

Operación "Tango-Tango": apoyo a Turquía

Manrique Marco Hernández¹ y María Jesús Méndez Fernández²

Med Mil (Esp) 2002; 58 (1): 42-48

RESUMEN

Objetivo: Exponer la patología atendida, la medicación consumida y la ayuda humanitaria distribuida en la operación "Tango-Tango" desarrollada en Turquía durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 1999. Analizar las necesidades de medicamentos y material para próximas misiones humanitarias. **Material y métodos:** 1.662 niños de las localidades de Halidere, Degirmendere, Golcük, Izmit, Erasgli, Yalova y otras localidades turcas. Medicación que desplazó el EMAT y la suministrada por el ejército turco. Ayuda humanitaria llegada de diversos países. La asistencia pediátrica se ha realizado en el marco del EMAT-Sur desplazado a Turquía. El EMAT consta de quirófano, cuidados intensivos, estabilización, laboratorio, rayos X y hospitalización. La asistencia pediátrica se ha realizado en una tienda independiente; se han utilizado dos balanzas una para lactantes y otra para niños mayores; tallímetros para lactantes y niños mayores de dos años; mascarillas de aerosoles y un concentrador de oxígeno; dos incubadoras, un ambú, tubos de aspiración e intubación; fonendoscopio y otoscopio. **Resultados:** La patología que motivó la consulta pediátrica fue muy diversa: el 20,8% de los niños presentaba patología respiratoria; digestiva el 19,95%; otorrinolaringológica el 19,3%; trastornos del sueño lo padecían el 17,21%; enfermedades dermatológicas el 7,58%; trastornos del comportamiento un 4,08%; fiebre sin foco un 2,5%; trastornos neurológicos el 1,81%; desórdenes nefrourológicos el 1,82%; secuelas traumatológicas el 1,72%; problemas oculares el 1,5%; enfermedades endocrinológicas el 0,48%; patología hematológica el 0,25%, cardiopatías el 0,21% y otro 0,21% con diversos procesos. Medicación consumida: 439 pautas de tratamiento con antibióticos; 386 pautas de asma; 311 de patología digestiva; 257 con mucolíticos; 228 dermatológicas, 203 con antitérmicos; 110 con tranquilizantes; 40 pautas para problemas nefrourológicos; 30 por problemas oftalmológicos; 23 con antisépticos; 20 para caries; 12 con antivíricos; 10 por trastornos neurológicos, y seis niños recibieron hormona antidiurética. **Conclusión:** La pediatría ha alcanzado en esta misión un alto nivel. Nuestra especialidad ayer despreciada por su escaso interés logístico, se ha convertido en imprescindible para que los EMAT puedan afrontar una misión humanitaria con eficacia y alcanzar el éxito deseado.

PALABRAS CLAVE: Misión humanitaria. Estrés post-traumático. Pediatría. Terremoto. Turquía.

INTRODUCCIÓN

A las tres de la madrugada del día 17 de agosto de 1999 Turquía sufrió un terremoto de intensidad 7,4 en la escala de Richter. El epicentro se localizó en la provincia de Izmit; numerosas localidades se vieron afectadas, entre ellas Adapazari, Gölcük, Degirmendere, Halidere, Kocaeli y otras muchas. La naturaleza sacudió la tierra y las casas mal construidas se vinieron abajo como un castillo de naipes. El mar sumergió en Gölcük toda una calle y la base naval militar allí ubicada (Figura 1). Perecieron miles de personas –en torno a 17.000–, unas por el efecto directo del terremoto y otras por la lentitud en las operaciones de rescate. Había tantos edificios derruidos aquí y allá, en una y otra ciudad, que el Gobierno y el Ejército turco se vieron desbordados (Figura 2). Los propios familiares se aplicaron a retirar los escombros con sus manos y así pudieron salvar a algunos de sus parientes. El terremoto sucedió a las tres de la madrugada y cogió por sorpresa a todo el mundo; la mayoría de la población dormía. Numerosas familias quedaron rotas. Los equipos de rescate se afanaban aquí y allá, bomberos turcos y de otras naciones buscaban desesperadamente bajo los escombros a los supervivientes,



Figura 1. La calle de Gölcük que se humdió en el mar. En esta ciudad existía una escuela naval militar, donde perecieron numerosos cadetes y mandos militares.

que permanecían atrapados, luchando contra el calor, la falta de aire y la amenaza de deshidratación.

