

Respuesta inicial a nivel nacional y departamental

Dr. Luis Jorge Pérez Calderón

La respuesta nacional comenzó a prestarse el 14 de noviembre en forma un poco descoordinada debido a que no se contaba con los medios suficientes de transporte aéreo para llegar a la zona y a su vez rescatar y evacuar a los pocos sobrevivientes que quedaban. El Departamento de Caldas hizo una evaluación rápida de la tragedia en su zona, alertó a los hospitales de Manizales, Pereira debido a que inicialmente no se sabía el número de sobrevivientes, pero una vez que se visitó la zona de la tragedia y se constató que los sobrevivientes eran muy pocos y los heridos dentro de ellos no sobrepasaban los 20 ó 30, el plan de emergencias que se había activado entró hasta cierto punto en receso.

Como la carretera había sido destruida por el alud, la ciudad de Manizales quedó incomunicada con la zona de la tragedia a nivel de Pereira y el apoyo realmente de la zona de Chinchiná fue recibido de las ciudades de Pereira, Armenia y Cali. Los pocos sobrevivientes heridos fueron atendidos sin dificultad en el Hospital de Chinchiná donde se contaba con un plan de emergencias, el cual funcionó.

En el Tolima la situación era diferente debido a que el Departamento quedó interrumpido y la mayoría de los sobrevivientes fueron llevados hacia la porción norte donde solamente se contaba con un hospital pequeño y el Hospital Regional de Honda. De todas formas el número de sobrevivientes fue un poco menor en el lado sur y estos fueron llevados

CRONICAS DE DESASTRES

eventualmente a Ibagué. Se ubicaron dos puestos de avanzada para clasificación, uno en la población de Lérída donde se preparó un helipuerto en las primeras 48 horas y otro en Guayabal, en el norte, de donde eran remitidos al aeropuerto de Mariquita. Allí se organizó un hospital de emergencia, el cual contó con el apoyo de los médicos y enfermeros mexicanos.

Vale la pena mencionar que el Hospital Federico Lleras de Ibagué puso a funcionar su plan de emergencias que consistía en evacuar todos los pacientes que podrían ser atendidos en forma ambulatoria y de esta forma incrementar su capacidad hospitalaria y a su vez a nivel de servicios de emergencia se llevó a cabo una clasificación o segundo triage, de todo lo que se recibía de la zona de Lérída. De esta forma pudieron atender aproximadamente 800 heridos en las primeras 48 horas logrando mantener descongestionado los quirófanos y hasta cierto punto la sala de urgencias. Aquellos pacientes que eran de alta complejidad debido a su patología fueron remitidos en su mayoría a Bogotá.

Triage y traslado a los hospitales de Mariquita e Ibagué

Los pacientes fueron rescatados inicialmente por los mismos sobrevivientes y algunos se arrastraron en el lodo hasta llegar a tierra sólida, de donde fueron posteriormente trasladados por los equipos de rescate a los puestos de avanzada en Lérída y en Guayabal.

En estos dos sitios se organizaron equipos de triage en los cuales se lavaba al paciente, ya que todos venían cubiertos de lodo y era imposible determinar la magnitud de sus heridas. Aquellos que tenían heridas y/o fracturas abiertas en su gran mayoría fueron cubiertas y remitidos a los hospitales de segunda línea, que en este caso estaban en Ibagué y en Mariquita o en Honda. En la zona norte los pacientes eran atendidos y estabilizados, cuando era posible en Guayabal, de donde eran evacuados en helicópteros hasta el aeropuerto de Mariquita.

Erupción volcánica

En el aeropuerto de Mariquita se contaba con un grupo de atención médica instalado en lo que es habitualmente la cafetería de ese aeropuerto. Allí se estabilizaba, se hacía una nueva clasificación, se determinaba cuáles podrían ser evacuados por vía terrestre hacia Honda, cuáles ameritaban una cirugía inmediata, debido a que su vida corría peligro y eran trasladados al hospital de Mariquita, y aquellos que podían dar un plazo, pero que eran de todas formas quirúrgicos, eran enviados por vía aérea a Bogotá, a Medellín e incluso algunos tornaban a Cali.

