

ALIMENTOS Y NUTRICION EN CASO DE DESASTRE¹

Los desastres no siempre producen una escasez de alimentos tan grave como para alterar el estado nutricional de la población afectada. Para determinar el tipo de socorro alimentario que se necesita y el momento en que este se debe facilitar, las autoridades de salud nacionales deben tener conocimiento de las consecuencias que cabe esperar, según el tipo de desastre a que es propenso el país.

Si, a raíz de un desastre, se justifica un programa de socorro alimentario, deben adoptarse las medidas oportunas para conseguir un aprovechamiento óptimo de los recursos. Entre esas medidas figuran la evaluación de la cantidad de alimentos de que se puede disponer después del desastre, la determinación de las necesidades de orden nutricional, el cálculo de las raciones diarias y del abastecimiento global para grupos numerosos de población, y la vigilancia del estado nutricional de la población afectada.

Consecuencias probables

Los desastres, de cualquier tipo que sean, pueden alterar los sistemas de transporte y comunicaciones, así como las actividades ordinarias de tipo social y económico. Aunque existan reservas de alimentos, estas pueden ser temporalmente inaccesibles. Cuando se pierden el ganado, las cosechas y las reservas, el problema a corto plazo puede provocar una crisis más grave a largo plazo. En caso de evacuación y reasentamiento de las poblaciones, es preciso facilitar casi todos los alimentos necesarios

mientras dure la instalación de los campamentos. Es posible también que los hospitales y otros servicios necesiten un suministro alimentario de emergencia.

Los efectos a largo y a corto plazo varían según el tipo de desastre. Los terremotos suelen tener poca repercusión directa sobre la disponibilidad total de alimentos. Los cultivos no son afectados y las reservas de alimentos a menudo se pueden salvar, aunque quizás se planteen problemas temporales debido a la dislocación de los sistemas de transporte y comercialización. Si el terremoto se produce durante un período de trabajo agrícola intenso, por ejemplo el de recolección, la pérdida de mano de obra por muerte, o su empleo para trabajos no agrícolas, puede producir escasez a corto plazo.

Los huracanes, inundaciones y maremotos merman directamente la disponibilidad de alimentos. Los cultivos quedan, por lo general totalmente destruidos y, si no hubo una alarma oportuna, es posible que también se pierdan las reservas de semilla y las de alimentos en poder de las familias.

En la actividad de socorro debe respetarse el siguiente orden de prioridad: 1) suministro inmediato de alimentos a zonas de necesidad urgente; 2) estimación inicial de las necesidades probables de alimentos, para tomar las medidas oportunas de abastecimiento, transporte, almacenamiento y distribución; 3) localización de reservas de alimentos y determinación de su utilidad para el consumo, y 4) atención minuciosa a la información que se reciba sobre el cambio de las necesidades, a fin de modificar adecuadamente el programa de socorro.

Durante un período muy breve (alrededor de una semana) una ración de emer-

¹ Tomado de Organización Panamericana de la Salud, *Preparación para Casos de Desastre en las Américas*, No. 6, Washington, D.C., 1981.

gencia que proporcione aproximadamente 1,700 kcal/cápita impedirá la hambruna generalizada o un deterioro del estado nutricional. Como medida inmediata en la prestación de socorros, los alimentos disponibles se deben distribuir entre los grupos más expuestos en cantidad suficiente para permitir la supervivencia durante una semana (3 ó 4 kg por persona). Por ejemplo, en los suministros que se envíen a las comunidades aisladas por un terremoto o por una inundación, deben incluirse alimentos sistemáticamente. Si se prevé una escasez de combustible, conviene distribuir alimentos preparados, como arroz cocido o pan.

Debe hacerse de inmediato un cálculo aproximado de los productos alimenticios que se enviarán en gran cantidad a fin de facilitar su abastecimiento, almacenamiento y transporte. Para ese cálculo se deben considerar los siguientes aspectos: 1) el efecto probable de la catástrofe sobre la disponibilidad de alimentos; 2) la importancia numérica de la población afectada; 3) el suministro normal de alimentos y sus variaciones en la zona (por ejemplo, porcentaje de la población que representan los agricultores que cultivan para su propio consumo y las personas que dependen totalmente de alimentos comprados), y 4) la influencia de factores estacionales.