La población pasó de vivir en sus casas, disponer de comida, ropa y atención médica a vivir en tiendas y carecer de todo. Además de estas penalidades físicas, los niños sufrieron especialmente por la muerte de familiares, la alteración de su situación psico-social y la desaparición de sus lugares de recreo y educación, que condujeron a una pérdida de confianza total. La falta de con-

¹ T Col Médico.

² Farmacéutica.

Dirección para correspondencia: M. Marco Hernández. Unidad de Crecimiento. Servicio de Pediatría. Hospital Militar "Gómez Ulla". Glorieta del Ejército, s/n. 28047 Madrid.

Aceptado: 18 de junio de 2001.

diciones físicas y psicológicas básicas para su desarrollo equilibrado dejó a los niños expuestos a los trastornos propios del estrés post-traumático (1-4).



Figura 2. Turquía, provincia de Izmit, a las tres de la madrugada del 17 de agosto de 1999 la tierra tiembla y miles de casas se hundieron, millares de personas quedaron atrapadas.

El Gobierno de España decidió desplazar a Turquía un Equipo Médico Avanzado, reforzado con pediatría y obstetricia, para paliar en lo posible la catástrofe. La unidad seleccionada fue el EMAT-Sur, integrado por una unidad de cuidados intensivos, un quirófano, una sala de estabilización, una sala de rayos X y laboratorio, una sala de hospitalización y dos salas de exploración y clasificación. La orden de salida se dio el viernes veinte de Agosto a las 16 horas 21 minutos. Reunido el personal en Sevilla y preparado el material el veintiuno, en la madrugada del día siguiente se partió de la base aérea de Morón de la Frontera y el EMAT aterrizó en Estambul el domingo veintidós a las veinte horas. La misma noche se cargó el material en camiones y se atravesó en transbordador el mar de Mármara. En la madrugada del veintitrés de Agosto, el convoy llegó a la plaza de Degirmendere, en lo que creímos en un principio era la plaza de Gölcük. El aspecto y el silencio eran desoladores, casas hundidas y resquebrajadas por todas partes, cal viva en las calles, tiendas improvisadas por doquier –incluso al lado de los cementerios–, olor a muerte; las personas deambulaban con mascarillas en la cara y el desconcierto era general.

Se estudió el emplazamiento más adecuado del EMAT; después de contradicciones y discusiones entre miembros del equipo de crisis, se decidió situarlo a las afueras de Halidere. Se utilizó una nave que alojaba un taller municipal de cerrajería; soldados turcos al mando del coronel del ejército turco Ayay –que nos recibió en el aeropuerto– retiraron toda la maquinaria, hierros, tubos, motores, un tractor pala averiado y cuantos enseres había, que eran muchos. Bajo la lluvia se hizo todo, se descargaron los camiones con el material y bajo la lluvia comenzamos a poner todo en orden, las tiendas para cada una de las salas citadas y para la intendencia (Figura 3). Todo ello nos llevó hasta el día veinticuatro de agosto, en que comenzamos a prestar asistencia. La afluencia de pacientes pediátricos fue continua y creciente; los dos primeros ingresos del EMAT fueron un niño con un síndrome nefrótico congénito y otro con una celulitis periorbitaria.