La evacuación por vía aérea fue bastante desorganizada debido a que muchos de los pacientes terminaron en sitios diferentes a donde habían sido enviados sus familiares, de esta forma disgregando las familias. Por otro lado algunos de los pacientes que se evacuaron se encontraban en muy malas condiciones y a pesar de los esfuerzos fallecieron al llegar a la ciudad de Bogotá, a donde la gran mayoría finalmente llegaron. La atención inmediata en estos puestos de triage y estabilización fue coordinada por el Ministerio de Salud y se impartieron instrucciones sobre quiénes deberían recibir la vacuna antitetánica, y cuál debería ser el tipo de antibióticoterapia que los pacientes deberían recibir. En el lado sur de la zona de catástrofe se organizó un puesto de avanzada junto al helipuerto de la población de Lérica, donde eran estabilizados y enviados por vía terrestre a Ibagué. Era imposible evacuarlos por vía aérea hacia Bogotá debido a que carecía la zona de un aeropuerto. Muchos de los pacientes evacuados inclusive fueron llevados en helicóptero hasta Mariquita para su traslado definitivo por vía aérea a la capital de la República o a algunos de los departamentos vecinos. Lérica contaba con un centro de salud, con un médico, dos auxiliares de enfermería y 6 camas, las cuales lógicamente fueron ocupadas en pocos minutos por los primeros sobrevivientes que llegaron en la madrugada del día 14. A partir de esa fecha se utilizó únicamente como punto de escala en el traslado hacia Bogotá o hacia Ibagué.

CRONICAS DE DESASTRES

Los pacientes que habían sido ya clasificados a nivel de Lériða fueron clasificados nuevamente en el Hospital Federico Lleras de Ibagué antes de hacer su ingreso al servicio de urgencia y de esta forma no se congestionó este servicio. Aquellos que podrían ser atendidos en forma ambulatoria fueron enviados a alguno de los otros puestos periféricos que habían organizado en la ciudad. La organización de salud dentro de la ciudad de Ibagué fue bastante bien coordinada, ya que el Hospital de Vías Respiratorias se adaptó para atender única y exclusivamente la patología habitual de la ciudad. Allí se atendieron solamente a los que acuden a los servicios de urgencia que no son de tratamiento quirúrgico ya que el Hospital Federico Lleras, por ser el único de alta complejidad en la zona, se encontraba supersaturado de pacientes. Uno de los problemas más serios que se afrontó fue la forma en que se trasladaban los pacientes de los dos puestos de avanzada a los hospitales de segundo nivel ya que fue necesario improvisar camillas y utilizar materiales que generalmente tienen otro destino debido a la casi carencia absoluta de estos elementos, y esto dilató mucho la evacuación de los heridos.

Dentro de la patología ostiomuscular algunos casos aparentemente sufrieron complicaciones debido a la forma cómo los pacientes habían sido transportados. Además como el número de ambulancias era insuficiente los pacientes muchas veces terminaron siendo trasladados en los planchones de los camiones y de las camionetas de particulares o de las Fuerzas Armadas. Tal fue el caso de un tercer punto de avanzada al cual realmente se le ha dado muy poca importancia, que fue Ambalema. Ambalema, que se encuentra en el margen izquierdo del río Magdalena a donde llegaron muchos de los sobrevivientes que fueron arrastrados por la avalancha de lodo. Esta población tenía hospitalizados tanto en su hospital como en el hospital de campaña montado en el edificio contiguo por las Fuerzas Militares Ecuatorianas un promedio de 20 a 25 pacientes.

El día 16 de noviembre cuando dieron la falsa alarma de que se había presentado una nueva erupción

y que venía una nueva avalancha, y el Ministro de Comunicaciones impartió la orden de evacuación, a los pacientes de estos dos hospitales fue necesario evacuarlos en dos camiones sin ningún tipo de colchones sino sobre el suelo y posteriormente por una carretera destapada de terracería en muy malas condiciones y a una alta velocidad porque se suponía que era una carrera contra el tiempo para evitar que la avalancha se encontrara con estos vehículos de frente. Una vez que estos pacientes llegaron al Altiplano de Lérida y se supo de la contraorden de evacuación se consideró que era mucho más conveniente continuar con ellos hasta Ibagué. Esto es simplemente un ejemplo de las dificultades que se encontraron en el traslado de estos pacientes.

**Anotaciones evaluativas sobre las actividades
realizadas por la Universidad Nacional de Colombia**

Dr. Antonio Ramírez Soto* y Dr. Omar J. Agudelo
Suárez**

Desde el jueves 14 de noviembre de 1985, día siguiente a la tragedia, las Directivas de la Universidad Nacional conformaron un Comité de Emergencia coordinado por el señor Decano de la Facultad de Medicina, Dr. Antonio Ramírez Soto. De inmediato se dispuso un Plan de Ayuda y Apoyo que despertó la inmensa solidaridad de toda la comunidad universitaria.

Como un primer paso de este Plan, se desplazó a un grupo de profesores y residentes de las especialidades quirúrgicas al Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, hecho considerado como vital por la capacidad de ayuda ofrecida con este grupo.