Para calcular la composición de las raciones diarias se tendrá en cuenta que las raciones deben ser sencillas y que, a fin de facilitar el almacenamiento y la distribución, se deben elegir alimentos no perecederos ni voluminosos así como permitir la sustitución de artículos dentro de cada grupo de alimentos. Las raciones deben incluir un alimento básico (de preferencia un cereal), una fuente concentrada de energía (grasa), y una fuente concentrada de proteínas (carne o pescado seco). Si es posible, además de la ración básica, los grupos vulnerables deben recibir un suplemento alimentario.

Abastecimiento del exterior

Cuando la cantidad necesaria de alimentos sea superior a las disponibilidades locales inmediatas y la distribución se prolongue durante varios meses, será preciso obtener suministros del exterior. La compra y expedición pueden llevar varios meses, por lo que conviene hacer cuanto antes las gestiones oportunas. No basta con difundir la cantidad de alimentos necesarios. Se debe hacer un cálculo aproximado de las necesidades locales de medios de transporte y almacenamiento, así como informar a los donantes sobre los hábitos nacionales en materia de alimentación, porque si los alimentos no son aceptados por la población el beneficio nutricional será nulo.

Es común el envío de grandes cantidades de alimentos para lactantes a países afectados por desastres, donde las condiciones de higiene son deficientes y abundan los casos de gastroenteritis, cuando en realidad el mejoramiento de la nutrición materna es una medida más eficaz. Los coordinadores del socorro sanitario tampoco deben permitir que la situación de emergencia constituya una oportunidad de inundar el país con fórmulas para lactantes. No está demostrado que los complejos vitamínicos sean útiles en la fase aguda de emergencia, por lo que no conviene solicitarlos como artículos específicos de socorro.

Vigilancia

Las autoridades de salud deben disponer la vigilancia del estado nutricional de la población afectada cuando la escasez de alimentos pueda constituir un problema a largo plazo, como ocurre en las zonas de agricultura destinada a la subsistencia y en los asentamientos provisionales. El conocimiento regular del estado físico entre los niños de corta edad, que

son los más sensibles al cambio de las condiciones de nutrición, es un buen medio de control de la situación de urgencia, especialmente si se utilizan escalas de peso con relación a la estatura.

Con los resultados de la primera encuesta que se realice puede reajustarse la

estimación preliminar de las necesidades de distribución a largo plazo. Asimismo, tan pronto como en una zona puedan restaurarse las condiciones normales de abastecimiento debe suprimirse gradualmente la distribución de alimentos.

LA PREPARACION PARA LA ENFERMERIA DE SOCORRO EN SITUACIONES DE DESASTRES EN EL CARIBE¹

El miércoles 29 de agosto de 1979, el huracán David azotó a la isla Dominica, en el Caribe, con vientos de 240 kilómetros por hora, causando una extensa devastación y muchos traumatizados. Once enfermeras jefe de la región y cuatro asesoras de enfermería de la OPS (incluyendo a la autora) que estaban presentes en esos días asistiendo a una conferencia regional de enfermería, prestaron una ayuda muy considerable a las víctimas del huracán. La experiencia adquirida ha estimulado actividades de capacitación y preparación para los desastres destinadas a las enfermeras y demás personal de salud en todo el Caribe.

El domingo 26 de agosto de 1979, el Centro Meteorológico de Barbados lanzó un llamado de alerta de que un huracán se estaba acercando y que algunas de las Islas de Barlovento, incluyendo a la Dominica, estaban en peligro. Durante los dos días siguientes, las estaciones nacionales y regionales de radio siguieron informando sobre el progreso del huracán.