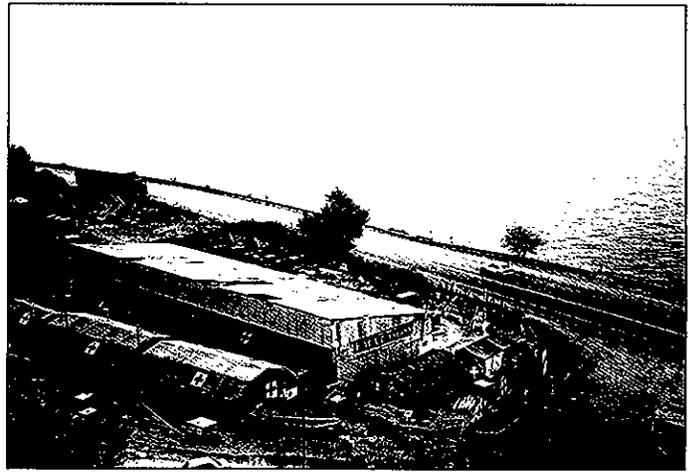


Figura 3. EMAT-Sur desplegado a orillas del mar de Mármara.

Los objetivos de este trabajo son: 1) Exponer la patología atendida, la medicación consumida y la ayuda humanitaria repartida en la operación Tango-Tango efectuada en Turquía desde Agosto a Octubre de 1999. 2) Analizar las necesidades de material y medicamentos para próximas misiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

En una tienda de campaña se instaló la consulta de pediatría, dotada de dos balanzas, una para lactantes y otra para niños mayores, un tallímetro para niños de más de dos años, una cinta métrica para medir a los de menor edad y el perímetro craneal, un otoscopio Heine, un fonendoscopio pediátrico, un esfingomanómetro, una camilla, una estantería para la medicación, sillas y una mesa. El EMAT además tenía una sala de hospitalización con dos incubadoras y seis nidos y camas.

La población pediátrica atendida fue la que de manera espontánea se presentó en nuestras instalaciones. Las familias acudían desde las ciudades y pueblos próximos en coche o en medios de transporte colectivo; el grupo de niños más numeroso procedía de Karamürsel y de Halidere. Otras ciudades de las que llegaron niños fueron de Eregli, Ulasli, Degirmendere; Gölcük; Yalova; Izmit y Adapazari y de otras localidades más pequeñas (Figura 4).

Los niños fueron historiadados mediante un protocolo que consiste en registrar el nombre del paciente, la población donde viven, la edad, el sexo, si viven en tienda o casa, antecedentes personales y familiares, el problema orgánico que sufren, si la familia ha perdido algún miembro a consecuencia del terremoto, si padecen problemas psicológicos, el diagnóstico y la medicación que se prescribe. Se contó con la ayuda de intérpretes turco-español o turco-inglés. Los niños con crisis asmáticas recibieron aerosoles con salbutamol mediante concentradores de oxígeno; posteriormente, fueron tratados con budesonida. Los que precisaron ingreso por su gravedad pasaron a la sala de hospitalización o a la de cuidados intensivos. Al final de la consulta, realizado un diagnóstico, se entregaba a la familia la medicación y se les explicaba cómo debían utilizarla; igualmente se repartía ayuda humanitaria según la edad del niño: a los menores de seis meses se les entregaba una caja de leche de inicio, cereales sin

