

ASPECTOS ALGOLOGICOS Y TANATOLOGICOS

DE LOS DESASTRES

POR:

TIBERIO ALVAREZ ECHEVERRI

Médico, Anestiólogo Universidad de Antioquia.
Tanatólogo y Algólogo, con estudios de Reanimatología en el Hospital Necker de París.
Autor de varias obras didácticas. Profesor de Anestesia y Reanimación Facultad de Medicina Universidad de Antioquia. Miembro fundador del Comité Antidesastres y de la Clínica del Dolor Hospital San Vicente de Paúl.

ASPECTOS ALGOLOGICOS Y TANATOLOGICOS DE LOS DESASTRES

INTRODUCCION:

El desastre es una situación en la cual los servicios médicos y hospitalarios se vuelven insuficientes para atender a las víctimas que requieren alguna atención médica. De allí la importancia de categorizar a los pacientes en grupos prioritarios buscando atenderlos de la mejor manera, de acuerdo a la gravedad de las lesiones, a la posibilidad de recuperación y de acuerdo también con los recursos disponibles.

El proceso de categorización o triaje es de origen militar; en las guerras tienen preferencia en el tratamiento los heridos graves que pueden ser salvados con un tratamiento inmediato y limitado; después la preferencia es para los heridos menos graves, que pueden retornar, después del tratamiento, al frente de batallas; finalmente, a los heridos con pronóstico sombrío, que tienen pocas posibilidades de recuperación o que exigen mucho tiempo de atención, mucho material, equipo y personal, se les atiende, si hay posibilidades a posteriori.

Este criterio militar, con la adecuación del caso, es el que se emplea en los desastres para atender a la "masa de heridos".

Cualquiera sea la prioridad establecida, cada víctima en su fuero interno tiene que hacer frente a dos problemas existenciales: El dolor en sus diversas manifestaciones y la perspectiva de una muerte próxima de acuerdo a la gravedad de las lesiones o a la posibilidad de complicaciones.

Como veremos mas adelante y de acuerdo a nuestras experiencias y lecturas, el dolor y el proceso del morir no son manejados adecuadamente en casos de desastre; se justifica entonces hacer un alto en el "manejo de la masa" (así en abstracto) para atender al paciente que sufre dolor y al paciente que está haciendo frente a

la perspectiva de una muerte próxima.

PROPOSITO:

El propósito del presente artículo es Discutir algunos de los problemas algológicos y tanatológicos que se presentan en las víctimas ocasionadas por un desastre y proponer algunos esquemas de tratamiento y manejo teniendo en cuenta las variadas circunstancias del desastre y guardando el debido respeto por las creencias y costumbres de la comunidad.

OBJETIVOS:

- 1.- Interpretar la problemática del dolor y del proceso de la muerte en las víctimas resultantes de un desastre.
- 2.- Manejar adecuadamente al paciente que sufre dolor y al que está en la fase terminal.
- 3.- Motivar al personal que interviene en la atención de los desastres para que se interesen en dar alivio a los que sufren.

EL PROBLEMA:

El dolor es el común denominador de un desastre; hay dolor por el daño físico, corporal, biológico, hay dolor por la muerte de los seres queridos; hay dolor por la desaparición del amigo o del familiar; hay dolor por la pérdida de los bienes; hay dolor por la desintegración del núcleo familiar y comunitario; hay dolor espiritual ¿la tragedia fue un castigo?. Hay dolor por la trascendencia de las cosas; hay dolor al saber que otros sufren y hay dolor por la propia desaparición del ser. Hay dolor por falta de conocimientos y elementos para combatirlos y en fin, hay dolor por el solo hecho de existir.

En la vida diaria muchos pacientes están siendo tratados para dolor crónico con variadas técnicas y drogas que no estarán disponibles después del desastre,

agravando más la condición del paciente.

Después de un desastre es difícil conseguir la droga analgésica apropiada, bien sea por destrucción de la misma o por disposiciones legales que impiden o dificultan su distribución (como ocurre con los narcóticos) o porque el médico no tiene conciencia que el dolor debe aliviarse o por ignorancia en el manejo de este.

Muchos pacientes mueren sin sufrimiento (muerte instantánea); muchos sufrirán lesiones graves y en su lenguaje interno saben que van a morir; algunos pacientes serán "condenados a morir" por el médico "pues no hay nada que hacer"; muchos pacientes de la comunidad antes del desastre estarán en fase terminal de una enfermedad y han tenido tiempo de elaborar su muerte a través de las diversas etapas: negación, ira, promesas, depresión y aceptación digna del proceso; en fin, en caso de desastre, el personal encargado de su manejo, debe en alguna forma dar alivio al paciente que sufre dolor y ayudar a morir con dignidad.

Veremos en la primera parte, lo relacionado con el dolor y su manejo. En la segunda parte nos dedicaremos a algunas reflexiones tanatológicas en casos de desastre.

PRIMERA PARTE:

Porqué el dolor no es aliviado adecuadamente: El dolor en términos generales es mal manejado, estando el paciente hospitalizado sobre todo en casos de desastre por varias razones:

1.- Por tradición, el paciente (en este caso la víctima) debe ser fuerte, resistente al dolor: si se queja puede ser "mal mirado" por cobarde. Esto obliga al paciente a "efectuar una carrera contra el dolor para ver hasta dónde puede resistir"; si se queja mucho, creará una actitud poco simpática del persona encargado de su manejo.

2.- Para muchos pacientes, el tomar alguna droga analgésica "no es bueno, pues va contra los deseos de Dios" y consideran el dolor (producto de la enfermedad o del desastre) como una forma de pagar un castigo justo.

- 3.- El personal de la salud tiene miedo excesivo de los posibles efectos depresores cardiorespiratorio de los analgésicos, en especial de los morfínicos y prefieren que el paciente sienta dolor y sufra que aplicar estas drogas.
- 4.- Miedo a producir drogadicción, aún en casos de dolores intensos que requieren obligatoriamente los morfínicos.
- 5.- Mal manejo logístico de los analgésicos por falta de conocimiento, lo cual lleva a que se administren "a necesidad" (P.R.N=Prorenata) dando como resultado un pobre alivio del dolor.
- 6.- Creencia de que la tragedia produce una especie de "Shock narcótico" que impide o disminuye la aparición del dolor.
- 7.- Considerar el alivio del dolor como "algo muy secundario" en el manejo de las víctimas procedentes del desastre. Se sabe que en las listas de drogas, para atención a las víctimas, deben figurar los analgésicos, pero no se utilizan mal.
- 8.- Falta de droga analgésica adecuada y de elementos de trabajo para realizar algunas técnicas analgésicas. Es frecuente que el mismo desastre destruya las reservas de drogas, o que no lleguen oportunamente o que no estén debidamente clasificadas o que hay problema de excesivo control legal.