Durante ese período, todos los informes indicaban que Barbados sería el blanco directo del huracán. Se describía la tormenta como muy peligrosa, y se decía que estaba avanzando a una velocidad relativamente moderada. El martes 28 de agosto, las islas de Santa Lucía, Martinica y Domi-

nica fueron puestas oficialmente en estado de alerta.

Muy temprano en la mañana del 29 de agosto, la Dominica empezó a ser azotada por fuertes vientos y copiosas lluvias. Los pronósticos del tiempo por Radio Dominica ordenaban a toda la población que permaneciera dentro de sus casas y que no intentara salir a trabajar, a no ser que fuera absolutamente necesario. Las enfermeras del país avisaron a las delegadas a la Conferencia Regional de Enfermería, que se celebraba en Roseau, capital de la isla, que debido al estado de alerta, no podrían asistir a las sesiones que ese día tenían lugar en el hotel sede de la conferencia.

Para las 9 de la mañana, las condiciones meteorológicas habían empezado a ser alarmantes. Las delegadas a la

¹ Trabajo preparado por Grace Allman Burke, ex-asesora de enfermería en el Área del Caribe, Organización Panamericana de la Salud. P.O. Box 508, Bridgetown, Barbados.

conferencia en el hotel pedían consejo al personal del establecimiento acerca del mejor lugar donde protegerse hasta que pasara la tormenta. Se les dijo que el mejor lugar sería el salón de conferencias.

A las 10 de la mañana el huracán David azotó con toda su fuerza a la Dominica. Los elementos estaban desencadenados. El ruido del viento y del mar era abrumador. Las hojas de lámina galvanizada que se desgarraban de diversas partes del tejado del hotel volaban por el aire y se estrellaban contra el suelo. La estación de radio enmudeció. La lluvia se hizo extremadamente intensa. Los árboles enfrente del hotel y en los terrenos del mismo se descuajaron y cayeron al suelo. Mucha gente pasaba corriendo por enfrente del hotel y algunos buscaban abrigo adentro. El temor y la angustia se apoderó de todos. Se buscaban auxilios espirituales y se musitaban oraciones.

A las 11 de la mañana, las enfermeras empezaron a darse cuenta de que el salón de conferencias no era seguro y procuraron guarecerse en una iglesia al otro lado de la calle. Pero las primeras que llegaron a ella descubrieron que estaba cerrada y, por consiguiente, tuvieron que volver a su punto de partida. Las puertas y ventanas de vidrio de dicho salón empezaron a romperse bajo el impacto de la tormenta, y la lluvia empezó a penetrar en el salón. Las enfermeras cayeron en la cuenta de que sus vidas estaban en peligro.

A la una de la tarde el administrador del hotel comunicó a las enfermeras que había localizado un cuarto separado en el hotel con techo de concreto. Les dijo que creía que estarían bastante seguras dentro de él. Esta opinión resultó acertada. Las enfermeras encontraron refugio en el cuarto hasta que amainó la tormenta, cerca de las 6 de la tarde, y siguieron usándolo como refugio unos cuantos días más hasta que salieron de la Dominica.

El jueves 30 de agosto, el día siguiente a la tormenta, fue un día repleto de emo-

ciones. La devastación general era impresionante. Las casas y los edificios estaban sin tejado; los cables del teléfono y del alumbrado público se habían caído y yacían esparcidos por todas partes. Las calles y caminos estaban bloqueados por vidrios rotos, escombros y árboles caídos. El hospital, la cárcel, las escuelas, los centros de salud, y otros servicios públicos de la Dominica, estaban seriamente dañados.

Todos los medios oficiales de comunicación—telex, telégrafo, teléfono y radio—estaban inutilizados. Sin embargo, un operador aficionado de radio logró comunicarse con el exterior la noche de la tormenta informando a los países cercanos acerca de las dimensiones del daño. Pudo montar su equipo transmisor en la estación central de policía de Roseau, que se convirtió en el centro oficial de comunicación y planificación para todo el programa de socorro. Más adelante, el "Fife"—un buque de guerra británico que había llegado a la Dominica un poco después de la tormenta—ayudó en las comunicaciones.