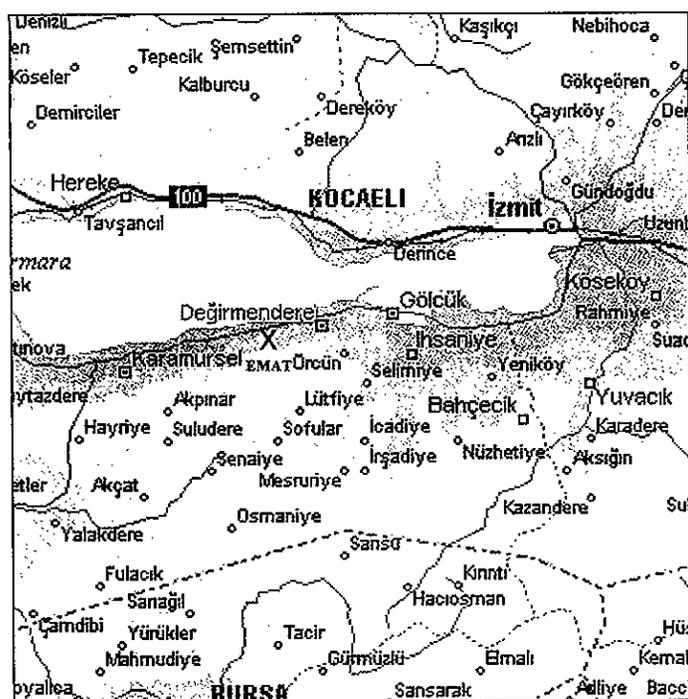


Figura 4. Mapa de la zona de influencia del EMAT.

Tabla 1. Distribución por edades de los niños atendidos.

Edad (años)	Niñas	Niños
0-1	178	208
1-2	70	131
2-3	51	94
3-4	63	48
4-5	61	59
5-6	47	54
6-7	37	45
7-8	36	38
8-9	43	34
9-10	27	41
10-11	36	32
11-12	38	38
12-13	23	23
13-14	19	21
14-15	14	14
15-16	12	7
16-17	2	7
17-18	1	3
18-19	2	2
19-20	1	2
Total	761	901

gluten y potitos de verdura con carne y de fruta si procedía, pañales y toallitas; a los mayores de seis meses se les repartió leche de continuación, cereales con gluten, verduras con carne y pescado, papillas o potitos de fruta, pañales y toallitas; a los mayores de dos años leche en polvo y cereales. También se dieron juguetes y ropa.

Los alimentos y enseres distribuidos los traía diariamente al hospital español el personal militar turco que lo apoyó desde un almacén de ayuda humanitaria –proporcionada por diferentes naciones: Japón, Alemania, Grecia, Suiza, Francia, Singapur y España entre otras– situado en Izmit Del mismo almacén nos abastecieron de medicación todos los días, la mayoría de laboratorios turcos, complementando de esta forma la dotación de fármacos que llevaba el EMAT. Para aprovechar la medicación se contaban los comprimidos, se fraccionaban los jarabes y se preparaban unidosis en jeringas.

RESULTADOS

El número total de niños atendidos ascendió a 1.662, cinco de ellos nacidos en nuestro hospital. En la tabla 1 se recoge su distribución por edades. Se asistió a un promedio de cincuenta niños al día, alcanzando un máximo el día 21 de Septiembre con unos noventa niños. La tendencia asistencial puede observarse en la figura 5. Hasta el último momento se atendieron pacientes; el último ingreso fue una niña con gastroenteritis que precisó fluidoterapia.

Ocho de los niños atendidos habían quedado atrapados entre los escombros y fueron rescatados por sus familiares. El número de los que había perdido algún hermano, padre, madre, otros familiares o amigos fue de 27. Un niño perdió sus padres y hermanos; tres perdieron el padre; cuatro la madre; diez al menos un hermano y uno

los cuatro que tenía; cuatro perdieron amigos; cinco perdieron primos; una familia perdió ochenta miembros. El 95% de la población vivía en tiendas, muchos carecían de seguridad social y tenían que comprarse los medicamentos además de pagar la consulta médica en caso de precisar asistencia.

La patología que motivó la consulta pediátrica fue muy diversa. Los problemas respiratorios, digestivos y otorrinolaringológicos, los trastornos del sueño y del comportamiento y las enfermedades dermatológicas fueron las patologías más frecuentes. La tabla 2 expone de manera detallada esta información organizada por especialidades; además se atendieron dos niños con artralgias y uno con reumatismo, un caso de síndrome de Down, una niña con escarlatina, dos niñas con vaginitis, dos con parotiditis y un niño abandonado por su madre.

