

# Atención Prehospitalaria En Escenarios Difíciles, Experiencia Colombiana Y El Proceso Educativo En Emergencias

A Rubiano

## Citation

A Rubiano. *Atención Prehospitalaria En Escenarios Difíciles, Experiencia Colombiana Y El Proceso Educativo En Emergencias*. The Internet Journal of Rescue and Disaster Medicine. 2004 Volume 4 Number 2.

## Abstract

The history of violence in Colombia (South America), initially presented as an obstacle for the adequate operations of the emergency medical system. But with the development of a modern system, articulated with the different basic and advanced emergency response institutions, altogether with a process of academic structuring coordinated by the Colombian Association of Prehospital Care (ACAPH), has allowed that this unfortunate experience serve as a model for governmental educational policy development for voluntary groups that participate in the scene response and for the medical and paramedical personnel both private and public that perform prehospital care.

La historia de violencia en Colombia (Sur América), inicialmente fue un obstáculo para el adecuado funcionamiento de los sistemas de emergencia. El desarrollo de un sistema moderno, articulado con las diferentes instituciones de respuesta básica y avanzada, en conjunto con un proceso de estructuración académica coordinado por la Asociación Colombiana de Atención Prehospitalaria (ACAPH), ha permitido que esta desafortunada experiencia sirva como modelo de desarrollo de políticas educativas gubernamentales para los grupos voluntarios que intervienen en la escena y para el personal médico y paramédico tanto a nivel público como privado que realiza atención prehospitalaria.

## INTRODUCCIÓN

Colombia es un país suramericano de más de 44 millones de habitantes, que tiene una desafortunada historia de violencia socio-política de más de 100 años, que se recrudeció hace 60 años con la aparición de pequeños grupos armados, en áreas definidas del territorio nacional y que finalmente llevaron al país a una guerra interna en un proceso de violencia que ha sido conocido mundialmente y que ha sido centro de estudios de diferentes organizaciones tanto nacionales como internacionales (1).

Paralelo a este proceso, la cantidad de víctimas generadas por este conflicto, sumado a eventos de múltiples víctimas por fenómenos naturales (desastres naturales) y no naturales (terrorismo) creó la necesidad de estructurar un sistema de respuesta en emergencias especializado en el manejo de pacientes traumatizados críticos en situaciones poco convencionales e inseguras, como áreas de combate rurales y urbanas, con una respuesta mixta básica y avanzada que involucraba no solo una adecuada preparación académica

sino física y emocional por parte del personal de respuesta en emergencias (2, 3).

Dentro de la estadística nacional, algunos eventos que han marcado la historia de las atenciones en emergencias en Colombia han sido:

- 1985: Erupción del volcán Arenas (22.000 Muertes)
- 1999: Terremoto del Eje cafetero (1.000 Muertes y 3.800 desaparecidos)
- 2002: Ataque Terrorista en Bojayá (60 Muertes y más de 100 heridos)
- 2003: Ataque Terrorista Bogotá (36 Muertes y más de 200 heridos)
- 2003: Ataque Terrorista Neiva (15 Muertes y más de 70 heridos)

Adicionales a estos, se presentaron muchísimos atentados dinamiteros en los últimos años, en ciudades como Medellín, Florencia, Arauca, que dejaron cientos de lesionados y permitieron evaluar la respuesta prehospitalaria en las diferentes zonas del país. Para el 2002 por ejemplo se contabilizaron más de 18 atentados terroristas con un total de 121 muertos y más de 600 heridos (4,5).

Las principales ciudades como Bogotá, Cali y Medellín, lograron con la experiencia de varios años de someterse a este tipo de situaciones, crear grupos y modelos de respuesta propios que poco a poco fueron especializándose y que se adaptaron a las diferentes situaciones locales. En los años 90, con el agravamiento del conflicto armado, la aparición del terrorismo rural y urbano a gran escala, los diferentes grupos que atendían a las víctimas empezaron a preocuparse por el nivel de exigencia requerido para llevar a cabo las diferentes operaciones, el cual contrastaba con la falta de políticas educativas claras para la formación básica y especializada de este personal por parte del gobierno nacional. A partir de este momento se iniciaron reuniones con representantes de los diferentes grupos y entidades participantes, incluyendo instituciones gubernamentales y finalmente el año 2001, se conformó la Asociación Colombiana de Atención Prehospitalaria (ACAPH), institución que permitió recoger las inquietudes, la experiencia y la vocería del personal prehospitalario enfrentado día a día a tan difíciles escenarios. Dentro de los comités conformados al interior de la Asociación, se encontró personal diverso con gran experiencia que aportó mucho, con medidas tan simples como generalizar para todos los grupos, modelos de entrenamiento, operación y evaluación en diferentes escenarios. Actualmente mucha de la experiencia recogida ha permitido consolidar conceptos que se están compartiendo con otros países latinoamericanos que aunque no tienen el mismo nivel de violencia interna, si están expuestos a eventos de múltiple víctimas y al manejo de pacientes traumatizados de alta complejidad, dentro de un marco común: la poca disponibilidad de recursos y la falta de políticas claras educativas en el área prehospitalaria (6).

