

## EXPERIENCIAS DE UN EQUIPO ESPAÑOL EN HAITÍ

F. Prados Roa<sup>a</sup>, F. Bonilla Quintero<sup>b</sup>, J.M. Navalpotro Pascual<sup>c</sup>, J.R. Núñez Peña<sup>d</sup>,  
A. de la Fuente Jiménez<sup>e</sup> y E. Granizo Calvo<sup>f</sup>

<sup>a</sup> Jefe del Departamento de SAMUR-Protección Civil. Madrid

<sup>b</sup> Director SP EPES. Sevilla

<sup>c</sup> Médico SUMMA112. Madrid

<sup>d</sup> Cirujano Coordinador de trasplantes. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>e</sup> Anestesiista. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona

<sup>f</sup> Técnico Jefe de Equipo SAMUR-Protección Civil. Madrid

Los servicios de emergencias, entre sus objetivos, deben alcanzar la atención de múltiples víctimas y estar preparados para afrontar situaciones de catástrofe con procedimientos de actuación específicos para poder resolverlos. Situarse en un escenario sanitario como el que se generó en Puerto Príncipe (Haití) el día 12 de enero de 2010 es un supuesto que podíamos haber planteado, pero nunca lo habíamos vivido.

Diferentes servicios de emergencia españoles hemos participado con la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) en muchas situaciones de catástrofe natural, y en todas ellas hemos aprendido aspectos esenciales para poder ser útiles fuera de nuestro entorno, para poder trasladar toda la experiencia y capacidad de nuestros profesionales al lugar donde se ha producido un desastre.

En el Océano Índico, en 2004, un terremoto seguido de un brutal tsunami —calificado como la catástrofe natural más grande de la historia conocida—, generó más de 200.000 de muertos y en Banda Aceh (Sumatra, República de Indonesia) pudimos atender a miles de personas en menos de 1 mes. Tratamos patología traumática que fue transformándose en patología médica, debido a un deterioro de las condiciones higienicosanitarias y sociales de la población. Las características de la atención sanitaria en catástrofes que habíamos estudiado, donde la demanda generada por el siniestro sobrepasaba la capacidad de atención, fue siempre puntual. En acontecimientos locales en nuestro entorno, habíamos participado en situación de inferioridad de forma temporal, pero siempre con la seguridad de que el servicio de emergencias podría generar los recursos que permitían dar una solución sanitaria dentro de unos límites de tiempo y calidad aceptables.

En Haití asistimos, desde el primer momento, a una situación singular. Nos enfrentamos a unas características diferentes a las afrontadas en anteriores misiones, empezando porque nunca habíamos llegado antes de

1 semana después de ocurrir el desastre y, en esta ocasión, la expedición sanitaria de avanzada llegó sólo 36 h después de ocurrir el terremoto y, al día siguiente, el equipo sanitario estaba desplegado y trabajando en el Hospital Universitario de La Paz de Puerto Príncipe.

Tal vez esta peculiaridad fuera suficiente para entender la misión en Haití de forma diferente, pero además se produjeron otras circunstancias que hicieron aún más singular nuestra actuación allí.

Puerto Príncipe es la capital de Haití y su población está estimada por debajo de los 3 millones de habitantes, con una expectativa de vida por debajo de los 50 años. El terremoto ha provocado cerca de 250.000 muertes y cientos de miles de heridos que difícilmente pudieron haber sido atendidos en los primeros días. La destrucción de las estructuras fue enorme en gran parte de la ciudad, en la que muchos de los edificios se colapsaron provocando muchas víctimas. Pero esa destrucción, que dejó un número importante de heridos y muertos, llevó asociada la eliminación de la organización, desapareciendo los servicios y dejando un vacío organizativo que dificultó la propia eficacia de la ayuda que en estos casos, ya de por sí, es complicada.



Pacientes y sus familiares esperando en los pasillos del Hospital de La Paz.



Los pacientes fuera del hospital después de un réplica.