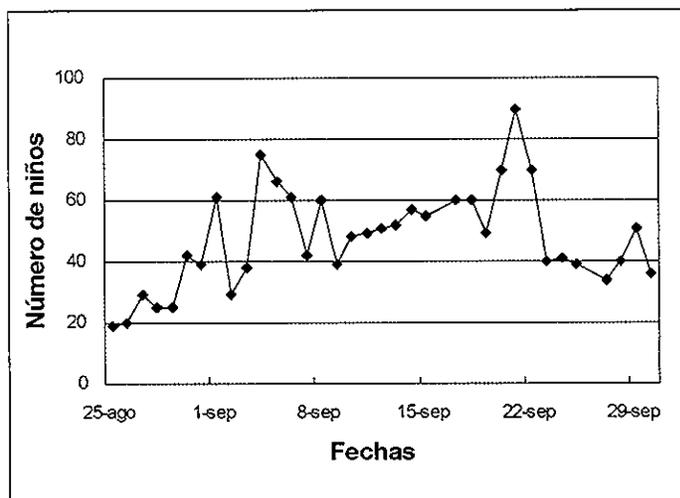


Figura 5. Tendencia asistencial durante la misión humanitaria.

Operación "Tango-Tango": apoyo a Turquía

Tabla 2. Motivos de consulta.

Respiratorio			387 (20,82%)
catarras	302	bronquiolitis	4
crisis de asma	67	neumonía	1
bronquitis alérgica	12	tuberculosis	1
Digestivo			372 (20,00%)
gastroenteritis	182	ictericia	4
anorexia	69	parasitosis	4
vómitos	38	fisura anal	3
dolor abdominal	29	granuloma umbilical	2
hernia inguinal	22	diarrea crónica	1
estreñimiento	9	abdomen agudo	1
reflujo gastroesofágico	8		
ORL y bucal			360 (19,37%)
tto. odontológico		adenitis	5
amigdalitis	69	sordera	5
otitis	66	candidiasis	3
faringitis	51	parotiditis	2
adenoiditis	15	c. extraño en fosas	1
sinusitis	12	sordomudez	1
laringitis	11	épuilis	1
estomatitis herpética	9	ránula	1
epistaxis	6		
Parasomnias			320 (17,21%)
Dermatología			141 (7,58%)
dermatitis atópica	34	quemaduras	3
impétigo	29	herpes zóster	2
urticaria	25	psoriasis	2
picaduras de insecto	22	acné	1
dermatitis del pañal	14	verrugas	1
dermatitis seborreica	7	alopecia	1
Trastornos del comportamiento			76 (4,09%)
enuresis primaria	36	encopresis	4
enuresis secundaria	28	autismo	1
pica	7		
Fiebre			55 (2,96%)
Nefrourología			33 (1,77%)
Neurología			32 (1,72%)
cefaleas	17	hemorr. periventricular	1
epilepsia	4	parálisis cerebral	1
convulsiones febriles	3	parálisis facial	1
espasmos de sollozo y retraso en la marcha	2	retinopatía por oxigenoterapia	1
meningocele	2		
Traumatología			32 (1,72%)
mialgias	9	fractura antebrazo	1
contusiones	6	amputación brazo	1
uña encarnada	3	luxación de cadera	1
traum. craneoencefálico	2	pie equino	1
pronación antebrazo	2	lumbalgia	1
infecciones tobillo/pie	2	artritis séptica rodilla	1
herida arma de fuego	2		
Oftalmología			28 (1,51%)
conjuntivitis	25	celulitis periorbitaria	1
estrabismo	2		
Hematología			11 (0,59%)
anemia ferropénica	9	Hemofilia A	2
Endocrinología			8 (0,43%)
retraso crecimiento	5	obesidad	1
criptorquidia	2		
Cardiología			4 (0,22%)
cardiopatía congénita	2	ductus arteriosus	2
TOTAL			1.859

La medicación consumida ha sido muy diversa. En total se prescribieron 2.106 pautas de tratamiento. La tabla 3 recoge pormenorizadamente los datos correspondientes a los distintos fármacos empleados.