(...) En la ciudad de Ibagué, concentramos un buen número de profesores, residentes, estudiantes de medicina, enfermería, nutrición, montañismo y voluntarios, quienes asumieron el manejo de pacientes en los respectivos hospitales y en los centros periféricos de hospitalización.

* Médico Cirujano de la Universidad Nacional de Colombia. Actualmente es el Decano de la Facultad de Medicina. Es Máster en Ciencias Fisiológicas de la Universidad Autónoma de México. Ha ocupado importantes cargos académicos en su Universidad, pertenece a varias sociedades científicas y es autor de varias publicaciones.

** Médico Cirujano de la Universidad Nacional de Colombia. Profesor de la Facultad de Medicina. Coordinador del Comité de Emergencia de su Universidad en la zona del desastre.

CRONICAS DE DESASTRES

(...) A partir de las determinaciones tomadas en el Comité del Hospital, se fijaron pautas de manejo de pacientes y de antibióticos; se estableció un Comité de Vigilancia Epidemiológica Intrahospitalaria; se brindó asesoría en Infectología y Epidemiología, con la activa participación de los docentes de medicina.

Por recomendación nuestra, se determinó nombrar un médico-jefe de Sanidad Aeroportuaria, (...) lo cual fue definitivo para el correcto manejo de pacientes y su adecuada remisión.(...)

Balance de problemas evidenciados durante la catástrofe

Desde un comienzo se hizo patente la falta de coordinación entre los diversos Comités de Emergencia, (...) especialmente por falta de comunicación y consulta de las diferentes determinaciones emanadas de niveles gubernamentales y que en muchas ocasiones no correspondían a la realidad, por ejemplo, epidemiológica. Además, el Comité Departamental no invitaba a sus reuniones al Director del Hospital Regional Federico Lleras de Ibagué.

Fue notoria la crisis de autoridad dentro del hospital por ausencia de una línea de mando, con directores alternantes según el momento, lo cual diluyó la precisión de normas y ejecución de planes.

El Comité Nacional de Emergencia ejerció demasiada presión encaminada a la evacuación masiva de pacientes de los hospitales sin previa coordinación que garantizara el envío a lugares de mejores condiciones técnicas adecuadas para cada paciente. Esta situación se logró controlar cuando uno de nuestros docentes tomó la jefatura sanitaria del aeropuerto de Ibagué, aunque su acción se viera limitada por la disposición de los aviones sólo disponibles para ciertas ciudades.

Lamentablemente, entidades rivalizaron en el almacenamiento y retención de equipos, lo cual sumado a la falta de comunicación con las entidades de salud, favoreció situaciones absurdas como enormes concentraciones de medicamentos y auxilios en áreas sin esa necesidad y otras con total ausencia de recursos vitales.

Fue alarmante la falta de preparación, a todo nivel, para asumir el manejo y control de una catástrofe.(...)

No se encontró ningún tipo de papelería específica para estos casos que facilitara la clasificación de pacientes, la clasificación del riesgo, la remisión, favoreciendo el caos en el registro y el gigantesco subregistro de pacientes atendidos en las diversas instituciones, lo cual alterará notoriamente cualquier estudio que se intente realizar retrospectivamente.

Fue preocupante encontrarse con una coordinación militar local sin orientación institucional civil, especialmente en la zona de rescate, donde los procedimientos para el mismo no fueron los más adecuados para las lesiones de muchos de los pacientes; con negativas para grupos internacionales de rescate e incautamiento de sus equipos en bases militares.

La falta de un diagnóstico de vulnerabilidad de la población en riesgo y la ausencia de planes de contingencia, favorecieron la incoordinación y mala utilización de recursos humanos y materiales, así como las posibilidades de la comunidad organizada en los barrios, deseosa de colaborar, pero sin ninguna preparación para eventualidades de calamidad pública.

Es preocupante la autonomía descontrolada con que actuaron voluntarios y socorristas en las primeras horas de rescate, evidenciada en la errónea conducta de suturar cuanta herida encontraban y sin la menor antisepsia.

CRONICAS DE DESASTRES

Se presentaron dificultades en la comunicación con los grupos internacionales de rescate por desconocimiento de los diversos idiomas y falta de traductores.

Se apreciaron problemas de coordinación entre institutos descentralizados, algunos de ellos por sobrepoder y celo excesivo, actuando en muchas ocasiones con autoritarismo y en otras más con artificioso paternalismo.

Casi la totalidad de esas instituciones antepusieron engorrosos trámites burocráticos para la consecución de recursos que ellas poseían.