El Hospital Universitario de La Paz fue la primera opción de trabajo una vez que se descartó trabajar en un punto autónomo independiente de atención a la población, por la situación de seguridad en la zona y porque no íbamos a poder ofrecer una solución eficiente con nuestros recursos, dado el enorme número de heridos graves que pudimos observar en centros que visitamos y a los que les faltaba una asistencia integral y especializada, que, en el mejor de los casos, condenaba a los heridos a la sedación hasta esperar que se consiguieran los medios para su tratamiento definitivo, si llegaban...

El responsable de la AECID acompañado de un anestesiista de DYA y un médico y DUE de SAMUR-Protección Civil, antes de la llegada del resto del equipo sanitario español, visitó el hospital y se entrevistó con el personal local operativo en esos momentos, que estaba ayudado por equipos sanitarios de otros países (cubanos y chilenos) junto a los cuales empezamos a coordinar un trabajo que pudimos desarrollar los días siguientes.

Los servicios de emergencias no pueden improvisar su ayuda fuera de su ámbito competencial por muchas razones, comenzando porque no tienen una experiencia suficiente en catástrofes que les permita capacitar a los sanitarios en la intervención, además de no disponer de la filosofía de autonomía en su trabajo cotidiano. En nuestro entorno, trabajamos optimizando al máximo los medios y contamos con soporte de energía, logística, avituallamiento, etc. que, en su mayoría, forma parte de los recursos comunes a los que no damos importancia porque forman parte de «lo habitual», pero su ausencia limita, cuando no anula, nuestra operatividad. Los equipos que salen a una misión tienen la obligación de ser autónomos lo máximo posible y no depender de los recursos locales, especialmente de los recursos escasos, ya que éstos serán necesarios para la población.

Más de 20 toneladas de material se desplazaron en avión desde Madrid y se desplegaron tanto en el hospital como en el aeropuerto, donde se instaló el campamento español.

Nuestro horario de trabajo se determinó siguiendo las recomendaciones de responsables de Naciones Unidas (UN) en la zona. Dicha organización nos facilitó, los primeros días, unidades de cascos azules de diferentes países para hacer los traslados del personal y del equipo desde el aeropuerto al hospital al amanecer y de regreso al ponerse el sol. La seguridad fue otra variable que condicionó la actuación de los equipos porque, aunque no detectamos ni sufrimos ningún problema relacionado con la seguridad, desde UN se nos sugirió que pernoctáramos en el aeropuerto y la AECID coordinó los traslados para que todos los integrantes de los equipos sanitario y de rescate estuvieran en el campamento sobre las 20:00 h y sólo se hicieron, durante los primeros días, salidas esporádicas nocturnas a requerimiento de UN. La presencia de equipos cubanos trabajando previamente en Puerto Príncipe nos permitió no tener que trabajar a turnos para atender a los pacientes ingresados. Fueron estos equipos, que trabajaban con población haitiana antes del terremoto, los que se hacían cargo de los pacientes durante el turno de noche, asegurando el seguimiento de los pacientes graves y posquirúrgicos durante las 24 h.

El campamento se estableció en el mismo aeropuerto de Puerto Príncipe, que con una sola pista ofrecía, gracias al control provisional desde tierra del ejército norteamericano, la entrada de aviones con ayuda durante todo el día, lo que no hacía fácil el descanso si no hubiera sido por el cansancio acumulado por los integrantes del equipo durante las largas e intensas jornadas de trabajo en el hospital o en el campamento en funciones de logística.

Dos recursos necesarios para mantener a los equipos en condiciones para el trabajo en la zona del desastre son el agua y el combustible. El primero puede ser transportado con el equipo, pero embotellada y en cantidades justas para la hidratación de los integrantes del grupo. No se puede transportar agua para higiene, y potabilizar agua para beber en la zona para 15 días de presencia puede ser un riesgo por las alteraciones gas-



Pacientes sobre colchones o cartones en los pasillos del hospital.

trointestinales que se pueden producir, que aun no siendo graves provocarían, en estas condiciones de albergue y trabajo, una situación bastante incómoda. El combustible no puede ser transportado en avión salvo en condiciones especiales que no suelen ser atendidas, por lo que es necesario adquirirlo en el lugar con el consiguiente riesgo de inflación del precio del producto, que si bien para los equipos de países de mayor desarrollo no es problema, sí se crea, para el ciudadano del país afectado, el problema de no poder conseguir carburante por el precio excesivo. AECID consiguió combustible lejos de la zona afectada transportándolo por carretera, lo que permitió disponer de energía en el campamento y también en el hospital, que hasta nuestra llegada no tenía electricidad desde el terremoto.

