exámenes paraclínicos, utilizamos las tarifas de recuperación mínimas que pagan los usuarios en los hospitales públicos. El costo real es de 6 a 10 veces la tarifa contabilizada.

En el rubro "Otros", incluimos todos los gastos de material desechable, elementos de curación, de cirugía, oxígeno, inmovilizaciones y alimentación. Tomamos el valor global y lo distribuimos por igual entre los pacientes; aunque es obvio que ello no es exacto, las dificultades del cálculo individual nos obligaron a equipararlos.

Valor del dolar por esa época \$160 pesos colombianos.

5. CONCLUSIONES

a) CONCLUSIONES GENERALES.

1. En el área de rescate se presentó siempre superposición de mando entre las distintas entidades y estamentos de poder. Ello obedeció a que en Colombia, el Comité Nacional de Emergencia, siempre fue un organismo de funcionamiento nominal y no operativo o preventivo. Parece que la situación tiende a cambiar y ya se observan actitudes de menor descoordinación, pero será un proceso largo y nada fácil el educar a nuestra población y, por supuesto, a sus organismos dirigentes, en disciplinas preventivas de siniestros y en actividades de rescate en masa o individuales.
2. Aunque el rescate de las víctimas se efectuó en situación muy desventajosa por la magnitud de la catástrofe y derrocharon valor y riesgo todos los organismos de socorro; a quienes deben la vida multitud de personas, se apreció escasez de medios de rescate, desde elementos simples como sogas y hachas, hasta equipos modernos indispensables en el tipo de emergencia al que nos vimos abocados, como helicópteros y ambulancias aéreas.

Importante es reconocer la labor de esta abnegada juventud pero, no por ello, podemos dejar de señalar errores magnos en el transporte de los heridos en las camillas, efectuados sin ninguna técnica y con considerables consecuencias en fracturados, así como los cuidados en los puestos de atención primaria donde se practicaron suturas de innumerables heridas, largamente contaminadas, con antisepsia inexistente o precaria y con el agravante de la aplicación de vendajes comprensivos; conjunción de errores que dió lugar a la aparición de infecciones locales y diseminadas, con agravamiento del cuadro inicial y muerte.

3. Creo necesario establecer una clara política gubernamental, que decididamente corrija el tipo de educación que se imparte a los socorristas, cuya buena voluntad está sin duda alguna desbordando sus conocimientos científicos. Por otra parte, veo conveniente establecer políticas de estímulo a la creación de Escuelas Paramédicas, que no serían de auxiliares de enfermería, tal como las tienen muchos países del mundo, y que elevarían el nivel técnico de gentes prestas a ayudar a quienes lo necesiten. Conveniente es señalar que este tipo de errores no los cometieron exclusivamente socorristas, sino también profesionales de la Medicina y de la Enfermería, motivados posiblemente por la angustia que en todos los auxiliares producía ver heridas múltiples, de enorme magnitud y en número creciente de personas que esperaban atención. La lección es concluyente: se deben establecer puestos cercanos al área afectada, con equipos de personas entrenadas en atención inicial, como nos lo enseñaron las brigadas mejicanas y francesas, que preparan al paciente para su traslado a los sitios de atención especializada.
4. Se derrocharon recursos médicos que precipitadamente se enviaron al área afectada, los que después hicieron falta en los centros de remisión. Cantidad de recursos llegaron al área, que fueron acumulados sin clasificar; ello, porque la labor de clasificación de alimentos también la desconocen los socorristas y en últimas, no se considera importante o es poco "heróica".
5. La clasificación de heridos también fue precaria o inexistente en muchos sitios y se trasladaron pacientes que no lo necesitaban, en tanto que otros no pudieron ser evacuados a tiempo. Claro que ello se debe a que en todos los niveles de la atención de salud, se desconoce por completo lo que se llama TRIAGE, o clasificación de heridos en masa, y se hace necesario que tanto ASCOFAME -Asociación Colombiana de Facultades de Medicina-, como FEPAFEM -Federación Panamericana de Facultades de Medicina-, implementen políticas educativas en las Facultades de Medicina que incluyan estos aspectos.
6. La conducta frente a la emergencia se improvisó en el nivel operativo en la capital. Los hospitales, excepción hecha del Hospital Militar, no contaban con un plan de emergencia previamente establecido y conocido por su personal. Actuamos improvisadamente para adecuar nuestras instituciones a un flujo de pacientes numeroso y en grave estado, en la mejor forma posible, y los resultados, vistos en perspectiva, se pueden calificar como buenos o bastante buenos. Claro que, de no haber contado con un aporte de elementos médicos, tan oportuno y suficiente, estaríamos mencionando resultados diferentes. Las deficiencias crónicas de las que adolecen las entidades de salud en la capital, por no hablar de las de provincia, condicionan que en este momento, no se cuente con los medios suficientes para afrontar una emergencia de mediana magnitud ya sea ella sísmica o volcánica. La capacidad de improvisación del colombiano se mostró muy alta y competente, pero definitivamente, no se puede seguir en esta línea de conducta.

