

dio del personal de Sanidad Portuaria. Una vez evacuados los heridos y realizada la desinfección de los aviones, de la cual se encargaban, por turnos, los técnicos del Servicio de Salud de Bogotá, se procedía a embalar el cargamento de agua y elementos.

La operación aérea fue altamente elogiada por el grupo francés de "Médicos sin fronteras", quienes, además, prestaron una gran ayuda con dos helicópteros de rescate: médicos y paramédicos italianos y españoles también ayudaron eficientemente. Hay que reconocer que por lo demás hubo fallas en las operaciones que se han descrito y que se deben atribuir a lo inesperado del accidente, la falta de experiencia en ese tipo de desastres, y a la forma misma de éste.

Sería de sugerir, para el futuro, que las autoridades de tránsito y transporte, así como el comando de aduanas, tuvieran una mejor información sobre la manera de enfrentar los desastres. Igualmente se hace indispensable que la capital disponga de un mayor número de ambulancias, bien dotadas, y un personal de rescate bien entrenado en procedimientos de evacuación y atención de heridos.

Durante los días y las noches que se vivió la tragedia en Eldorado, el personal que allí laboró intensamente, llegó a la conclusión de que Colombia poseem en potencia un magnífico recurso humano de servicio, el cual, sin embargo, debe ser orientado y comandado en forma apropiada; de no ser así, los efectos que se obtengan serán adversos.

EXPERIENCIA CON EL MANEJO DE PACIENTES EN EL DESASTRE DEL NEVADO DEL RUÍZ EN LA CIUDAD DE IBAGUÉ, DR, MANUEL BONILLA*

No pretendo en este estudio ser el único médico que estuvo al frente de la atención de esa inmensa cantidad de pacientes en el desastre natural del Nevado del Ruiz, provenientes de la extinguida ciudad de Armero; fueron muchos los colegas que con su bondad y afán de servicio aportaron una ayuda invaluable en ese momento de catástrofe: Quiero, como Tolimense y Ortopedista que percibió el dolor, la tristeza y el desconcierto humanos, analizar algunos aspectos médicos que nos van a servir para hacer un recuento de la manera como se atendieron este tipo de pacientes y poder sacar provecho de la experiencia obtenida.

Trabajo como Ortopedista y Traumatólogo en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué. Dicho hospital, cuenta con una planta física proporcional al servicio que presta a la comunidad como único hospital regional del departamento, con atención en todas las áreas especializadas. Funciona, entonces, como hospital de choque, debido a la afluencia de pacientes que ingresaron por Urgencias y por la Consulta Externa.

* Médico Ortopedista, Hospital Federico Lleras Acosta (Ibagué).

Tiene una disponibilidad de 380 camas que están distribuidas en sus 6 pisos. Normalmente el índice ocupacional es del 96%. El Servicio de Urgencias funciona con 40 camas con posibilidad de aumentar su capacidad de acuerdo con una eventual emergencia. Cuenta con un quirófano compuesto por 6 salas de cirugía, una sala séptica y 5 salas estériles.

En cuanto a la planta médica y, para efectos prácticos, los médicos que trabajamos en el área quirúrgica estamos distribuidos de la siguiente manera:

- Cirujanos generales	6
- Cirujanos plásticos	1
- Anestesiólogos	5
- Neurocirujanos	2
- Otorrinos	1
- Ortopedistas	3
- Oftalmólogos	2