Incidencia del dolor en casos de Desastre: Tal como lo expresamos inicialmente, el dolor (somático, psicológico) es la constante de las víctimas en caso de desastre y la inmensa mayoría está sufriendo dolor que va desde moderado hasta intenso, cualquiera sea el grupo prioritario al que pertenece, luego de la clasificación. En términos generales puede decirse que dependiendo del tipo de desastre, el tipo de lesión mas frecuente es el Trauma variado (politrauma) con heridas, fracturas, dislocaciones, machacamiento, problemas torácicos, abdominales, trauma craneano, todo ello causantes del dolor; teniendo en cuenta estos factores, y a pesar de que no se tienen estudios estadísticos muy precisos, podría decirse que un 60 - 80% de los pacientes que han sufrido lesiones, sufren dolor de moderado a intenso, que requiere el uso adecuado de analgésicos.

FACTORES QUE MODIFICAN LA EXPERIENCIA DEL DOLOR

Entre los factores que pueden modificar la experiencia del dolor de una persona en casos de desastres, se pueden mencionar:

1.- **El contexto del Desastre**: El contexto o significado del dolor de un individuo juega un papel importantísimo en la percepción del dolor; esto fué primero analizado por el doctor Beecher (1) un anestesiólogo de Boston, durante la II guerra mundial, experiencia conocida también como el efecto Anzio. Beecher notó una marcada discrepancia en la necesidad de utilizar narcóticos entre los soldados heridos durante la batalla y las personas heridas de la población civil. Encontró que sólo el 25% de los soldados heridos y el 82% de los ciudadanos requerían narcóticos para combatir su dolor, teniendo el mismo tipo de lesión. A través de una serie de entrevistas y de los resultados de un cuestionario, Beecher sacó como conclusión que las heridas representaban para el soldado una medalla al valor, un reconocimiento en su lucha, un pasaje de retorno a la casa, una licencia, una pensión y un alejamiento del campo de batalla, lo cual tenía un efecto analgésico y positivo para su futuro, lo que hacía que su dolor fuera menor.

En cambio para el ciudadano común y corriente, cualquier herida que recibiera significaba hambre, miedo, dificultad para defenderse, incertidumbre en el futuro... todo lo cual aumentaba su dolor; este es el caso de los desastres, donde hay trauma, daño, separación, pérdida de seres queridos, pérdida de bienes materiales, desesperanza, futuro incierto... y claro todo esto produce dolor; algunos autores hablan del "Efecto narcotizante de los desastres" un efecto difícil de explicar pero quizá por el shock psicológico del momento puede haber una liberación masiva, dentro del organismo, de los opioides naturales (endorfinas) que producirían una analgesia intensa en los primeros momentos de un desastre. Esto explicaría el caso de muchos sobrevivientes que a pesar de la gravedad de sus lesiones, ayudan a otros a salir de los escombros, y a rescatar a los suyos. Este tipo de analgesia "natural" es pasajera.

Sitio del trauma: Algunas zonas del organismo son mas algógenas que otras por ejemplo, las fracturas costales producen intenso dolor, dificultad para la

ventilación y llevan a hipoxemia; el trauma de cara, de abdomen, las fracturas de los miembros también producen intenso dolor.

3.- **Edad**: Parece que los niños muy pequeños tienen una apreciación diferente del dolor; en los ancianos la manifestación misma del dolor es menor pero se aprecia un aumento de la depresión.

4.- **Sexo**: No hay estudios muy concluyentes; parece que el hombre tiene un umbral mas alto de la sensación doloroso; en esto intervienen una serie de fenómenos biológicos, psicológicos y sociales.

5.- **Factores étnicos**: la diferencia de dolor entre los grupos culturales y étnicos al parecer juegan un papel importante; es frecuente decir que el campesino tiene un umbral mas alto de dolor que el hombre que vive en la ciudad rodeado de muchas comodidades.

6. **Actitud personal hacia el dolor**: La tolerancia al dolor es variable según los individuos de acuerdo a su personalidad, cultura, sociabilidad, experiencias previas, información. Se hable de la "personalidad propensa al dolor".

7. **Técnica analgésica**: Este factor es muy importante y se relaciona con el adecuado manejo del dolor; quizá lo mas frecuente es que el médico ordene el analgésico en caso de dolor intenso, es decir "analgésicos a necesidad", lo cual significa que el paciente va a tener períodos de intenso dolor alternados con períodos de analgesia; sin embargo, el miedo a que el dolor aparezca crea ansiedad y por lo tanto disminución del umbral; como veremos mas adelante, el analgésico debe administrarse de acuerdo a un horario previamente definido.

8.- Dolor producido por la misma intervención médica como es el caso de dolor postoperatorio, de sutura de heridas, de reducción de fracturas.

Por qué aliviar el dolor: El dolor, cualquiera sea la causa y forma de presentación debe ser aliviados por varias razones:

- 1.- El alivio del dolor es un derecho del hombre y es la razón de ser de la medicina; cada médico, cada enfermera, cada socorrista, debe tener la dimensión humanitaria de la medicina y buscar el alivio del dolor de cada paciente con problemas.
- 2.- El dolor debe ser aliviado para evitar no solo el sufrimiento sino las complicaciones como hipertensión arterial, taquicardia, vasoconstricción, hipertermia, aumento del trabajo cardíaco... causados por la estimulación adrenérgica y liberación de catecolaminas; también se presenta sudoración profusa, hipotimias, náusea, vómito, por estímulo parasimpático.
- 3.- El dolor debe ser aliviado para prevenir o mejorar la hipoxemia, la cual es mas frecuente en casos de trauma torácico o de abdomen superior. La hipoxemia se explica por los trastornos de la ventilación, puesto que el paciente no puede efectuar adecuadamente el movimiento de sus músculos llevando a una ventilación superficial, con una frecuencia aumentada, con caída del PaO₂, con formación de microatelectasias y finalmente con una disminución de la capacidad funcional residual, todo esto a su vez se agrava pues aparecen complicaciones pulmonares como aumento de las secreciones, obstrucción de las vía aéreas, infección, atelectasia, bronconeumonía (2).
- 4.- El paciente con dolor no puede movilizarse adecuadamente, no puede colaborar con su protección personal o en la ayuda a otros; es un paciente que colabora mal, es pesimista, crea o aumenta el pánico, grita, se desespera, maldice, increpa, critica, todo lo cual complica la adecuada atención del desastre.
- 5.- Finalmente el paciente que sufre intenso dolor tiene tendencia al "complejo de Thanatos" y procura morir rápido "para salir de una situación complicada", aún cuando las lesiones no sean graves, o incapacitantes.