Los ministros del gobierno y los jefes más jerarquizados de servicio, todos ellos bajo la dirección del Primer Ministro, se convirtieron en los principales administradores del esfuerzo de socorro. Inicialmente, las fuerzas se concentraron en determinar la magnitud del daño que había sufrido la isla y en movilizar la ayuda masiva internacional que se necesitaba. Varios representantes oficiales de otros gobiernos, de organismos internacionales, de instituciones regionales y de organizaciones religiosas llegaron a Dominica poco después del huracán, en respuesta al llamado de auxilio que había hecho la isla.

El personal técnico extranjero que estaba en la isla durante este período muy pronto se dio cuenta claramente de que se necesitaba un plan global de reconstrucción y planes específicos y detallados para cada sector, en particular para el sector salud. Especialmente, además de obtener ayuda monetaria, era indispensable una

planificación a corto, medio y largo plazo, para el desarrollo global de la infraestructura de los servicios de salud. Esto se logró mediante los esfuerzos combinados de gran número de organismos internacionales.

El Impacto inmediato

La furia con que el huracán David azotó a la Dominica causó terror en todos los presentes, pero resultó especialmente devastadora para aquellos que perdieron sus hogares y demás pertenencias. Pasada la tormenta, la falta de alimentos y de agua, combinada con la incertidumbre en que vivía la población, fueron causa de que se desatara un pillaje y saqueo desenfrenados de tiendas y almacenes, e incluso de las provisiones de socorro que llegaban a la isla. El sector comercial privado quedó prácticamente destruido por el huracán o por el saqueo.

Al mismo tiempo, una atmósfera comprensible de tristeza y desesperación parecía haber invadido toda la isla. En general, la gente se mostró desmoralizada y apática durante varios días después del suceso. Esto apareció muy claro por el hecho de que, durante el período inmediatamente posterior al huracán, la participación de los extranjeros en los trabajos de reconstrucción era mucho más evidente que la de los residentes locales.

Actividades del sector salud

Las delegadas a la Conferencia Regional de Enfermería participaron directamente en la implantación de las medidas de emergencia que se requerían. Estas medidas incluían:

- Clasificar a los traumatizados.
- Organizar los tres centros principales de primeros auxilios.
- Limpiar, vendar y suturar heridas.

- Evaluar y vigilar a las pacientes obstétricas en parto.

- Administrar medicamentos, incluyendo anatoxina tetánica, anestesia local a heridas, analgésicos, etcétera.

- Proporcionar cuidado constante a los pacientes encamados y bajo observación.

- Ofrecer apoyo moral a los pacientes y a sus familiares.

Durante el período inmediatamente siguiente al huracán, aproximadamente 1,800 personas, acudieron espontáneamente en busca de tratamiento de heridas y lesiones. La clasificación de las víctimas se llevaba a cabo en la estación central de bomberos. A las personas con lesiones leves se las trataba y se les daba de baja. A las que necesitaban observación se les enviaba a los servicios de salud que se habían establecido en el Banco Nacional de Dominica. Este edificio se usó también para albergar a los pacientes que habían sido sacados del hospital que había sufrido daños muy considerables. A las personas con lesiones más graves—por ejemplo, fracturas, laceraciones profundas y heridas punzantes—se las enviaba al hospital. El techo sobre el corredor principal del hospital se había conservado y, por lo tanto, se podían utilizar cuatro cuartos en esta área para el tratamiento de accidentados.

Durante los primeros tres días de las actividades de socorro, el equipo de salud lo integraban cinco médicos, 21 enfermeras (tanto locales como regionales), el principal farmacéutico de la isla y un pequeño grupo de personas voluntarias. El equipo era pequeño porque muchos miembros del personal local de salud habían perdido sus hogares, o no podían llegar a Roseau debido a los caminos intransitables, o se encontraban en estado de choque psicológico a causa del huracán. Todas estas circunstancias hicieron que el número de personas disponibles para los servicios iniciales de socorro fuera muy reducido.