Así era como estábamos funcionando en el momento de la tragedia, en el Hospital Federico Lleras de Ibagué. Nunca habíamos tenido preparación anticipada para encarar una posible emergencia y después de 4 meses de haberse sucedido, no nos han preparado a pesar de conocer la posibilidad de una nueva avalancha. Así, la tragedia nos sorprendió. Fue tan sorpresiva, que la mayoría de las personas nos

enteramos a la mañana del 14 de noviembre cuando las noticias radiales daban datos increíbles sobre la desaparición completa de la ciudad de Armero. Los que la conocíamos, pensamos en una noticia sensacional y, solo a medida que transcurrieron las horas comenzamos a creer y a preocuparnos por la suerte de familiares y amigos que se encontraban allí. Al llegar al hospital, se vivía un momento de incertidumbre y de gran tensión; algunos trabajadores y colegas habían perdido sus hijos, padres, hermanos y, la situación era difícil. Las Directivas del Hospital, se habían enterado de lo sucedido a las 2 a.m., lo mismo que el Jefe del Servicio de Salud y, desde esa hora se reunían para hacerle frente al problema. Los 3 primeros pacientes, sin gravedad, se atendieron a las 3 a.m.

La primera actividad que desempeñamos fué ordenar la salida de pacientes hospitalizados que no estuvieran en estado delicado, para poder contar con el mayor número de camas. El Servicio de Urgencias se evacuó por completo y la mayoría de pacientes se trasladaron al Hospital San Francisco (periférico) para, tener el Hospital Federico Lleras apto para la recepción de pacientes. Se entró en un Plan de Emergencia Hospitalaria y se creó un Comando Operativo de Emergencia compuesto por:

- Jefe del Servicio de Salud.
- Director del Hospital
- Coordinador Técnico.
- Jefe de Atención Médica
- Jefe del Departamento Quirúrgico.

El Servicio de Salud del Tolima dispuso el traslado de un médico coordinador a la zona de desastre para organizar en los Municipios de Lérída y Ambalema sitios de atención primaria y poder iniciar el traslado ordenado de los pacientes de acuerdo con su gravedad, utilizando distintivos especiales. Sin embargo, fué difícil llevar a cabo este proyecto debido, a las múltiples personalidades que se hicieron presentes y que, como ocurre en estos casos, imparten órdenes de todo tipo. Fué así como la recepción primaria estuvo descoordinada y los pacientes empezaron a recibir inadecuada atención. Además, todo médico que llegaba a este sitio actuó de acuerdo con lo que él creyó más benéfico para el paciente y como consecuencias de ello, tuvimos el cierre primario de heridas contaminadas e infectadas que, posteriormente, produjeron fallecimientos por sépsis; vimos también, el mal manejo de líquidos y electrolitos, los traumas torácicos, que condujeron a fallas multisistémicas difíciles de manejar. Hubo en los sitios de atención primaria, otras entidades nacionales como la Defensa Civil, Cruz Roja, Ejército, Bomberos quienes tuvieron que ver con el traslado de pacientes. Como no hubo una organización definida, estos traslados de pacientes graves y no graves se hicieron sin rumbo específico; comenzaron a llegar niños a Ibagué, recogidos por desconocidos con el extravío de algunos, como la opinión pública lo sabe. Quiero dejar en claro, que es fácil criticar algunas formas de procedimiento retrospectivamente pero, debemos evitarlas en una nueva emergencia.

Aproximadamente a las 10 a.m. del día 14 de noviembre, 1985 comenzaron a llegar las ambulancias con sus sirenas de tragedia al

Hospital Federico Lleras Acosta con intervalos de 15 minutos y con 3 pacientes por viaje. Es importante anotar que el hospital contaba con 26 médicos internos y está ligado al programa docente de la Universidad Nacional. Los pacientes eran recibidos por el personal de enfermería del Servicio de Urgencias y de inmediato, se llevaban a las duchas para retirarles el lodo del cual estaban totalmente impregnados. El olor era característico y no se podía comparar a otros. Luego eran examinados por los médicos de urgencias, los cuales elaboraban una historia clínica y remitían el caso a la especialidad correspondiente. Los que no revestían gravedad, eran dados de alta y llevados por sus familiares o amigos. A esta altura de la tragedia, la ciudadanía de Ibagué se comenzó a dar cuenta de su magnitud, comenzaron a adaptar sitios de atención para los pacientes, apoyados por personal mérido y paramédico. Esto lo ampliaremos más adelante. Los pacientes eran valorados por el especialista y éste decidía el traslado al quirófano. Aquellos que tenían heridas menores eran atendidos mediante lavados y desbridamientos en el mismo Servicio de Urgencias, con anestesia local o general y para esto se adaptó en la entrada una sala de cirugía la cual sirvió, posteriormente para los pacientes con gangrena gaseosa.