Se repartieron unos 7000 litros de leche de diversas variedades, 1500 potitos de carne y pescado, 600 cajas de cereales y 500 bolsas de dodotis y toallitas y 100 biberones. Un 2% de la población atendida rehusó tomar ayuda humanitaria porque no la necesitaba.

DISCUSIÓN

La patología más frecuente fue la respiratoria; la mayoría padecían catarras, aunque un niño presentó una neumonía y otra niña una primoinfección tuberculosa con eritema nudoso, el mantoux se realizó en el Hospital de Gölcük. La terapia precoz con antibióticos evitó muchas neumonías, que son una causa muy frecuente de muerte en estos desastres naturales (5). El empleo de tandas de tres aerosoles de salbutamol separados por un intervalo de treinta minutos cada doce horas y prednisona fue crucial para no llenar la sala de hospitalización y sobrecargar todo el sistema.

La patología digestiva fue el segundo motivo de consulta; la mayoría de los casos eran procesos de gastroenteritis agudos, fueron tratados con suero oral, líquidos y dieta astringente. Sin embargo, hubo tres casos de gastroenteritis con moco y sangre en las deposiciones que precisaron ingreso y fluidoterapia intravenosa. En estos últimos casos se realizó un coprocultivo en el Hospital de Gölcük pero no se aisló ningún germen, probablemente por problemas en el transporte y cultivo. Más de catorce millones de niños mueren cada año por gastroenteritis y con una simple rehidratación oral se podría evitar (5); nosotros la utilizamos como primera elección con muy buenos resultados. La enorme cantidad de sueros intravenosos que nos enviaron se donó al hospital de Gölcük. Los niños con hernia inguinal no se pudieron intervenir por problemas técnicos.

Los niños con pica presentaban anemia ferropénica. La base bioquímica de las conocidas alteraciones de la conducta que se observan en la insuficiencia de hierro en los animales de experimentación puede explicarse, al menos en parte, por el efecto adverso de dicha insuficiencia sobre la actividad de los monoamino-neurotransmisores. Estos neurotransmisores están implicados en el aprendizaje y la cognición, así como en trastornos neuropsiquiátricos. El hierro es un cofactor de la tiroxin-hidroxilasa, necesaria para la biosíntesis de los monoamino-neurotransmisores, y la insuficiencia de hierro parece interferir en la actividad de la dopamina alterando la función de un receptor dopamínico postsináptico específico. Sin embargo, la insuficiencia de hierro puede alterar la conducta por su efecto sobre los neurotransmisores (p. ej., serotonina, ácido gamma-aminobutírico) o mediante mecanismos no neurotransmisores (6).

Las enuresis primaria y secundaria fueron causa de consulta frecuentes. Las experiencias estresantes vividas durante el terremoto y posteriores temblores, los desmoronamientos familiares por fallecimientos de padres, hermanos y amigos, el cambio brusco de la residencia familiar por la tienda, la hospitalización por accidentes se sumaron y provocaron un empeoramiento de la enuresis primaria, y aparición de enuresis secundaria en otros niños (7-10). A cualquier edad infantil, se observa que la enuresis nocturna secundaria

Tabla 3. Medicación consumida en las diversas pautas de tratamiento.