b) CONCLUSIONES PARTICULARES.

En cuanto a conclusiones particulares del Hospital "El Guavio":

1. Enfrentamos la enorme responsabilidad de organizar un centro de atención de pacientes de alto riesgo, partiendo de un modesto policlínico. Ello se hizo en un plazo de 24 a 48 horas. Laboró durante 33 días, con pacientes en graves estados sépticos y el balance es sencillo:
2. De los diez pacientes que recibimos, siete salieron con vida y en estos, sólo tuvimos necesidad de amputar el dedo medio de la mano izquierda de un campesino. El resto de miembros a nuestro cuidado cumplen hoy día sus funciones satisfactoriamente.
3. Ello fue posible porque los trabajadores del hospital, entendimos, sin excepción alguna, nuestra responsabilidad humanitaria y nacional. Se trabajaron 16, 18 y hasta 20 horas diarias, sin descansos feriados y sin solicitar posteriormente días libres o dineros suplementarios. Ese funcionario público, que a veces nos deja mucho que desear, manifestó en esta ocasión su espíritu de sacrificio cuando las circunstancias se lo exigen. Expreso ante los lectores y a la opinión pública, el más sincero reconocimiento y gratitud a la mística, el conocimiento científico y el correcto aprovechamiento de los recursos, constituyeron las claves que permiten comprender los resultados que hoy mostramos.

4. Estímulo muy importante en la elaboración de conclusiones y su difusión posterior, como también la identificación de un hongo del género MUCOR, como germen causal de algunas de las enfermedades necrotizantes que vimos en varios hospitales, se deben al doctor José Félix Patiño, gestor del Simposio Nacional sobre el tema, conjuntamente con la Academia Nacional de Medicina.
5. En cuanto a los médicos, en todos los niveles, enfrentamos situaciones muy complejas, con grandes cargas afectivas y emocionales, que partieron del inicio del mismo desastre, cuando varios galenos trabajamos en diferentes lugares de la avalancha y continuaron con los pacientes que atendimos por varias semanas más. A veces, la magnitud de las lesiones y su progresivo avance, hacía difícil tomar decisiones, tales como la amputación de los tres o cuatro miembros de un paciente.

Profesionales de más de seis Escuelas de Medicina, conjugaron sus conocimientos y disciplinas mejor formadas y produjeron satisfactorios resultados, los cuales me enorgullezco de presentar a la opinión nacional e internacional, en nombre de todos ellos.

Podemos decir, que como resultado de tan dolorosa experiencia, salimos fortalecidos, técnica, científica y administrativamente, y sin duda alguna, mucho más humildes.

AGRADECIMIENTOS

- Voluntarias y a su presidente, Lucía Holguín de Vásquez Carrizosa.
- Damas Voluntarias Colombianas en Miami y en Londres.
- María Suárez Melo, Presidente de la Cámara de Comercio de Bogotá.
- Olga León de Aljure y José Tonkin, Directora y Rector del Colegio Rochester.
- Carlos Ortiz - Caballero de la Orden de Malta.
- Hernán Javier Meléndez y familia Meléndez
- Americanes Fundation.
- Martha Gil de Giraldo - Directora Centro Comunitario Lourdes.
- Laura Aldana.
- Fundación para el Desarrollo de la Medicina Industrial - FUNDEMI-
- María Teresa Villaveces.
- Comunidad de los Barrios El Guavio y Egipto de Bogotá