La patología, que era la misma en todos los pacientes, se caracterizó por politraumatismos severos; no hubo zona del cuerpo donde no hubiesen escoriaciones y avulsiones; eran pacientes quejumbrosos, parecían desorientados, con actitud de desconcierto, respondían coordinadamente. Parecían, más bien estar despertando de un sueño increíble y no sabíamos si se trataba de intoxicación o efecto del trauma

psíquico. Todas las heridas se consideraron infectadas y, por lo tanto, se prohibió suturarlas. Llegaron muchos pacientes con avulsiones de cuero cabelludo, con exposición de tabla ósea; avulsiones amplias en el hueco poplíteo con exposición de elementos nobles; fracturas abiertas principalmente de tibia y peroné. Una patología frecuente fueron los síndromes compartimentales en miembros inferiores y las isquemias distales acompañadas de edema en bota con piel arrugada por inmersión sostenida durante largos períodos. La otra entidad frecuente fué el trauma torácico con múltiples fracturas costales con Hemo-Neumotórax inestables. Los traumas craneo-encefálicos no fueron muchos, lo mismo que las fracturas de columna.

A los pacientes trasladados al quirófano, se les realizaba un lavado general y el desbridamiento quirúrgico; encontramos, en aquellas heridas pequeñas, un gran potencial de infección, ya que el lodo disecaba el tejido celular subcutáneo en un área grande. Esta manera de presentarse las heridas, nos comprometió a hacer desbridamientos más amplios de lo que parecían en un comienzo; fue, tal vez lo que no se tuvo en cuenta en los sitios de atención primaria, produciéndose septicemias y muertes. Aquellos que presentaban fracturas abiertas, eran candidatos para la amputación, pues eran huesos muy expuestos, llenos de lodo en su medular y tejidos vecinos que hacían pronósticar evolución desfavorable; a algunos se les colocaron tutores externos para un manejo conservador. Estas decisiones nos preocupaban ya que eran varios pacientes y su seguimiento y tratamiento posterior eran difíciles. Lo mismo nos ocurrió con los síndromes com-

partimentales severos, a los cuales se les daba la opción descompresora fasciotomías amplias las cuales fracasaron en algún momento por la posibilidad de desarrollar infecciones. Aquellos que presentaron necrosis isquémica por inmersión, se les hacía la amputación, ya que ésta se produce por microtrombos arteriales en los vasos de menor calibre sin ofrecer ninguna posibilidad de recuperación.

Los pacientes con fracturas cerradas se manejaron ortopédicamente hasta cuando pasó el potencial peligro de infección.

La mayoría de amputaciones se dejaron abiertas; las que se cerraron y se les pudo hacer seguimiento se infectaron. El trauma tóraxico acompañado de fracturas múltiples produjo contusiones pulmonares severas con tórax inestables requiriendo manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos.

El primer día se logró controlar la situación siendo intervenidos quirúrgicamente 54 pacientes.

Ya para el día 15 de noviembre a las 2 a.m., comenzaron a llegar refuerzos médicos y paramédicos de varios hospitales de Bogotá principalmente de la Universidad Nacional del Hospital San Juan de Dios: Anestesiólogo 1, Residentes 4, Cirujanos Generales 1, Residentes de Cirugía Plástica 2, Residentes de Ortopedia 4.

También llegó personal de enfermería de la Universidad Nacional, de la Universidad del Rosario, de la Universidad Javeriana y de la Universidad de Caldas, quienes hicieron posible el control de los pacientes hospitalizados en etapa post-operatoria.