La organización de la atención sanitaria en el Hospital Universitario de La Paz se vio dificultada por la cantidad de heridos de causa traumática que esperaban atención en los pasillos del hospital, acostados en cartones, tablones o puertas de madera (en las que fueron llevados por sus propios familiares o conocidos), camillas sin colchones o colchonetas sobre el suelo. Se mezclaban quienes precisaban de intervención quirúrgica urgente, los que tenían curas provisionales o sistemas de inmovilización de miembros creados con cartones o maderas, niños y adultos, los que se podían mover y los que yacían en el suelo junto a sus familiares heridos o no, varones y mujeres, todo ello entre quejas, lamentos, peticiones de atención y un olor provocado por heridas infectadas que ellos mismos dejaban visibles esperando a que fueran tratadas. El primer día de trabajo se priorizó la actividad quirúrgica y toda la organización se centró en buscar a quienes podían beneficiarse de cirujanos, traumatólogos y anestesistas. Los quirófanos que nos enseñaron el primer día, abriendo el cerrojo de la puerta que daba acceso desde el pasillo donde se concentraban los heridos, estaba en aceptables condiciones, aunque no todo material podía ser utilizado, bien por que estaba averiado (o guardado) o por la falta de electricidad. En los días siguientes compartimos los 3 quirófanos con equipos de cirujanos cubanos y chilenos, y se realizaron 50 cirugías por el equipo español (75% cirugías mayores y 50% a niños con 3 cesáreas). En total todos los equipos trabajaron en 150 intervenciones quirúrgicas durante los 6 primeros días de trabajo del primer contingente. Las escasas condiciones de asepsia y de los medios que se pudieron emplear, unidos a la situación de necesidad y al déficit de medios diagnósticos y cuidados posquirúrgicos, obligaron a los profesionales a realizar un gran esfuerzo para lograr adaptarse a una situación donde hay que valorar las verdaderas posibilidades de una cirugía precaria, con los principios de «primero no hacer daño» y de rentabilizar cada actuación en beneficio de todos los heridos.

El segundo día de trabajo (quinto día después del terremoto), se vio marcado por una réplica de 6,1 grados que se sintió en toda la ciudad a las 6 de la mañana



Las dificultades para realizar intervenciones quirúrgicas pudieron ser superadas.

y que provocó que los pacientes que estaban en el hospital salieran al exterior por miedo a un derrumbe, situándose en colchones y cartones a la intemperie. Este hecho nos permitió, controlando el acceso, organizar la atención de los pacientes situándolos según sus características mediante una primera selección en la puerta del hospital conforme fueron volviendo al interior del edificio. Se estableció una zona de urgencias en la que, en su mayoría, se atendieron traumatismos con fracturas y heridas infectadas, y donde trabajaron médicos, DUE y técnicos de emergencia. Se generó una zona prequirúrgica, donde se situaba a los pacientes que debían ser tratados quirúrgicamente y donde los cirujanos y anestesistas realizaban una segunda selección, esta vez para priorizar la urgencia vital de cada paciente que estaba o iba llegando. Las intervenciones de amputación y síndromes compartimentales fueron las más frecuentes los primeros días, los heridos presentaban miembros necrosados o amputaciones traumáticas, con riesgo de sepsis. Vimos algunos pacientes que tras el traumatismo en sus miembros se habían practicado un «torniquete» con cuerdas o cables, que fueron retirados por nosotros con la extremidad ya gangrenada. Los pacientes, tras la operación, eran cuidados por sus propios familiares o acompañantes, los mismos que les habían ayudado a pasar al quirófano, en una zona donde despertaban a la espera de los cuidados posquirúrgicos. También situamos a heridos en «la sala azul», pacientes de pronóstico infausto que recibieron analgesia como único remedio. La situación de inferioridad estaba agravada al no contar con parte de nuestro material, que no llegó hasta 1 día mas tarde. Se decidió instalar una tienda en el exterior para atender a los niños, sacándolos del ambiente agresivo que presentó el interior del hospital los primeros días, con 15 camas de hospitalización y 3 box de urgencias. El primer contingente asistió a 275 pa-