Muchos centros de salud sufrieron daños y varias aldeas rurales quedaron

incomunicadas durante algunos días debido a que los caminos que conducían a ellas quedaron bloqueados con escombros o derrumbes del terreno. Por consiguiente, a partir del segundo día después del huracán, las provisiones y el personal médico tuvieron que ser transportados en helicóptero a dichas aldeas. Este tráfico aéreo continuó por varios días. Después de esto, personal de salud de las islas vecinas y de los países más grandes llegó a la Dominica para cooperar en el trabajo de socorro. Los pacientes gravemente enfermos fueron transportados por vía aérea a otras islas. El personal local de salud expresó su gratitud una y otra vez a las enfermeras regionales por la ayuda tan valiosa que prestaron.

Uno de los efectos más calamitosos del huracán fue la interrupción de todo el abastecimiento de agua y de electricidad de la isla. Además, en algunos casos los ríos se contaminaron con basura, excrementos y cadáveres. No se podían tratar adecuadamente las aguas negras. Se generalizaron los temores de que sobreviniera alguna epidemia, sobre todo de fiebre tifoidea, que es endémica en la Dominica.

Un vehículo con altoparlantes emitía mensajes de salud por toda la región de Roseau. Por este medio se comunicaba a la población que no debería usar el agua de los ríos y que, antes de usarla, hirviera cualquier agua que pudiera conseguir.

La falta de corriente eléctrica fue causa de que se echaran a perder muchos comestibles y de pequeños traumatismos durante las horas de oscuridad. El personal del "Fife" montó un generador y un sistema de alumbrado de emergencia en el hospital. El buque también proporcionó agua limpia para el hospital.

Al tercer día después del huracán, se había llevado a feliz término la parte principal de las actividades de primeros auxilios. Al día quinto, las enfermeras regionales obtuvieron pasaje en un navío de carga para salir de Dominica. La ayuda ulterior que prestaron las asesoras de enfermería

de la OPS consistió en una colaboración técnica para reorganizar los servicios de salud, en particular el hospital y los servicios comunitarios de enfermería, así como otras instituciones asistenciales de salud.

Preparación para futuras actividades de enfermería

Esta experiencia demostró que el personal de enfermería en el área del Caribe necesitaba una mejor preparación si quería cumplir adecuadamente con las funciones de socorro en el caso de un desastre. Por consiguiente, las enfermeras regionales hicieron una solicitud urgente, a través de sus gobiernos, pidiendo que la OPS organizara un grupo de prácticas regional orientado a ese fin específico. Se pidió además que, de ser posible, se invitara como participantes a las enfermeras regionales que habían estado en la Dominica durante el huracán.

Este grupo de trabajo regional se llevó a cabo en la ciudad de Bridgetown, Barbados, del 12 al 16 de mayo de 1980. Su objetivo principal era producir un efecto "multiplicador", de la siguiente manera:

- Promoviendo el desarrollo de programas nacionales de capacitación multidisciplinaria como preparación para los desastres y para prestar el socorro adecuado, dentro de los países afectados.

- Promoviendo la organización de las actividades encaminadas a mejorar la preparación para hacer frente a los desastres y la planificación de la operaciones de socorro en lo que respecta a la enfermería; después el sistema se adaptaría a las condiciones específicas de cada país.

- Trazando normas regionales de enfermería para los programas de planificación y de socorro en caso de desastre, que se pudieran aplicar a nivel nacional.

Todos estos objetivos se lograron. Durante la reunión de este grupo de trabajo, al que asistieron enfermeras de alto rango de cada uno de los territorios del Caribe, así como educadores en salud selecciona-

dos y funcionarios de desarrollo comunitario, el papel global de la enfermera durante un desastre se definió de la siguiente manera:

Por razón de su profesión, durante un desastre las enfermeras son responsables de planificar, organizar, dirigir y proporcionar los servicios de enfermería. Además de las prácticas establecidas de enfermería, la enfermera ha de tener conocimientos y aptitudes especiales, y ciertas actitudes, para poder trabajar eficazmente en caso de desastre.