Este segundo día fué caótico con flujos de pacientes que llegaban no solo en ambulancias sino en camionetas y en carros particulares. Esto hizo el Servicio de Urgencias insuficiente y hubo necesidad de adaptar el primer piso del hospital, en donde se realiza la Consulta Externa, como segundo sitio de recepción; se colocaron camillas y se distribuyeron los pacientes por los corredores pues los pisos tampoco tenían cupo. También se dió al servicio la Unidad de Cobalto, lugar en construcción, para recibir aquellos pacientes con gangrena gaseosa.

Para este día ya se tenían sitios periféricos adecuados para la atención de los pacientes que revistieran menos gravedad y fué solo de esta manera como se logró evacuar el hospital. Se sugirió al Comando Operativo la posibilidad de utilizar los hospitales regionales de Espinal, Purificación, Chaparral y los de los municipios intermedios que cuentan con buena capacidad, como son Saldaña, Guamo, Melgar y otros para, evacuar los pacientes. Sin embargo, estas sugerencias no se tuvieron en cuenta, y se optó por desplazarlos a Bogotá. Los improvisados sitios de apoyo periférico más importantes fueron:

- EL SENA	524 pacientes atendidos
- FEDERACION DE CAFETEROS	129 pacientes atendidos
- UNIVERSIDAD DEL TOLIMA	35 pacientes atendidos
- ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA	38 pacientes atendidos
- COLISEO CUBIERTO	38 pacientes atendidos
- C.A.B.	26 pacientes atendidos
- CLINICAS PARTICULARES	50 pacientes atendidos

- CENTRO DE SALUD BARRIO JORDAN 24 pacientes atendidos
- CENTRO DE SALUD BARRIO TOPACIO 12 pacientes atendidos
- CENTRO DE SALUD BARRIO COMUNE-
ROS. 12 pacientes atendidos
- COLEGIO AMERICANO 12 pacientes atendidos
- COLEGIO SAN LUIS GONZAGA 9 pacientes atendidos
- INSI 10 pacientes atendidos
- OTROS CENTROS DE SALUD 40 pacientes.
- CRUZ ROJA 12 pacientes atendidos

En este segundo día, los pacientes llegaban graves, con compromiso severo de su estado general, sépticos; con insuficiencia renal por deshidratación y por maceración de tejidos en grandes áreas y, con gangrenas gaseosas. Se atendieron en el quirófano 64 pacientes. Para adelantar algunos datos, en la 1a sala adaptada en el Servicio de Urgencias se intervinieron 29 pacientes con gangrena gaseosa.

El tercer día, hubo evacuación masiva de heridos hacia diferentes ciudades del país, creándose una nueva catástrofe de tipo médico; no hubo seguimiento de pacientes; se desmembraron más las familias, fallecieron algunos en el traslado y finalmente, se extraviaron historias clínicas y radiografías y con ello datos estadísticos importantes. Esta evacuación fué ordenada por el Comité de Emergencia que se formó en Bogotá y, lo hacían previendo otra avalancha.

A la media noche de este día tuvimos más refuerzos médicos: Ortopedistas 2, Residentes 4, Cirujanos Generales 1.

El cuarto día de la tragedia, se realizó un censo de pacientes en el hospital: quedaban 160 hospitalizados. Se organizaron grupos de apoyo para los centros periféricos prestándose atención a los pacientes con problemas ortopédicos. Ya el flujo de pacientes nuevos era menor y ya estaba controlado todo desde el punto de vista médico. Ese mismo día, todos los refuerzos médicos decidieron regresar, pues ya no era necesaria su presencia y además, al ser evacuados la mayoría de pacientes a Bogotá, comenzaron a necesitarse en la capital.