Cómo se maneja el paciente con dolor en casos de desastre?: El dolor físico que se presenta en casos de desastre puede ser:

- a. Dolor agudo producido por el mismo trauma que se presenta en las primeras 24 - 48 horas como ocurre con el dolor producido por trauma, heridas, fracturas,

machacamiento, pérdida de sustancia. Después de este tiempo se presentan otros dolores concomitantes (artralgias, mialgias, edema, inflamación, distensión abdominal, cefaleas tensionales).

En ocasiones puede darse el caso de pacientes que sufren dolor agudo que se sobreagrega a un dolor crónico sufriendo desde antes del desastre.

b. Dolor crónico Después de un desastre y, debido a complicaciones propias del tipo de lesión o de la atención médica, el paciente puede sufrir dolor crónico o agravar el dolor que viene sufriendo de tiempo atrás.

El dolor agudo es el que más nos interesa por ahora y puede aliviarse con: drogas analgésicas, bloqueo nervioso, inmovilización y adecuada intervención. Veamos esto con más detalle:

1.- Drogas Analgésicas:

Las drogas analgésicas en dos grandes grupos:

- Analgésicos de tipo periférico como el ácido acetilsalicílico (aspirina) y los derivados de las pirazonas (acetaminofen), llamados así porque ejercen su acción "en la periferia" impidiendo la liberación de las prostaglandinas y otras sustancias algógenas (productoras de dolor). Estas drogas se utilizan en caso de dolor leve o moderado, son analgésicos de tipo periférico muy útiles pues no producen somnolencia, ni depresión cardio-respiratoria, ni náusea ni vómito; pueden ser utilizadas concomitantes con otras drogas y además tienen efecto antitérmico y pueden ser administradas por vía oral, venosa o muscular.

La acción de estas drogas dura de 4 - 6 horas por lo cual se aconseja tomarla "por reloj", tenga o no dolor (según este horario) por un tiempo prudencial de acuerdo con la evolución y tratamiento del factor causante. Dependiendo de la intensidad del dolor puede iniciarse el tratamiento (luego de efectuar el diagnóstico) con un analgésico periférico por vía muscular (siempre que el paciente no esté hipotenso) o intravenosa lento.

Además de los derivados de los salicilatos (acetil salicílico) y del paracetamol (acetaminofen) se pueden emplear las llamadas drogas anti-inflamatorias no-esteroides, drogas muy útiles para tratar el dolor asociado a inflamación pues reducen el edema y el calor local, tienen además acción antipirética (como las anteriores), ejemplo de drogas anti-inflamatorias no esteroideas son: Diflunisal, ibuprofen, naproxen, fenopren y ácido mefenámico. Un resumen de las drogas analgésicas de tipo periférico, con su nombre comercial, dosis y horario de aplicación puede verse en el siguiente cuadro:

CLASE Y NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS	HORARIO
<u>Salicilatos</u>			
Acetil salicílico	Aspirina	325 - 650 mg.	cada 4 - 6 horas
Diflunisal	Dolobid	250 - 500 mg.	cada 8 - 12 horas
<u>Paracetamol</u>			
Acetaminofen	Dolex		
	Tylenol	325 - 650 mg.	cada 4 - 6 horas
	Winadol		
	Doliun		
<u>Fenamatos</u>			
Ac. mefenámico	Ponstan	250 mg.	cada 6 horas
<u>Acido propiónico</u>			
Ibuprofen	Motrin	300 - 600 mg.	cada 6 horas
	Naprosyn	250 - 500 mg.	cada 12 horas
	Anaprox	250 - 500 mg.	cada 6 horas

Ejemplo:

Si una de las víctimas del desastre tiene dolor moderado debido a una fractura, trauma, herida, machacamiento, está consciente y en aceptable estado físico se le puede aplicar una ampolleta de gifaril, grifalgina o novalgina por vía I.M. ó I.V. lenta y luego se sigue con aspirina 500-1.000 mg. cada 6 horas; o acetaminofen 500 - 1.000 mg. cada 6 horas por un tiempo prudencial variable de acuerdo a la evolución médica y al tratamiento instaurado.

Si el dolor va de moderado a intenso y los analgésicos de tipo periférico no han calmado adecuadamente el dolor, se hace necesario utilizar los analgésicos de tipo central como los morfínicos; se llaman analgésicos de tipo central (en contraposición de los de tipo periférico) porque actúan en el sistema nervioso a nivel de los receptores endorfinicos.

Si el dolor es de moderada intensidad se puede prescribir primero los "narcóticos" como la codeína, la oxycodona y el dextropropoxifeno, solos o mejor, combinados con la aspirina o el acetaminofen o los antiinflamatorios no esteroideos, pues se ha visto que tienen un efecto aditivo.

Un resumen de los analgésicos débiles se puede observar en el siguiente cuadro:

ANALGESICOS NARCOTICOS DEBILES

NOMBRE	DOSIS	HORARIO
<u>Codeina</u>		
Dolvirón	30 - 60mg.	cada 4 - 6 horas
<u>Oxycodona</u>	2.5 - 5mg.	cada 3 - 4 horas
Percodán		
Neopercodán		
<u>Propoxifeno</u>	65 - 130mg.	cada 4 - 6 horas
Wygesic		
Algafán		

Si el dolor es demasiado intenso, incontrolable, insufrible, que no ha cedido a otras medidas o drogas, es necesario utilizar los analgésicos narcóticos fuertes cuyos representantes más conocidos son la morfina, el demerol y la pentazocina (sosegon-talwin). De estas drogas, la morfina es la droga de elección; es de bajo costo, potente y tiene una duración de 4 - 6 horas, puede aplicarse por vía muscular, intravenosa y en algunos casos en goteo lento (10 - 20 mgs. de morfina en 500 cc. de suero o solución Hartman). En caso de no tener jeringa, la morfina que viene en ampolla puede darse por vía oral aconsejando al paciente, si es posible que demore el líquido debajo de la lengua y luego se ingiera.