cientes pediátricos, gracias a la labor de la pediatra de DYA, médicos y DUE de emergencias españoles y médicos cubanos que, además, nos permitían mantener el cuidado durante la noche. Mención especial en esta actividad debemos hacer a las Monjas de la Caridad de San Vicente Paul que durante más de 30 años han estado trabajando en este país. Su inmenso trabajo, su conocimiento del país y de sus habitantes y su santa humanidad nos ayudó de forma extraordinaria para poder atender a los niños y a sus padres más allá de la medicina. Durante la tarde del quinto día, a los 15 miembros del SAMUR-Protección Civil de la ciudad de Madrid, los 6 miembros de DYA de Navarra y Guipúzcoa y los 7 del SEM de Cataluña (11 médicos, 9 DUE y 8 técnicos de emergencias) se unieron los 9 miembros del SUMMA112 con parte del material que faltaba, lo que permitió mejorar las condiciones de trabajo y la calidad asistencial. Días más tarde, se unirían 1 enfermero y 2 técnicos de la UME (Unidad Militar de Emergencias del Ejército Español) que se habían desplegado también en la zona. Al finalizar el día, en el quirófano, el equipo español realizó una cesárea a una mujer con una eclampsia severa, lo que siendo una anécdota, supuso el primer nacimiento que vimos en Haití, además de una intervención cuyo resultado fueron un niño y su madre sanos, sin secuelas ni discapacidades. Otras 12 h aproximadamente de trabajo médico «en situación de catástrofe», sin olvidar a los técnicos de logística que consiguieron mantener el fluido eléctrico en el quirófano y en el resto del hospital de forma más o menos continua e instalar las duchas con agua clorada en el campamento, que se utilizaron como merecido premio antes del descanso.

El lunes 18 se volvió al hospital para atender a los heridos que habían sido cuidados por el equipo cubano y chileno durante la noche. La falta de combustible había limitado la energía eléctrica y, con ello, la actividad, pero las gestiones de AECID y el gran desempeño del equipo de logistas permitieron que el generador del hospital tuviera el combustible y la mecánica a punto para afrontar todo el trabajo que quedaba por hacer. Los cirujanos pudieron, por fin, prescindir de sus frontales de luz a pilas, que debían colocarse antes de empezar la operación, para no tener que parar la intervención cada vez que se perdía el suministro. Pero lo más destacado de este día fue la llegada de mujeres embarazadas para dar a luz. Hasta la cesárea del día anterior no habíamos visto ningún caso, pero a partir de este día tuvimos entre 5 y 8 partos al día. Era lógico, ya que el escenario en el que se encontraba cualquier parturienta que se hubiera puesto de parto los días siguientes al terremoto en el hospital era mucho peor que el que tuviera en cualquier otro lugar. El paritorio, limpio (con el estándar de limpieza que manejábamos) y con un médico obstetra haitiano, que se incorporó de forma intermitente a partir de este día, nos mostró el manejo del embarazo en Puerto Príncipe, donde en la



Los niños sufrieron especialmente el desastre.

asistencia al parto se puede descubrir un parto gemelar en podálica y de nalgas sin conocimiento previo del médico ni de la madre.

Algunos aspectos de la organización terminaron de establecerse en este tercer día de trabajo.

La farmacia, gracias también al material que llegó desde Madrid transportado por AECID, pudo establecerse con suficiencia para el tratamiento de heridas, medicación, etc. Farmamundi (Farmacéuticos Mundi), una ONG dedicada a acción humanitaria, tiene preparados unos *kits* de medicación y material sanitario que fueron de gran utilidad en el hospital. Se habilitó una zona dentro del hospital para ordenar todo el material de farmacia que abasteció a todos los grupos sanitarios que trabajaron en el hospital e incluso recibimos peticiones de otros centros sanitarios que estaban establecidos en Puerto Príncipe.