### DESARROLLO DEL PROCESO

La intervención de OMS y OPS para la generalización de los programas de planes hospitalarios de emergencias, abrió en el gobierno el camino para un modelo de educación en emergencias en el área de la salud (7). Diversas entidades universitarias, con personal especializado en esta área lograron evidenciar la falta de preparación pre e

intrahospitalaria en la mayoría de ciudades para manejar eventos con múltiples víctimas, desarrollando simulacros en conjunto con jornadas de capacitación. El desarrollo del programa del Centro Regulador de Urgencias (CRU) en la ciudad capital (Bogotá), basado en el modelo francés del SAMU, contribuyó igualmente al fortalecimiento de la cultura en emergencias especialmente con el modelo de línea telefónica de urgencias (Línea 125). Otras ciudades basaron sus modelos de atención con líneas telefónicas de instituciones voluntarias como la Cruz Roja, la Defensa Civil o los Bomberos, logrando así evidenciar la necesidad de una formación especializada en el área prehospitalaria, ya que muchas de estas instituciones, sólo contaban con personal no médico con entrenamiento básico (Fig 1).

### Figure 1

Figure 1: Actualizaciones para personal voluntario de instituciones de socorro. ACAPH. (Foto: Andres Rubiano)



Un ejemplo importante del trabajo que se venía realizando, era el del Centro de Entrenamiento Médico y Paramédico con Simuladores (CEMPAS) de la Universidad CES – Instituto de Ciencias de la Salud, de la ciudad de Medellín, quienes venían estudiando a fondo el proceso de repercusión psicológica en el personal de salud en áreas de conflicto armado y secundario a los atentados terroristas con explosivos. Igualmente algunas universidades públicas y privadas, dieron a conocer sus proyectos de educación técnica y tecnológica en atención prehospitalaria. De esta forma, a partir del 2001, la Asociación inició una gran campaña educativa, a través de la realización de simposios y congresos con invitación de conferencistas latinoamericanos para intercambiar ideas y dar a conocer a todo el personal de APH de Colombia, como se venía trabajando en diferentes modelos de atención y educación en emergencias.

Igualmente, un segundo paso se dio al vincularse al grupo de trabajo gubernamental representado en la oficina de emergencias del Ministerio de Salud, hoy Ministerio de Protección Social. Así se logró participar como ente asesor en los comités que hoy desarrollan el trasfondo legislativo, académico y formativo en atención prehospitalaria.

### EJEMPLOS PARA COMPARTIR

Muchos son los frutos de este gran esfuerzo. El éxito ha consistido en vincular a todas las instituciones, ya que todas tienen diferentes fortalezas, al compartir conocimiento se refuerzan debilidades y se corrigen errores. El CEMPAS, por ejemplo ha contribuido con dos grandes proyectos que han empezado a mejorar la capacidad de respuesta del personal en escenarios difíciles:

a. Pista de Respuesta de Salud en Escenario de Conflicto Armado: Este sistema de entrenamiento, busca disminuir la vulnerabilidad individual del personal de salud (generalmente prehospitalario) ante situaciones de escenarios de conflicto armado. Se lleva a la tripulación de la ambulancia, a un escenario simulado de retención armada de la unidad y se evalúa el comportamiento del personal individual y colectivamente, luego se enseñan herramientas prácticas de comportamiento en este tipo de situaciones disminuyendo el grado de vulnerabilidad (8). En el momento más de 5.000 personas de grupos de respuesta han sido evaluados en este tipo de escenario (Fig 2).

#### Figure 2

Figure 2: Entrenamiento de personal prehospitalario en reconocimiento de minas antipersonales en áreas de conflicto armado. Escenario CEMPAS. (Foto: Carlos Morales Cienfuegos)



b. Simulador Ambulancia: El simulador ambulancia, fue un

proyecto del CEMPAS, en conjunto con el Ministerio de Protección Social de Colombia, con el cual se logra evaluar el comportamiento, la reacción y las destrezas del personal prehospitalario con diferentes tipos de pacientes, directamente en escenarios simulados con realidad virtual y en tiempo real, dentro del vehículo. Actualmente muchos equipos han sido entrenados y evaluados en este dispositivo (Fig 3)

#### Figure 3

Figure 3: Escenario de evaluación en simulador ambulancia. CEMPAS Medellín (Foto: Esperanza Escobar).



Otros ejemplos importantes son el entrenamiento masivo en primera respuesta realizado por el Centro Regulador de Urgencias de la ciudad de Bogotá, en donde se educa en destrezas básicas a la comunidad para atender eventos de emergencia antes de que el recurso especializado arribe a la escena. De esta forma, se disminuyen las posibilidades de mal manejo inicial por personal no experto especialmente en eventos masivos.

Actualmente la oficina de emergencias del ministerio, igualmente desarrolla un extenso programa de capacitación en el tema de Misión Médica, este tema, busca que el personal de salud conozca los riesgos y las amenazas que pueden surgir al momento de atender actores del conflicto armado, se enseña a reconocer las normas del derecho internacional humanitario para no transgredir las normas y busca posibles soluciones para igualmente disminuir la vulnerabilidad del personal de salud que atiende emergencias en este contexto (fig 4).