El tiempo de acción de la morfina es variable, dependiendo de varios factores: dosis, intensidad del dolor, criterios de analgesia, variación farmacocinética individual (absorción, distribución, biotransformación, eliminación, experiencia previa con narcóticos).

En algunos países se tienen jeringuetas que traen 10 mgrs. de morfina lista para ser aplicada. De todas maneras, esta droga debe estar presente en todos los casos de atención de desastres y debe administrarse a la dosis necesaria de acuerdo a cada individuo (no uniformizar) y debe tenerse presente que tiene una duración de 4 - 6 horas para ser repetida si es necesario; cuando el dolor intenso haya cedido, puede seguirse con un analgésico narcótico débil o con analgésico de tipo periféricos.

En casos de pacientes agonizantes o que tienen intensos dolores en los cuales el tratamiento médico puede ofrecer poca ayuda, puede aliviarse su dolor y sufrimiento aún la sensación de la disnea que entre el goteo de morfina se disuelven 10 - 20 mgs. de morfina en 500 cc. de dextrosa al 5% para pasarlos en goteo a velocidad variable de acuerdo al dolor y al estado del paciente.

El Demerol se comporta como un agonista de la morfina, es menos potente y tiene una acción de duración menor, puede producir más adicción y es más fácil de intoxicar al paciente; ojalá no aplicarla en ancianos (excitación del S.N.C). La dosis es de 50 - 100 mgrs. por vía IM o IV, no se aconseja su empleo en forma de goteo pues se inactiva.

La pentazocina (Sosegón - Talwin) se administra a la dosis de 60 mgrs. IM, cada 4 - 6 horas; produce menos abuso que las anteriores; tiene el inconveniente de producir efectos sicominéticos (pesadillas, alucinaciones); las náuseas y el vómito son frecuentes.

Drogas coadyuvantes en el manejo del dolor:

Además de las drogas analgésicas mencionadas, es necesario en ocasiones recurrir al empleo de otras drogas para que "coadyuven" en el manejo del dolor como ocurre con los esteroides, relajantes musculares, antibióticos y sicotrópicos. Su empleo depende del criterio médico, de las circunstancias y del tipo y pronóstico de la lesión.

Las drogas sicotrópicas son necesarias pues aumentan el umbral doloroso al aliviar la ansiedad, el miedo, la incertidumbre, la tristeza, la desesperación, el insomnio, la preocupación. Entre las drogas sicotrópicas (neurolepticos, antidepresores) están el grupo de los tranquilizantes menores como los benzodiazepinas (valium, ativan, lexotan) muy útiles como ansiolíticos y la Hidroxicina a pesar de ser un antihistamínico se comporta como un tranquilizante menor. Esta droga (Hyderax - atarax) además de la acción propia de los antihistamínicos, tiene efecto ansiolítico, potencia la acción de los analgésicos y tiene cierto efecto hipnótico. En nuestra práctica de la Clínica de Alivio del dolor del Hospital Universitario San Vicente de Paúl - Medellín, esta droga es muy útil al suministrarla combinada con la aspirina o el acetaminofen, a la dosis de 50 - 100 mg/día; entre nosotros se consigue como Hyderax (Tab de 25 mg y ampollas de 100 mgr.) La ampolla de Hyderax (100mgr) también puede administrarse en goteo.

2. Los Bloqueos nerviosos como tratamiento analgésico:

Una manera de aliviar el dolor de los pacientes en casos de desastre, es el bloquear la sensibilidad dolorosa con un anestésico local entre las técnicas empleadas están: el bloqueo intercostal (en caso de fracturas costales, traumas, toracotomía) la analgesia epidural, el bloqueo del plexo braquial, la anestesia local propiamente dicha, etc. Estas técnicas deben ser aplicadas por personal debidamente entrenado.

3.- La inmovilización como tratamiento analgésico:

En caso de fracturas, la inmovilización adecuada alivia considerablemente el dolor; ésta es la razón por la cual quienes trabajan en las labores de rescate y quienes trabajan en la atención médica deben tener presente, como tratamiento analgésico, la inmovilización de las fracturas y de las luxaciones, además de administrar una droga analgésica. Debe tenerse en cuenta además de la inmovilización, una correcta reducción de la misma, si es posible, y un buen transporte al centro de atención definitiva, escogiendo para ello el vehículo mas apropiado. Otra forma de inmovilización puede ser, en determinados casos, la tracción equelética o la tracción de partes blandas.

4.- La información como técnica analgésica:

Parecería no existir relación alguna entre buena información al paciente y un efecto analgésico pero la experiencia nos ha demostrado que el paciente que sabe lo que pasó los daños presentados, las labores de rescate que se hacen, la atención oportuna de los seres queridos, la protección médica recibida, la solicitud de ayuda, el intercambio de ideas, el tratamiento que se va a instaurar, el por qué de la intervención quirúrgica, el por qué de la inmovilización, el recibir la respuesta adecuada a una o varias inquietudes, el saber que los hijos están a salvo o que murieron sin sufrimiento o que están siendo atendidos.. en fin, toda la información que requiere el hombre enfermo, disminuyen el miedo, la ansiedad y la incertidumbre, todo lo cual se refleja en un umbral doloroso elevado.

RESUMEN:

El dolor, cualquiera sea su causa y cualquiera sea su intensidad debe ser aliviado en forma oportuna y adecuada. Para ello se requiere: a) información adecuada y oportuna al paciente y a sus familiares. b) inmovilización correcta del traumatizado. c) utilización de drogas analgésicas y drogas coadyuvantes en el manejo del dolor. d) traslado oportuno al centro hospitalario definitivo y tratamiento médico especializado.

C O N C L U S I O N

"EL ALIVIO DEL DOLOR ES UN DERECHO DEL HOMBRE"

SEGUNDA PARTE:

REFLEXIONES TANATOLOGICAS EN CASOS DE DESASTRE

INTRODUCCION:

Tanatología es el estudio de la muerte; en palabras mas precisas, la tanatología estudia el hecho del morir y las actitudes humanas ante la muerte.