El control de residuos sanitarios y basura común también tuvo solución este tercer día. A nuestra llegada encontramos mucha basura junto a los pacientes, que no era recogida y se almacenaba sin orden. Junto a los pasillos había patios abiertos con plantas y césped por donde entraba luz, en ellos los primeros días se amontonaban residuos procedentes de curas, plásticos, maderas, etc. que se sumaban al escenario de caos con el que fuimos recibidos. El primer día se destinó a unos voluntarios a la tarea de adecentar esas zonas y los pasillos del interior del hospital, y se concentró la basura con abundantes residuos biológicos fuera del hospital. Los servicios no existían y lo mismo pasaba en el resto de la ciudad, donde las máquinas y camiones estaban destinados a la recogida de cadáveres y movimiento de escombros. En el trayecto del aeropuerto al hospital se veían muchas zonas de acumulación de basuras por la ciudad. Pero el inicio de las intervenciones quirúrgicas y del resto de la actividad sanitaria aumentó la cantidad de residuos biológicos y obligó a establecer un sistema de recogida que, en primer lugar, se habló con la dirección del hospital, que alegó no disponer de me-



dios y, posteriormente, se gestionó con UN a través del grupo de salud (se denomina *cluster* y es como se coordina el trabajo de ayuda humanitaria por grupos temáticos, estos grupos recogen la información y posibilidades de todos los grupos que pueden o quieren colaborar, y asigna funciones). Este grupo de salud de UN lideró la respuesta sanitaria de ayuda y para nosotros fue la referencia una vez que se mostró operativa.

Igualmente, los primeros días, los cadáveres fueron un problema que tuvo la misma resolución que los residuos y también era un problema común en toda la ciudad.

Durante el resto de los días y hasta la llegada del segundo contingente, se continuó con un trabajo parecido a los días precedentes, donde predominaron los pacientes con traumatismos y se hacían curas de tratamientos anteriores realizados tanto en «nuestro» hospital como en otros centros sanitarios. Igualmente, recibimos pacientes de otros centros para intervención quirúrgica y para su manejo una vez que supieron la capacidad quirúrgica y traumatológica del Hospital de La Paz.

En esta primera fase fueron atendidos 1.025 pacientes, la inmensa mayoría de ellos por patología relacionada con el terremoto y de causa traumática, si bien no fuimos capaces de recoger datos durante casi los 2 primeros días, donde la necesidad de organizar el trabajo y la premura para realizarlo, eliminó la posibilidad de obtener más datos.

El viernes 22, séptimo día de trabajo, llegó el relevo del equipo sanitario al Hospital de La Paz, este segundo equipo, planificado con la información del primero, estaba compuesto de traumatólogos, anestesistas, pe-

diatra, ginecólogo y médicos, DUE y técnicos de emergencias.

Esta segunda etapa se caracterizó por una afluencia masiva de pacientes, descendiendo, con el tiempo, el porcentaje de casos traumáticos y aumentando la patología médica, además de la atención de segundas curas. Se atendieron 200 pacientes de media al día, entre ellos 40 partos y 2 cesáreas. La patología médica infecciosa apareció también en esta fase, detectándose 4 casos de malaria entre ella. Se atendieron 800 niños con el mismo perfil que los adultos. También es destacable en esta segunda fase la aparición de personas que vivían lejos del hospital, lo que indicaba que el hospital se había convertido en referencia de la zona.

El día 28 de enero finalizó la actividad española en el hospital, dejando al equipo haitiano acompañado de los sanitarios cubanos y otros cooperantes que se habían unido al trabajo en el hospital.

El Hospital de La Paz ahora tendrá que iniciar su camino hacia la normalidad, tendrá que organizarse con recursos propios y sostenibles que le permitan un mejor desarrollo, al igual que lo tendrá que lograr Puerto Príncipe y Haití. Hemos vivido una experiencia que esperamos no se vuelva a producir, pero nos hemos quedado con recuerdos, con haber sentido la intensidad de la medicina de catástrofes, con haber participado en el operativo sanitario de ayuda mas intenso de los que hasta ahora hemos vivido desde los servicios de emergencia en España, de haber sentido el cariño y la sonrisa como agradecimiento de unos pacientes haitianos que hoy podrán participar y serán testigos de su propia reconstrucción.