Antes del desastre

La enfermera deberá aceptar una responsabilidad directa y un papel activo en la formulación de un plan de acción para la enfermería en caso de desastre. La enfermera debe facilitar la integración de este plan en el plan general del país para hacer frente a los desastres.

Inmediatamente después del desastre

El plan se pondrá en práctica dentro del marco del plan nacional y bajo la dirección del coordinador o supervisor de enfermeras. Además de sus funciones normales, la enfermera debe desempeñar diversos papeles y funciones, para poder hacer frente a las necesidades de la comunidad afectada, como las de planificadora, administradora, psicóloga, educadora en salud, y clasificadora de víctimas.

En la reconstrucción tras el desastre

La enfermera evalúa continuamente la situación, adaptando las funciones de enfermería a las circunstancias, y volviendo gradualmente los servicios de enfermería a su situación previa al desastre.

A largo plazo, la enfermera debe evaluar los aciertos y los puntos débiles del

programa de enfermería para casos de desastre, y tomar las medidas necesarias para corregir los puntos débiles.

Además, la enfermera debe estar consciente de que después habrá de mantener actividades de evaluación y consulta para identificar posibles problemas de salud tardíos o diferidos en la comunidad. Dependiendo de la magnitud del desastre, muy bien puede sobrevenir un derrumbe material y socioeconómico. En esta fase de restauración, la meta deberá ser aliviar y reducir dicho derrumbe. La rehabilitación deberá empezar lo más pronto posible.²

Durante la reunión del grupo de trabajo regional se formularon también once pautas regionales de enfermería de socorro y para la preparación en caso de desastre. Estas pautas describen en sus líneas generales las actividades administrativas, clínicas y educativas necesarias para hacer frente a las situaciones de desastre. También se formularon protocolos de enfermería utilizables en el período inmediato después del desastre; estos protocolos se deberán perfeccionar posteriormente en cada país.

Considerada en su conjunto, la reunión estimuló al personal superior de enfermería a definir y desarrollar planes nacionales de enfermería para situaciones de desastre, que se puedan integrar en los planes globales que se establezcan en sus respectivos territorios para hacer frente a esa situación crítica. Además, en los países se están llevando a cabo en la actualidad varias actividades de formación multidisciplinaria, usando como base la información reunida en el grupo de trabajo regional. Otra actividad importante que se emprenderá en un futuro próximo es la capacitación de un cuerpo de enfermeras de socorro para el Caribe que pueda movilizarse de inme-

² Tomado de: Organización Panamericana de la Salud. Basic Document for Caribbean Regional Workshop on the Role of the Nurse in Disaster Preparedness and Relief. Bridgetown, Barbados, 1980.

diato para prestar sus servicios en cualquier territorio de esa región que haya sufrido un desastre. Para participar en este

programa deben seleccionarse enfermeras que posean el interés, las aptitudes y las demás cualidades necesarias.

BIBLIOGRAFIA

- Davies, L. F. *Introduction to Disaster Nursing*, *Precis 9 01* Departamento de Salud y Bienestar Nacional, Servicios de Salud de Emergencia de Canadá.
- Organización Panamericana de la Salud. Executive Summary of Caribbean Disaster Preparedness Seminar. Port Castries (Santa Lucía), 1979
- Organización Panamericana de la Salud. Basic Document for Caribbean Regional Workshop on the Role of the Nurse in Disaster Preparedness and Relief. Bridgetown (Barbados), 1980.
- Organización Panamericana de la Salud. Report of a Regional Workshop for Senior Nurses, Selected Health Educators, and Community Development on Disaster Preparedness and Relief. Bridgetown (Barbados), 1980.
- Savage, P. E. A. *Disasters: Hospital Planning: A Manual for Doctors, Nurses, and Administrators*. Oxford: Pergamon Press, 1979.