Hoy se insiste mucho en el ayudar a morir con dignidad a la persona que sufre una grave enfermedad; se le ayuda a su familia a soportar la pena por el ser que ha desaparecido; se pretende instruir a los profesionales de la salud a manejar adecuadamente este ambiente de dolor, muerte y desaparición, pues como dice J. Gafo "existe una conciencia creciente de que el hombre actual, no tiene una muerte humana - una buena muerte y no se le sabe ayudar a morir en condiciones de humanidad".

A los hospitales, médicos, enfermeras, socorristas, directivos, sacerdotes... se les reprocha, a todos, la incapacidad para afrontar la última enfermedad o el proceso de morir del paciente, para mirarle cara a cara, para estar simplemente con él y acompañarle en sus dudas, sus angustias y esperanzas; en una palabra, de no saber "ayudar a bien morir"

En casos de desastre, donde la muerte campea su séquito de miedo, dolor, angustia, sufrimiento, destrucción, desaparición, desesperanza... la asistencia al moribundo, al condenado a muerte, al que está irremediabilmente perdido no es la mas humana de las asistencias.

La pregunta que resulta es ¿cómo humanizar la atención del moribundo en casos de desastre?

La muerte en los desastres; De acuerdo con el tipo, intensidad y hora del desastre, varían el daño físico y el número de muertos y heridos. En los temblores de tierra de gran intensidad, en las grandes inundaciones, en los incendios y explosiones, en las guerras, en los accidentes masivos del transporte, el número de heridos graves, de moribundos y muertos será mayor. Un principio de manejo para las "víctimas en masa" es categorizarlas de acuerdo a grupos previamente establecidos de tal manera que aquellos heridos graves que tengan posibilidades de recuperación y aquellos cuyas lesiones son menores sean atendidos adecuadamente y para ellos serán los recursos médicos, técnicos y hospitalarios.

Los heridos graves sin posibilidad de recuperación, aunque estén conscientes de su estado y los moribundos, son categorizados en la franja negra o grupo o que significa "no hay nada que hacer"; "no se justifica dedicarles recursos pues de todas maneras van a morir": "deben ser aislados y ojalá escondidos; deben ser colocados con los muertos..." "y estas palabras y frases que resumen los principios generales de manejo en casos de desastre, muestran lo inhumano, de la situación.

Es claro que no deben dedicarse recursos tanto médicos como hospitalarios a estos pacientes condenados irremediabilmente a morir, pero también es claro que éstas víctimas necesitan este toque magnánimo de humanitarismo, de dignidad en el morir, de esa ayuda persona a persona.

El "manejo de la masa" es de número, de volumen, "de cosas"; el manejo del moribundo es del individuo, de la persona, del ser humano, del ser pensante.

Por lo tanto pueden presentarse como conclusiones iniciales:

- 1.- Los moribundos no deben mezclarse con los muertos
- 2.- Los moribundos requieren ser manejados como humanos y no como masa
- 3.- El manejo es humanitario y pretende aliviar el dolor y el sufrimiento, buscándole significado a la vida que se va, siendo solidario con el que sufre, sin aislarlo ni esconderlo, respondiendo a sus inquietudes, y dándole calor humano.

La conciencia de morir: En la práctica, la transición de la vida a la muerte no está claramente delimitada, "no es tan fácil decir precisamente cuándo la vida pasa a ser muerte" y esto varía de persona a persona; algunos están conscientes y "sintonizados" con el medio ambiente que se vive en el momento del desastre; otras permanecen en estado comatoso por tiempo variable y otras muestran estados alterados de la conciencia (4).

"En la fase terminal como dice Kastenbaum, "la gente experimenta muchas necesidades humanas, algunas de ellas completamente simples, pero no por ello menos significativas, que merecen ser tenidas en cuenta por todo el tiempo que todavía permanecen. Estas necesidades incluyen algunas exigencias de tipo físico, como el alivio de la sed, el alivio de una posición cómoda, el alivio del dolor y el alivio de otros síntomas que perturban la capacidad de las personas para pensar con claridad, mantener la sensación de autocontrol o para prepararse a morir como cada cual desee".

También hay necesidades psicológicas y sociales que el herido de muerte, en casos de desastre, quiere realizar o dejar solucionado. Quiere saber que fue lo que realmente pasó en el desastre, clases de daño; que fue de sus seres queridos? están siendo atendidos? donde estan? que posibilidad hay de hablar con ellos? han muerto sin sufrimiento? fueron enterrados en el lugar preciso?. Quiere despedirse de alguien quiere dejar razones o una pequeña carta, quiere aconsejar a sus hijos, quiere perdonar a sus enemigos, quiere contribuir aún en su lecho de muerte, para que otros sufran menos, quiere los auxilios espirituales de su religión estar en paz con Dios. Quiere conversar con alguien, contarle sus grandes y pequeñas vivencias; quiere estar confortado, acompañado; quiere sentirse humano, quiere llorar.. estos pacientes quieren solicitud.

El significado fundamental de tener cuidados, o solicitud, es "afligirse, experimentar tristeza, clamar junto con otro"

"A mi me resulta muy sorprendente este trastorno de la palabra cuidado, (solicitud) porque tendemos a contemplar los cuidados como una actitud del fuerte para con el débil, del poderoso hacia el inerme, del que tiene para con el que carece... con todo, cuando honestamente nos preguntamos acerca de cuáles son las personas mas

significativas para nosotros, descubrimos a menudo que son aquellas, que en vez de habernos dado grandes consejos, soluciones o curación, más bien han escogido compartir nuestra pena y aligerar nuestras heridas con un toque cariñoso y tierno. El amigo que puede permanecer en silencio junto a nosotros en un momento de desesperación o confusión, que puede acompañarnos en la hora del dolor y del duelo, el que puede sorportar no saber, no remediar, no curar y se enfrenta junto con nosotros a la realidad de nuestra impotencia; este es el amigo que cuida, que se preocupa... curar sin cuidar nos alinea entre los que dirigen, controlan o manipulan y nos impide constituimos en una verdadera comunidad... aquellos que pueden sentarse en silencio junto a su semejante sin saber qué decir, pero sabiendo que deben permanecer allí, pueden llevar vida nueva a un corazón que sufre. Aquellos que no reparan en tender una mano con generosidad, que saben llorar ante el dolor, que dejan que una señal de congoja les salga del corazón, estos se abren paso a través de fronteras paralizadoras y son testigos del nacimiento de una nueva comunidad, la comunidad de los abatidos " (Nouwen, 1.974) (5).