El quinto día, llegaron delegaciones de otros países no solo con ayudas materiales sino también médicas, pero ya no teníamos esa gran cantidad de pacientes y, los que aún quedaban estaban controlados, por lo que se trasladaron a otros sitios. Sólo se quedaron con nosotros Japoneses y Americanos. Nos repartimos en grupos y unos permanecieron en el hospital y otros, en los sitios de apoyo periférico que, para este momento, también habían disminuído quedando solo el SENA, FEDERACION DE CAFETEROS (CHAPETON) y LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA. Los médicos sin frontera trabajaron en estos sitios de apoyo.

De este día en adelante, el trabajo se centró principalmente en los nuevos desbridamientos y en controlar las complicaciones como fueron las infecciones, las insuficiencias renales, insuficiencias pulmonares, gastritis y esofagitis por quemaduras, producidas por la ingesta de lodo; se hizo necesaria la alimentación parenteral en algunos casos. El esquema terapéutico empleado en cuanto a antibióticos se refiere fué: penicilina cristalina, garamicina, clo-ranfenicol y metonidazol. La mayoría de los pacientes respondieron

a este tratamiento; a otros se les adicionaron cefalosporinas de segunda generaci3n.

En cuanto a datos estadísticos tenemos los siguientes, suministrados por el Servicio de Estadística del hospital:

- Pacientes atendidos	769
- Pacientes operados en el quir3fano en 10 días	292
- Pacientes intervenidos en urgencias	240
- Amputaciones	45
- Gangrenas gaseosas	29
- Fallecimientos	57

Causas de fallacimiento:

- Shock séptico	21 casos
- Contusi3n pulmonar	20 casos
- Shock hemorrágico	10 casos
- Trauma craneo-encefálico	2 casos
- Ahogamiento	4 casos

De estos pacientes, 8 no fueron identificados.

En resúmen, se atendieron en la ciudad de Ibagué 1.689 pacientes, los cuales fueron evacuados a diferentes ciudades del paíis.

Podemos concluir diciendo que el mayor de los desaciertos fué la falta de informaci3n que se tenía sobre la manera de proceder ante un desastre de esta categoría. A pesar de esto, se trabaj3 incansablemente y creo que finalmente se pudo controlar de una manera satisfactoria la patología enfrentada.

Ante el caos presentado, se perdieron datos estadísticos valiosos para sacar conclusiones razonables; la mayoría de los pacientes intervenidos los primeros días, como ya mencionamos, fueron evacuados y se perdió su seguimiento. Sin embargo, los datos recopilados en este informe se acercan a la verdadera situación vivida gracias a la cooperación de la parte médica que se preocupó por contabilizar algún día la patología encontrada. Existen en la actualidad pacientes con secuelas de la tragedia como son los minusválidos por amputaciones, fracturas que están en fase final de consolidación, problemas de lesión de Nervio Periférico, principalmente de ciáticos y radiales y osteomielitis.

Todo esto, además del recuerdo impresionante de las horas de angustia vividas, del dolor de haber perdido la familia y los bienes, hacen que todavía se vean en la imaginación esas caras de sufrimiento. El consuelo de estar vivos y pensar que uno es aún parte de ese pueblo que llora su ciudad perdida.

CAJA NACIONAL DE PREVISIÓN. EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN
DE PACIENTES DE LA CATÁSTROFE DE ARMERO. DR. GUILLERMO
RAMÍREZ P.*

1. OBJETIVO.

Con el propósito de obtener enseñanzas que sean útiles en el futuro, se analiza nuestra experiencia en la atención de los pacientes remitidos a nuestra institución durante la catástrofe de Armero.

2. MÉTODOS.

A. Plan de emergencia.

Una vez enterados de la magnitud de la tragedia de que fué víctima el departamento del Tolima, todos los estamentos de la Caja Nacional de Previsión iniciaron diferentes acciones tendientes a colaborar en la atención de los pacientes provenientes de la zona del desastre.