En la zona del helipuerto de emergencia de Lérida fue protuberante la falla en la coordinación médica, en especial, por ausencia de un profesional que, distribuyendo funciones, mantuviera la competente autoridad científica requerida en estos casos. Allí también se hicieron notar los manejos inadecuados, sin unificación de criterios, la escasez de materiales, inadecuada distribución de equipos, apresuradas y riesgosas órdenes de evacuación de heridos que requerían de una mayor estabilidad biológica.

Los heridos eran sometidos allí a baños con agua fría cuando uno de sus mayores problemas era la severa hipotermia a la que habían estado sometidos en aquellas numerosas horas de inmersión. No se disponía de sábanas o cobijas térmicas.

La múltiple presencia de camilleros de todas las organizaciones que rondaban en torno a un helicóptero que descendía, retardaba el descenso del paciente y facilitaba cometer errores en la movilización de los heridos.

En muchas ocasiones los helicópteros dejaron abandonados a socorristas que habían descendido tras un herido, sin materiales, agua, ni alimentos.

Erupción volcánica

Muchos damnificados permanecieron abandonados con heridos en pequeños poblados sin ninguna ayuda, pues se intensificó la búsqueda en la zona central del desastre; y cuando esta ayuda se entregó, se hizo por medio de lanzamientos masivos de suministros sin ningún análisis sobre las necesidades.

Se hace necesario para el futuro la correcta y estricta identificación de todos los miembros de un operativo de rescate ya que fueron muchos los falsos "médicos" que tuvieron acceso a todas las áreas de pacientes por el simple hecho de ponerse una blusa.

De muchos lugares desaparecieron suministros por deficiente administración de éstos y por falta de comunicación con las zonas de atención secundaria y terciaria.

La premura y desorganización en la atención de pacientes favoreció errores múltiples en la definición del riesgo, en precisar lesiones y en la falta de evaluación médica para los heridos menos comprometidos, situación que nuestros educandos forzaron a corregir.

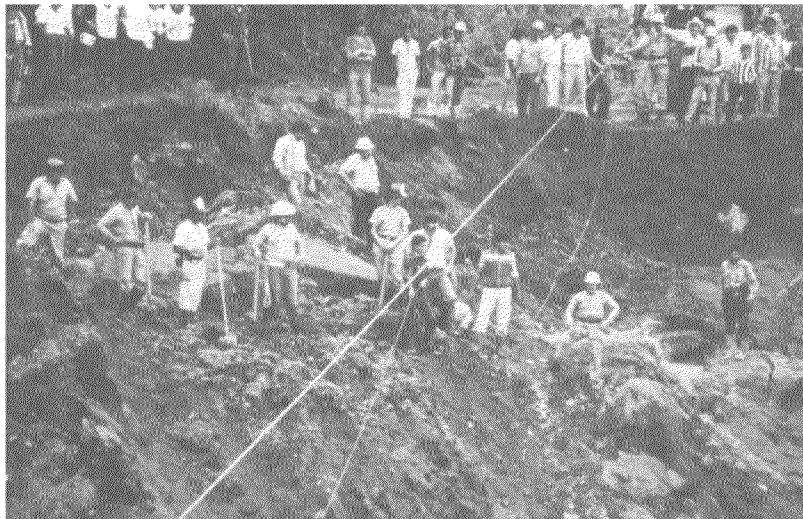
Un ejemplo de esto, fracturas costales y claviculares, no detectadas; olvido del examen de orificios, falta de profilaxis oftálmica, aportes de líquidos parenterales sin cálculos, oscilación inmensa en las dosis de antibióticos, no comprobación de diuresis, dosis repetidas de vacunas, desconocimiento de pautas de inmunoterapia, cambios inadecuados de terapéutica, etc.

Durante todo el transcurso del operativo fue evidente la falta de experiencia en la conformación de los equipos de rescate y en la dotación requerida.

Puede afirmarse que, en muchas ocasiones primó el voluntariado sobre el profesionalismo.(...)

CRONICAS DE DESASTRES

Hemos querido de una manera resumida y objetiva, mostrar un panorama sobre la experiencia vivida en la reciente participación de la Universidad Nacional durante el desastre del Volcán del Ruíz, sin entrar en recopilar las actuales propuestas de trabajo en la zona, las cuales hacen parte de los planes de cada facultad y carrera. Creo que este balance aporta algunos elementos que intentan analizar y corregir errores y apuntar hacia el logro de una preparación más adecuada ante riesgos presentes y futuros.



La efectividad y éxito de las actividades de rescate, como también las operaciones de socorro, se pueden ver frustradas por un exceso de personas en el área del desastre. Se debe restringir el acceso sólo al personal indispensable.