En conclusión, quien está próximo a morir debido al trauma recibido durante un desastre requiere:

- 1.- Ser aliviado en su dolor, angustia y sufrimiento; ser colocado en una posición de descanso.
- 2.- No ser condenado al "no hay nada que hacer...La medicina ha agotado sus recursos"
- 3.- No ser discriminado, ni aislado, ni escondido, ni ser colocado con los cadáveres
- 4.- Si no hay personal de salud disponible o entrenado, debe acudir a los voluntarios de la comunidad que quieren compartir las penas del que sufre.
- 5.- Ser informado de la situación de sus lesiones y de sus pronóstico
- 6.- Debe recibir los beneficios espirituales de su religión y

7.- Recordar que antes de llegar los últimos momentos de la vida, tiene lugar una fase de resignación mas sosegada; el cuerpo parece rendirse en paz y ya no lucha por seguir viviendo.

El malestar físicos de los moribundos; En casos de muerte próxima, se quiere estar completamente seguro en relación con tres aspectos (J. Hinton) (6).

- 1.- Tiempo que tardará en consumarse
- 2.- Grado de posibilidad que existe, que se den graves dolencias físicas y
- 3.- Si existen remedios que puedan paliarlas

La duración de la enfermedad final, en este caso debido al trauma recibido, es variable. Habrá quienes morirán inmediatamente después de recibir las lesiones, en el momento mismo de producirse el desastre y todo ocurre tan subitamente que no experimentarán dolor, pena sufrimiento ni aflicción.

Otros, lesionados gravemente, morirán después de un tiempo variable de horas o días; quedarán atrapados en escombros y tendrán momentos de intenso dolor y pena como ocurrió con muchas de las víctimas en el desastre ocasionado por la erupción del Volcán Arenas que destruyó la población de Armero, en Colombia.

Otros morirán en pocos días; su muerte se producirá por el trauma o por las complicaciones posteriores, como ocurre, con los quemados de mas de 60 - 70% de compromiso de la superficie corporal; la mayoría de estos pacientes mueren en el hospital.

El sufrimiento durante el proceso de morir es variable. 'Habrá que reconocer en primer lugar, que no resulta fácil constatar con gran exactitud la intensidad del dolor experimentado por pacientes turbados y moribundo... esto no implica que el médico haya de pasar por alto el dolor de los enfermos de gravedad.

El sufrimiento incluye dolor, náuseas, vómito, dificultad para la respiración, sensación de malestar agotamiento, sentimiento de estar gravemente enfermo, impotencia para realizar alguna acción...

Muchas de estas molestias pueden ser aliviadas parcialmente; ya vimos como el dolor puede controlarse; otros síntomas como la náusea, el vómito, la tos, los problemas de eliminación, la disnea, también pueden remediarse un poco. Como recuerda J.Hinton "La medida en que una persona sufre molestias físicas en sus últimos momentos, depende del grado de conciencia... la mayoría llegan a embotarse gradualmente y al cabo de cierto tiempo se encuentran al margen de lo que les sucede y lo que ocurre... el recuerdo de las molestias recientes se desvanecen, la percepción se halla un poco obnubilada y el futuro inmediato no está tan penetrado de la firme convicción de que el dolor puede volver de nuevo. En las últimas etapas de la enfermedad mortal, el estado de alerta con una concentración constante se hace cada vez menos común".

El malestar psicológico: La reacción de cada víctima de un desastre es variada en general las emociones de los naciotes en proceso de morir, evolucionan en una progresiva aceptación de su estado, lo que es muy notorio en quienes han soportado una larga enfermedad y tenido tiempo de "elaborar el proceso de fallecer" lo anterior lo describe magistralmente León Tostoy en su pequeña novela La Muerte de Iván Ilich (1.886) y más recientemente estudiado y descrito por Elizabeth Ross en su libro sobre la muerte y los moribundo (1.959). A pesar de esta aceptación "se dá un sinnúmero de emociones agradables o no, ocultas algunas de ellas, aunque otras se manifiesten visiblemente".

Entre los malestares de tipo psicológico que experimentan las personas que van a morir figuran:

La angustia que se produce por la aprehensión, el temor inquietante, el temor inherente a la propia muerte, la ansiedad, el miedo, el dolor, el miedo a no poder respirar, el miedo al sufrimiento, la amargura de la separación o la destrucción. la preocupación por el sufrimiento de otras personas (dolor de humanidad); la angustia por lo que será la otra vida (de acuerdo a sus propias creencias). La espiritualidad y religiosidad de las personas puede influir en que se presente en mayor o menor grado la ansiedad. Influye también en este aspecto emocional la edad de las víctimas, los logros realizados, el tener hijos que todavía dependen de ellos...

La depresión es quizás mas frecuente que la angustia; hay tristeza, aflicción, pérdida del interés, incapacidad para gozar de las cosas, embotamiento de las emociones, tendencia al suicidio, resentimiento, resignación forzosa ante la debilidad y agotamiento crecientes; además según Hinton, otro sentimiento que produce depresión "es el que se da cuando las personas que se encuentran al borde de la muerte presiente que, después de su propio fin, aquellos a quienes han abandonado, pueden valerse perfectamente sin ellos. La necesidad de sentirse unido a alguien es de importancia capital para las personas".

EL TRATAMIENTO DE LAS MOLESTIAS FISICAS Y EMOCIONALES:

Ya vimos como muchas de las molestias físicas pueden ser aliviadas en los pacientes moribundos provenientes de un desastre. Calmarle el dolor utilizando analgésicos y drogas coadyuvantes, inmovilizarlo en caso de fracturas y cubrirle la herida, colocarle en posición cómoda, calmarle la sed, proporcionarle sueño, mejorarle la ventilación por medio de oxígeno por sonda nasal, intubación traqueal, traqueostomía, etc...