Básicamente las acciones se desarrollaron en dos frentes principales: el primero consistió en el envío de personal médico, paramédico y auxiliar, provisto de elementos necesarios, el cual se desplazó por vía aérea a la población de Mariquita, convirtiéndose

* Médico Cirujano y Químico Farmacéutico egresado de la Universidad Nacional de Bogotá - Miembro fundador del Colegio Colombiano de Médicos de Urgencias. Actualmente Jefe del Servicio de Urgencias de la Clínica de la Caja Nacional de Previsión.

en parte del primer grupo de socorro en hacerse presente en la zona. En total, fueron desplazados 15 médicos, 20 enfermeras y 10 auxiliares; y 6 envíos de drogas, elementos para curaciones y elementos para cirugía.

El segundo frente de acción se desarrolló en la Clínica Santa Rosa de Lima, de la Caja Nacional en Bogotá, en donde se realizaron las siguientes actividades:

1. Organización del Comité Local de Emergencia, integrado por el Subdirector Médico Nacional, el Director de la Clínica, los Jefes de los Servicios de Cirugía General, Ortopedia y Medicina Interna, todos coordinados por el Jefe del Servicio de Urgencias.
2. Participación del coordinador del Comité Local de Emergencia, en el Comité Nacional de Emergencia que sesionaba en el Palacio de la Presidencia de la República.
3. Evacuación de la clínica de los pacientes usuarios que en razón de su estado de salud, no ameritaban hospitalización urgente.
4. Suspensión de la Consulta Externa y de la Cirugía programada.
5. Habilitación del área de urgencias y del tercer piso de la clínica para la atención de los pacientes provenientes de la zona

del desastre. En estos sitios se tomaron medidas especiales en cuanto a tránsito de personal, elementos a utilizar, almacenamiento de drogas, disposición de basuras y ropa, desinfección de elementos y cuartos; al igual, se dispuso del funcionamiento de una sala de cirugía para la realización de los procedimientos menores que necesitasen los pacientes.

6. Distribución del trabajo a realizar, en jornadas continuas de 12 horas, con grupos multidisciplinarios integrados cada uno por: 25 médicos, 60 enfermeras y 30 auxiliares administrativos; contando con la colaboración de todo el personal vinculado a la institución.

7. Atención integral a los pacientes remitidos, los cuales fueron ingresados por el Servicio de Urgencias y manejados ambulatoriamente u hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo o en el piso dispuesto para ello, dependiendo de su estado, hasta lograr su recuperación.

8. Evaluación diaria de los pacientes hospitalizados por el Comité Local de Emergencia y revisión de las pautas de manejo médico.

9. Vigilancia y control epidemiológico a fin de prevenir la infección hospitalaria y garantizar el menor tratamiento a cada paciente.

10. Realización de las siguientes actividades por parte del Servicio de trabajo Social:

- Recolección de información de los pacientes atendidos.
- Reubicación de los pacientes dados de alta, con sus familiares.
- Atención y reubicación de los menores admitidos, en colaboración con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y los Jueces de Menores.
- Recolección, clasificación y distribución de ropas y elementos de aseo, a los pacientes admitidos y a sus familiares.

11. Consecución de auxilios consistentes en drogas, elementos para curaciones, ropa quirúrgica y alimentos a través del Fondo Nacional Hospitalario, la Cruz Roja Colombiana y la Cámara de Comercio de Bogotá.

12. Restablecimiento progresivo de las actividades de la clínica, una vez superada la emergencia, previa desinfección de las correspondientes áreas físicas.

B. Manejo de los pacientes hospitalizados.

1. Esquema de manejo inicial para adultos:

Para todos los pacientes adultos hospitalizados fué diseñado un esquema inicial, en el cual se contemplaron diferentes aspectos:

- a. Limpieza quirúrgica de las lesiones, las veces que fuese necesario, bajo anestesia general.

b. Antibioticoterapia.