**Figure 4**

Figure 4: Personal de socorro, médico y paramédico, involucrado en la atención de víctimas del conflicto armado en Colombia, tema del programa Misión Médica del Ministerio de Protección Social. (Foto:



Para el año 2.003, por ejemplo, 250.000 personas eran combatientes activos de uno u otro lado. Este conflicto ha tocado de una manera importante los servicios de salud y son una realidad que debe enfrentar el personal prehospitalario. Entre el 2.001 y el 2.003, de acuerdo a la Asociación Nacional de Trabajadores Hospitalarios, se habían registrado 656 infracciones contra misiones médicas en Colombia. Se encontraban amenazados 298 trabajadores (incluyendo personal de ambulancias), fueron asesinados 93 trabajadores, secuestrados 26, desaparecidos 8, se registraron 20 atentados contra vehículos o instalaciones médicas, etc (9). Algunas recomendaciones extractadas de este proceso educativo son:

- La premisa inicial es la aceptación del riesgo, por tanto la receptividad para adoptar medidas para disminuir la vulnerabilidad.
- La segunda premisa tiene que ver con la identificación de los límites de la actividad sanitaria, realizando sólo lo correspondiente y lo competente, teniendo claro conocimiento de los derechos y deberes.
- La tercera premisa involucra el cumplimiento estricto de la labor asistencial, con ética y el mayor grado de protección individual.
- La actitud y la presentación personal es fundamental para disminuir la vulnerabilidad. Se deben controlar los nervios inherentes a este tipo de situaciones, se debe mantener un comportamiento cortés y discreto. Se deben evitar

los comentarios fuera del proceso de atención y no manifestar el interés mínimo en actividades ilícitas si estas se están presentando en la escena.

Finalmente, la ACAPH desarrolló el proyecto de Guías Nacionales en Atención Prehospitalaria, en donde para su elaboración han participado la mayoría de instituciones que intervienen a nivel nacional en escenarios de emergencia. Estas guías buscan unificar criterios de manejo de las principales patologías médicas y traumáticas para todos los equipos prehospitalarios colombianos (10). Serán publicadas en marzo del 2005 y están a disposición de todos los equipos internacionales.

**CONCLUSIÓN**

En conclusión, la experiencia obtenida por los equipos prehospitalarios colombianos como consecuencia del fenómeno de violencia interna, ha favorecido el desarrollo de procesos educativos en emergencias y el trabajo interinstitucional, con el único fin de mejorar la calidad de la atención de víctimas politraumatizadas críticas en eventos masivos. La Asociación Colombiana de Atención Prehospitalaria (ACAPH) ha sido una pieza clave en la integración de los esfuerzos y en la representación del personal prehospitalario ante el gobierno Colombiano.

**References**

1. INDEPAZ: Cátedra por la paz, la vida y la libertad. Documento 9. INDEPAZ 2003: (9); pp 1 - 56.
2. Rubiano A: Historia de la atención prehospitalaria, en: Rubiano A, Paz A: Fundamentos de Atención Prehospitalaria. Ed DISTRIBUNA. (Bog), 1 ed. pp 3-9. 2004.
3. Paredes G, García A: Administración de Sistemas de Emergencias Médicas, Modelo latinoamericano, en: Rubiano A, Paz A: Fundamentos de Atención Prehospitalaria. Ed DISTRIBUNA. (Bog), 1 ed. pp 31-53. 2004.
4. Morales C, Rubiano A: Intervención internacional en desastres, en: Rubiano A, Paz A: Fundamentos de Atención Prehospitalaria. Ed DISTRIBUNA. (Bog), 1 ed. pp 559-569. 2004.
5. Paredes G: Terrorism in Colombia. Prehosp Disast Med, 2003; (2): pp 80-87.
6. Rubiano A: ¿Existe realmente una cultura de manejo de emergencias en nuestro país?. ACAPH. CD Guías APH. 2003.
7. Planes Hospitalarios 2002. Ministerio de Protección Social de Colombia - Universidad CES. CEMPAS 2002.
8. Múnera C, Rubiano A: DIH y Misión Médica para tripulaciones prehospitalarias, en: Rubiano A, Paz A: Fundamentos de Atención Prehospitalaria. Ed DISTRIBUNA. (Bog), 1 ed. pp 966-969. 2004.
9. Castro L: Normas internacionales y nacionales relativas a la protección a la misión médica. Guerra y misión médica en Colombia. Documento 17 INDEPAZ. 2003; (17): pp 11-19.
10. Rubiano A: Guidelines for trauma management in

prehospital teams: Experience of the Colombian Prehospital National Association. Panamerican Trauma Society . Miami

(FL) XVII Meeting Abstracts. Abstract 48. 2004 (1): pp 90 - 91

**Author Information**

**Andrés Rubiano, M.D.**

Presidente Asociación Colombiana de Atención Prehospitalaria, Instructor Prehospitalario NAEMT, Instructor Sistema Nacional de Bomberos, Neurocirujano FSFB - Universidad El Bosque (Bogotá)