Ante la gravedad de una situación y ante un pronóstico sombrío debe el médico hacer frente a familiares, amigos y personal de la salud que le "presionan" para que se "Haga algo, para que no se deje de probar algún tratamiento o transporte a un lugar lejano". En estos casos él debe explicar al paciente y a sus deudas lo poco humanitario de estas medidas y de efectuar tratamientos irracionales. Nuestra experiencia en la Clínica de Alivio del dolor y de ayudando a morir con dignidad, ha mostrado que además de una adecuada comunicación con el paciente y de responderle sus inquietudes el explicarle que "su sacrificio" traerá bienestar a otras víctimas al poder utilizar racionalmente los recursos y que con esto está dando ejemplo de generosidad por el bien de la Humanidad" y es útil a los demás, aún estando en su lecho de muerte.

La atención a los detalles, la dedicación personal, la preocupación por buscar el alivio, así éste no se logre muy positivamente, ayudan mucho al paciente el escucharle, el responder a sus preguntas con un lenguaje sencillo, dan consuelo, de una conversación persona a persona pueden surgir nuevos modos de tratamiento; la compañía, la dedicación de tiempo, el estar ahí pendiente "ayuda a desmanuír la angustia".

LA RELIGION COMO FACTOR HUMANIZANTE EN CASOS DE DESASTRE.

No es el momento para discutir la importancia de las creencias religiosas en el contexto de un desastre, pero en el moribundo, las prácticas piadosas juegan un papel fundamental, especialmente en nuestro medio donde el cristianismo es practicado ampliamente. El sacerdote, en cuanto eclesiástico y en cuanto hombre, puede llevar gran alivio al moribundo; por eso su presencia en casos de desastre es obligatoria. El paciente en trance de muerte que recibe el auxilio espiritual siente un gran alivio, un descanso y una gran resignación. "El sacerdote puede hablar con autoridad al enfermo y asegurarle que, suceda lo que suceda, después de que su vida termine, Dios estará allí para recibirle; garantizarle que cuenta con el perdón del Señor" (7). Los sacramentos de la penitencia y la extremaunción, advierten y preparan a cada paciente para el fin de su vida, "cuando faltan el tiempo y la oportunidad, cuando el mismo enfermo ya no es capaz de seguir una conversación un poco extensa, el capellán (o el médico, la enfermera, el familiar, el amigo, el voluntario) ha de establecer el puente entre la situación del enfermo y de a fé de manera diversa, por ejemplo, recitando una oración que resulte conocida al enfermo (el padrenuestro) o por gestos cuyo significado religioso sea patente, un simple gesto (la bendición) puede expresar tanto para el moribundo como para quien le auxilia, algo que ya no puede ser expresado con palabras. Experiencias de este tipo de muchas personas que cuidan enfermos confirman que se puede hacer mucho por un moribundo " Sporken (8).

Otro aspecto religioso tenido en cuenta por las autoridades eclesiásticas, es el de las ceremonias de enterramiento de cadáveres en un lugar sagrado; esto es importante para los sobrevivientes (elaboración del duelo) que saben donde han quedado los suyos, bajo el amparo de la iglesia; allí los vistarán mas tarde.

El ambiente tanatológico de los desastres: Definimos inicialmente la tanatología como el estudio del proceso de morir y de las actitudes humanas ante la muerte. Teniendo en cuenta esta definición, ¿cuál es nuestra actitud, como trabajadores de la salud, ante la muerte? La respuesta es variada. Hay actitud de negar la muerte, de no pensar en ella; o pensar que es para los otros, que si ocurre un desastre este no nos afectará y que seguiremos indemnes.

Hay la actitud de mirar la muerte como algo lejano y manejarla "como una cosa en abstracto", nos importa solo conocer el número de los muertos, colocarlos en un lugar preciso, disponer de ellos, cremarlos... o mirar la muerte como un problema epidemiológico.

Hay la actitud positiva, creciente cada día, de mirar la muerte como algo próximo de estudiarla y de ayudar más humanamente al moribundo, de transmitir las experiencias logradas para ayudar a otros. Este interés se ha concentrado en los hospitales y en los hogares; algunas facultades de la salud han incluido en sus planes de estudio, temas tanatológicos.

Hay la actitud expectante de morir en cualquier momento, en una muerte colectiva fruto de un desastre, en especial el de la guerra (guerra formal, guerrilla, narcotráfico) y de la bomba atómica. "hay evidencia contundente de que este aire tanatológico de nuestro tiempo puede remontarse a un mal que está personificado visiblemente y abierto al ataque en la práctica en forma de la amenaza omnipotente de la destrucción nuclear". Como dice Shneidman (9): "al parecer se discute ahora la muerte mas abiertamente que en cualquier otro momento desde los días de la peste negra en el siglo XIV, cuando un temor gigantesco ensombrecía las vidas de los hombres, pero con la diferencia de que la peste era una catástrofe "natural" y se pensaba que obedecía a la Voluntad de Dios; la Bomba obedece a la voluntad del hombre. Hoy el enemigo es el hombre; hoy la perspectiva de una muerte súbita por aparatos nucleares, por contrainsurrección, por acción de la policía o por la guerra está por todas partes. Tales nociones así como la Megamuerte, la matanza en demasía y la aniquilación global han creado la urgencia de tratar con el tópico de la muerte..."

LA MUERTE COMO ESPECTACULO EN LOS DESASTRES

Quando se presentó el desastre de Armero, Colombia en 1.985 (explosión del Volcán del Ruiz y posterior inundación) con producción de uno 20.000 muertos, uno de los aspectos negativos fue la explotación que la prensa, hizo de la muerte; hubo entrevistas a moribundos, fotos macabras, negocio, guerra de cadenas radiales, peleas por lograr la "chiva", falsas alarmas... convirtiendo estos momentos de dolor

en tema de telenovela llorona. Un ciudadano, Miguel Angel Rico, escribió en la prensa: "no se concibe el abuso de almas insensibles que osan entrevistar a un moribundo; ni que los helicópteros fueran ocupados por los periodistas mientras morían personas que esperaban con ansias tales aparatos; ni las escenas de pánico, creadas por irresponsables locutores".

Esto de traficar con el horror, "periodismo de escoria", es frecuente en desastres y es necesario que el personal de salud encargado de su manejo, defienda a las víctimas, a los moribundos y a los muertos de esta explotación; esto es amarillismo, sensacionalismo, falta de pudor y de respeto, insensibilidad, curiosidad malsana.