Penicilina cristalina 5.000.000 IV c/4 horas por 10 días.

Cloranfenicol: 500 mgr V.O. c/6 horas por 10 días.

Gentamicina o sulfixosazole oftálmicos: 2 gotas en cada ojo c/hora.

c. Enemas evacuadores.

d. Duchas vaginales a las mujeres

e. Tratamiento local de las heridas:

1) Lavado 2-3 veces al día con yodopovidona espuma, agua estéril y agua oxigenada.

2) Aplicación de yodopovidona solución o mercurio cromo.

3) Dejar las heridas descubiertas excepto en casos de exposición ósea.

f. En caso de no obtención de mejoría o control de la infección, suspensión del esquema antibiótico inicial y toma de cultivos.

g. Decisión de nueva antibioticoterapia de acuerdo al germen cultivado, antibiograma y previa valoración por el Comité Local de Emergencia y el Comité de Infecciones de la Clínica.

2. Esquema de manejo inicial para niños:

a. Limpieza quirúrgica de las heridas bajo anestesia general.

b. Antibióticos:

Penicilina cristalina: 50.000 - 100.000 Us IV/d por Kg de peso.

Gentamicina: 3-5 mgr por Kg/d.

- d. Tratamiento local de las heridas con las mismas medidas empleadas en los adultos.

3. Tratamiento médico especializado:

- a. Valoración oftalmológica inicial a todos los pacientes, uso antibiótico local y tratamiento específico en caso de complicaciones.
- b. Valoración otorrinolaringológica a todos los pacientes, lavado de los oídos y tratamiento específico en caso de infecciones.
- c. Valoración ginecológica a todas las mujeres, duchas vaginales y tratamiento específico en caso de complicaciones.
- d. Valoración psiquiátrica inicial a todos los pacientes hospitalizados, medicación y controles en los casos en que fué necesario.
- e. Tratamiento quirúrgico específico, dependiendo de cada caso particular.

3. RESULTADOS

A. Pacientes atendidos.

1. Modalidad

Hospitalizados	94
Ambulatorios	36
Total	130

2. Distribución por sexos

a. Adultos

Masculino	65
-----------	----

Femenino	55
----------	----

b. Niños: Total	10
-----------------	----

3. Distribución por edades

Edad	Pacientes
0 - 9 años	10
10 -19 años	18
20 -29 años	39
30 -39 años	32
40 -49 años	12
50 -59 años	16
60 -69 años	2
70 -79 años	1

B. Lesiones en pacientes ambulatorios.

Las lesiones y patologías encontradas en los pacientes manejados ambulatoriamente fueron las siguientes:

LESION	Pacientes
Escoriaciones múltiples	36
Heridas de tejidos blandos	12
Conjuntivitis	14
Hematoma subconjuntival	9
Equimosis parpebral	4
Fractura de clavícula	1

Luxación acromioclavicular	1
Deshidratación	3
Faringoamigdalitis	1
Sarampión	1

C. Lesiones en pacientes hospitalizados.

LESION	Pacientes
Escoriaciones y heridas de tejidos blancos	94
Conjuntivitis y equimosis palpebral	94
Úlcera de córnea	1
Trauma de miembros inferiores	42
Trauma de miembros superiores	19
Fracturas abiertas en miembros	14
Fracturas cerradas en miembros	24
Síndrome compartimental	6
Luxaciones	9
Fracturas costales	16
Fracturas de pelvis	10
Hemotórax	5
Trauma abdominal cerrado	6
Trauma craneano	7
Fractura maxilar	2
Fractura de columna	1

D. Complicaciones en pacientes hospitalizados.

COMPLICACIONES	Pacientes
Sépsis	10
SDRA	10

Tromboembolismo pulmonar 2

E. Cirugías paracticadas a pacientes hospitalizados

1. Cirugía general.

Intervención	Pacientes
. Toracostomías	5
. Laparotomías	4

2. Orotopedia y Cirugía Plástica

Intervención	Pacientes
. Limpiezas quirúrgicas	94
. Osteosíntesis	14
. Amputaciones	3
. Injertos libres	22
. Fasciotomías	6
. Tracciones esqueléticas	12
. Fijación de columna	1

Fueron amputados, un hombre y dos mujeres, entre los 20 y los 49 años de edad; a todos se les practicó amputación supracondilea de miembro inferior derecho.