Antibióticos			430
amoxicilina	142	penicilina	20
amoxicilina+clavulánico	75	eritromicina	20
azitromicina	50	cefuroxima-axetilo	10
ampicilina	30	cefaclor	9
claritromicina	25	cefixima	3
ceftriaxona	25	isoniazida+rifampicina	1
cefotaxima	20		
Antiasmáticos			386
salbutamol en aerosol con oxígeno y budesonida de mantenimiento			
Aparato digestivo			308
suero oral	142	antianoréxicos	9
domperidona	68	lactulosa	8
complejos vitamínicos	32	antiácidos	8
hierro	18	metoclopramida	7
vacuna hepatitis	12	mebendazol	4
Vías respiratorias			257
ambroxol HCl	110	dexcrometorfano HBr	65
suero fisiológico	82	levodropropicina	
Dermatología			209
mometasona fuorato	47	nitrofurantoina	14
loratadina	27	fluocinolona acetónido	12
pantenol	25	ácido fusídico	10
prometazina	22	vitamina A+D	10
gel de avena	20	terramicina	5
povidona yodada	15	nitrate de plata	2
Antitérmicos			200
paracetamol en jarabe	123	paracetamol en supos.	12
aspirina	30	metamizol magnésico	10
paracetamol en comp.	20	ibuprofeno	5
Tranquilizantes			111
passiflora	89	clorazepato dipotásico	10
hidroxicina	12		
Nefrourología			40
trimetoxazol		albúmina	
Oftalmología			25
colirios	25		
Antisépticos			23
povidona yodada			
Tratamiento estomatológico			25
hexetidina	25		
Antimicóticos			20
nistatina pomada	15	nistatina solución	5
Antivíricos			10
Aciclovir solución	6	Aciclovir pomada	4
Neurología			10
diazepam	4	carbamazepina	1
ácido valproico	3	fenobarbital	1
fenitoína	1		
Hormona antidiurética			5
Epistaxis			5
epistaxol	5		
Fluidoterapia			5
Rinitis alérgica			1
oximetazolidina	1		

va precedida, mayoritariamente, de acumulaciones de acontecimientos vitales negativos; y los niños después del terremoto los sufrían todos. Se trataron con hormona antidiurética, pero tuvimos problemas para conseguir el fármaco y hubo que prescribirlo para que lo adquiriesen las familias en Estambul.

Los trastornos del sueño fueron uno de los motivos más frecuentes de consulta. El estrés sufrido por los niños en el terremoto y las consecuencias posteriores de éste produjo trastornos en el sueño de muchos niños. Los trastornos los agrupamos en parasomnias (11-14) de la fase REM como el sonambulismo (13 niños), terrores nocturnos (56 niños) y pesadillas (42 niños). Otros niños presentaban alteraciones diversas provocadas por factores ambientales y psicosociales con parasomnias no REM (170 niños). Trastornos del sueño similares se han encontrado después del huracán Andrew (15). El tratamiento farmacológico de estos trastornos se realizó con *passiflora*, hidroxicina y clorazepato dipotásico.

Los trastornos del sueño y la enuresis se daban la mano y eran consecuencia del síndrome de estrés post-traumático que padecían todos estos niños. Numerosos autores los han observado. Así en los desastres provocados por las inundaciones que padeció Bangladesh, un estudio prospectivo encontró trastornos del sueño y un incremento del 34% de niños con enuresis secundaria (16). Por otra parte, las mujeres y los niños son los más susceptibles para desarrollar síntomas debidos al estrés que sigue a una vivencia traumática (17). Y parece ser que los disturbios más importantes se producen en la fase REM del sueño (18).

Las caries eran el resultado de una mala higiene bucal, de los dulces muy ricos en azúcar que allí se consumen y quizás del bajo contenido en flúor del agua. Repartimos hexetidina, pasta dentífrica e insistimos en la higiene. El odontólogo no disponía de material y sólo pudo extirpar un éupulis.

La patología dermatológica fue provocada por el hábitat y el estrés. Las picaduras de insectos, la urticaria, el impétigo y los brotes de dermatitis atópica en niños que hasta entonces no habían padecido fueron motivo diario de consulta.

La patología oftalmológica consistió fundamentalmente en conjuntivitis infecciosa, excepto la celulitis periorbitaria que precisó ingreso y dos niños con estrabismo que fueron derivados a hospitales de referencia. El polvo, la dificultad de la higiene y el hacinamiento favorecieron las infecciones oculares.