"Las escenas de una tragedia pueden transmitirse sin necesidad de que las cámaras irrespeten a los muertos; no todo momento, es oportuno para entrevistar a gentes que acaban de perder a sus seres amados, o sufren los efectos síquicos o físicos de una calamidad..." (Mario Madrid Malo). "...esa carrera insensata de los medios de comunicación en la que se cometen toda clase de desenfrenos con tal de sobrevivir en el duro lodazal de los rating de sintonía y de preferencia" (Fernando Cano).

En conclusión, una muerte digna en casos de desastre requiere no solo la dedicación de las personas, el alivio del dolor y del sufrimiento sino el respeto del momento trágico que se vive, por parte de los "explotadores de la muerte".

LA MUERTE Y LOS SOBREVIVIENTES.

Antes de terminar, dediquemos unas líneas a los sobrevivientes, a aquellos que han estado cerca de la muerte, y que por algunas circunstancias, lograron permanecer con vida. Ellos también hacen parte del ambiente tanatológico y su vida posterior quedará marcada con una serie de trastornos, psicológicos en especial.

¿Quien es un sobreviviente? "un sobreviviente es alguien que se ha encontrado, ha sido expuesto o ha sido testigo de la muerte y que ha permanecido vivo". Esta definición es del Doctor Robert Jay Lifton (10) un siquiatra que realizó una serie de investigaciones con los sobrevivientes de cuatro grandes desastres: Hiroshima, Campos de concentración Nazi, la Guerra de Vietnam y la inundación desastrosa de Buffalo

Creek en 1.972"... estos sobrevivientes comparten ciertas reacciones psicológicas" que han sido agrupados en cinco temas:

1. Huella de la muerte, que se acompaña de la Ansiedad de la muerte. Esto incluye imágenes indelebles, no solo de la muerte, sino de formas grotescas y absurdas de ésta: escenas de espanto, humo, destrucción, desolación; separación de los familiares, pérdida de seres queridos, avance de la avalancha, escenas de la explosión, escenas de rescate. "El sobreviviente puede sentirse fijado en un momento del tiempo, incapaz de moverse mas allá de esas imágenes, o puede encontrar en ellas una fuente de conocimiento presidido por la muerte, o hasta energía creativa, que tiene un valor considerable para su vida".
2. Culpabilidad por la muerte. Este aspecto se ejemplifica mediante preguntas, tales como: ¿porqué sobre viví yo, mientras él, ella, o ellos murieron? "parte del sentido de horror del sobreviviente es el recuerdo de su propia inactivación, de su impotencia, de su inhabilidad para actuar de una manera que de ordianrio hubiera encontrado apropiada (salvar a la gente, resistirse a los victimarios, etc.) o aún para sentir las emociones apropiadas (una rabia sobrecogedora, una compasión profunda hacia las víctimas)".
3. Insensibilidad síquica o disminución en la capacidad de sentir. Existe una especie de "parálisis de la mente", un defecto en el funcionamiento entre la percepción y la respuesta emocional.
4. Sospecha de una solicitud falsa. Solicitud, tal como se describió al iniciar este artículo, es "afligirse, experimentar tristeza, clamar junto a otro". Muchas veces el sobreviviente cree que todos los cuidados que se le dan 'son falsos', frecuentemente, se resiente a la ayuda que se le ofrece porque considera que, si la acepta, dá muestras de debilidad.
5. Lucha por encontrar un significado. Se refiere a la búsqueda de la explicación del por qué ocurrió el desastre ¿un castigo? una llamada de atención? "buscar algo que va más allá de la restitución económica o social..."

En conclusión, cuando hay muerte masiva, "los sobrevivientes son privados no solo de los aspectos físicos del luto y de la aflicción (La tumba, los restos, el lugar del culto), sino de la capacidad síquica de absorber y sentir esas muertes, de llevar a cabo el luto... los sobrevivientes requieren expresiones de pena y aflicción para empezar a derivar de su experiencia el potencial de alguna iluminación"

RESUMEN.

En el presente artículo hemos hecho algunas reflexiones tanatológicas en casos de desastre; definimos la tanatología como la ciencia que estudia el hecho del morir y las actitudes humanas ante la muerte.. Asumimos una actitud del manejo inhumano de las víctimas provenientes de un desastre, que están próximas a morir las cuales requieren atención de su malestar físico y psicológico; dijimos que las víctimas requieren atención personal, alivio de su dolor, respuesta a sus inquietudes, y ayuda espiritual. Hablamos además un poco de las actitudes que el personal de la salud en relación con la muerte y criticamos el manejo de la muerte como espectáculo que hacen los distintos medios de comunicación.

Finalmente, dedicamos algunas líneas a los problemas psicológicos que sufren los sobrevivientes de un desastre.

CONCLUSION

Si antes del desastre predicamos una vida digna, después del desastre debemos procurar una muerte digna, calmando el dolor y la angustia, llenando de significado la vida del moribundo y procurándole la ayuda espiritual.

BIBLIOGRAFIA:

1. Beecher, H.K. Relationship of significance to wound to the pain experience.
JAMA 161: 1609-1613, 1.956
2. Alvarez E. Tiberio: Analgesia postoperatoria. Manual Básico de Anestesia y Reanimación. Edit. por hacer. Medellín, 1.987 pag. 313-318.
3. Alvarez E. Tiberio: Dolor en Cancer. Colección Biblioteca Básica de Anestesia y Reanimación. Edit. por Hacer. Vol 3 Medellín 1.986 Pag. 163.
4. Kastenbaum R.: Felices para siempre, Entre la vida y la muerte por el mismo autor. Edit. Herder, 1.984, Barcelona pag. 31-45.
5. Nouwen H. Out of Solitude. Ave María press. Notre Dame, Ind. 1.974.
- 6.- Hinton John: Experiencias sobre el morir. Edt. Ariel, Barcelona 1.974. pag.92-110
7. Autton. M. Death and Bereavement, Society, for pronosting christian Knowledge, Londres, 1.965.
8. Sporken Paul: Ayudando a morir. Edt. Sal Terrae, Santander España 1.978.
9. Shneidman Edwin S.: La mega-muerte,"La muerte y el morir" Fondo educativo Interamericano, Puerto Rico 1.981. pag. 354 -360.
10. Lifton Robert Jay: Testigos de la supervivencia. "La muerte, el morir" Fondo Educativo Interamericano, Puerto Rico 1.981. pag. 361 - 366.