F. Pacientes infectados.

A todos los pacientes hospitalizados se les tomaron cultivos de las lesiones al ingreso, aislándose los siguientes gérmenes:

	Pacientes
E.coli	94
Proteus mirabilis	94
Klebsiella	18
Citrobacter	4

Clostridium sp	8
Pseudomona aureoginosa	10
Bacilo ácido alcohol resistente	1(esputo)

En los cultivos de control una vez terminado el tratamiento inicial se aislaron los siguientes gérmenes:

Bacteria	Pacientes
E.coli	12
Proteus	8
Pseudomona	4

G. Mortalidad

1. Distribución por sexos:

De los 94 pacientes hospitalizados fallecieron 10, de los cuales 5 eran hombres y 5 mujeres.

En las tablas A y B, resumiremos, las lesiones presentes en estos pacientes, las complicaciones, los gérmenes cultivados y el tratamiento administrado.

2. Mortalidad relacionada con las lesiones:

- a. De los tres pacientes a quienes se practicó amputación supracondilea del MID, fallecieron 2.
- b. Dos pacientes que hicieron peritonitis, uno secundaria a trauma abdominal cerrado y el otro a perforación de una úlcera pilórica, fallecieron.
- c. De los 8 pacientes infectados por clostridium sp, fallecieron 7.
- d. Todos los pacientes fallecidos presentaron como complicaciones sépsis y SDRA.

4. CONCLUSIONES.

1. Durante la catástrofe producida por la erupción del Volcán Nevado del Ruíz, la Caja Nacional de Previsión participó en la atención de las víctimas, en coordinación con el Comité Nacional de Emergencia y con la colaboración de todos sus estamentos.

2. Se organizó un plan local de emergencia y se adecuó la planta física y de personal de acuerdo con las necesidades del momento.

3. Se atendió integralmente a un total de 130 pacientes, 94 hospitalizados y 36 ambulatorios.

4. Se elaboró un esquema general para el manejo inicial de todos los pacientes y el tratamiento médico y quirúrgico posterior dependió de las complicaciones individuales, teniendo en cuenta la evolución y los resultados de los cultivos obtenidos.

5. Las lesiones iniciales encontradas en los pacientes que se manejaron ambulatoriamente fueron leves, mientras que las de los pacientes que requirieron hospitalización fueron severas, incluyendo fracturas abiertas y trauma cerrado de tórax, abdomen y cráneo.

6. Las principales complicaciones generales en los hospitalizados fueron sepsis y SDRA en 10 pacientes; desde el punto de vista local; la gangrena gaseosa se presentó en 8 pacientes, de los cuales 3 requirieron amputación supracondilea del MID.

7. Los procedimientos quirúrgicos practicados principalmente comprendieron: limpiezas quirúrgicas, injertos libres de piel y osteosíntesis y en menor proporción procedimientos de cirugía general.

8. Nuestra mortalidad global fué del 8%; y del 11% en los pacientes hospitalizados, y estuvo en relación directa con la gravedad de las complicaciones como sepsis, SDRA y gangrena gaseosa y con la necesidad de procedimientos quirúrgicos mayores como amputación supracondilea.

Finalmente después de revisar y analizar esta experiencia, concluimos que deben implementarse programas de capacitación y de evaluación periódica de los planes de emergencia existentes en cada institución, tanto a nivel local como regional y nacional, a fin de lograr en el futuro, una mejor, más amplia y más rápida cobertura de las víctimas de catástrofes.