La patología traumática no fue tan frecuente como se podía prever. Un niño con un brazo derecho amputado a nivel del tercio medio del húmero, y otro con una artritis séptica de rodilla a consecuencia de una herida sufrida en el terremoto fueron las únicas patologías propias del terremoto. El resto de patología fue de menor importancia y es el reseñado en resultados.

Respecto a la patología endocrina, dos niños con clínica compatible con déficit de hormona de crecimiento se enviaron a hospitales universitarios, otros tres con criptorquidia se refirieron a centros con cirugía infantil y a un paciente obeso se le indicó la dieta a seguir.

Un niño con una trelología de Fallot no se pudo evacuar a retaguardia y se le indicó que debía seguir en la lista de espera del centro que le atendía antes de la catástrofe. Debería haber sido evacuado para proceder a una intervención, que posiblemente no se pudo llegar a realizar en su país.

En patología neurológica destacar que lo más frecuente fueron cefaleas por jaquecas, después epilepsias y tres convulsiones

Operación "Tango-Tango": apoyo a Turquía

febriles. El resto de la patología que tuvimos fue motivada por el interés de los padres en conocer nuestra opinión y contrastar con el diagnóstico y tratamiento que tenían indicado. A un niño con retinopatía del prematuro, ciego, se le puso en contacto con la Organización Nacional de Ciegos de España.

Nacieron cinco niñas, tres mediante cesárea y dos de parto natural. El día 13 de septiembre sufrimos otro terremoto de intensidad 5.8 y tuvimos veinte ingresos; en medio de todo el jaleo se realizaron dos cesáreas. Las niñas precisaron reanimación tipo III y después se les colocó con oxigenoterapia en las incubadoras. Los nacimientos de estas niñas llenaron de alegría el hospital y nos animaron ante los óbitos que se produjeron como consecuencia de los seísmos. No había ningún instrumental obstétrico y, por ello, una de las cesáreas se realizó cuando la niña estaba muy encajada; es imprescindible tener un sistema para controlar la temperatura y administrar oxígeno a un recién nacido que lo pueda necesitar. Aún en el informe final de la misión se olvidaba este punto y tuve que hacer hincapié.

Respecto a la medicación consumida es preciso destacar la importancia de las diversas pautas para la patología respiratoria, digestiva, dermatológica y la medicación utilizada para los trastornos del sueño.

El cambio súbito del hábitat, el pasar de vivir en casa a dormir en tienda y el estrés fueron sin duda los motivos principales de los trastornos reseñados más arriba y que hicieron necesaria la medicación utilizada. Pensamos al principio que el agua sería un problema muy importante; sin embargo, la población disponía de agua embotellada en abundancia y en perfectas condiciones higiénicas para beber y cocinar, por ello la mayoría de las gastroenteritis fueron leves. Los catarros tampoco fueron importantes y casi no tuvimos neumonías, la temperatura suave propia de una zona costera en verano y otoño no propició muchos procesos respiratorios graves. A la hora de escribir este artículo, en un otoño con nieve, lluvia, frío y otro terremoto en Duzce de intensidad 7,2, la situación es diferente, tres niños han fallecido por frío y algún otro por el fuego que encienden en las tiendas para calentarse.

Las infecciones urinarias y las conjuntivitis fueron en muchos casos resultados de las pésimas condiciones de salubridad que soportaban las gentes.

Las únicas vacunas que administramos fueron contra la hepatitis B, preferentemente a los lactantes. Otra vacuna que estaría indicada es la triple vírica, vimos casos de parotiditis y el sarampión es muy frecuente en estos desastres.

Podemos comprobar que la diversidad de medicación utilizada hace difícil desplazar con el material propio del EMAT todo lo necesario para una estancia prolongada. La solución al suministro diario fue echar mano a los recursos que se recibieron en Turquía como ayuda humanitaria. Cada día se hacía una petición de medicación y en un centro situado en Izmit se atendían nuestros requerimientos. Una dotación del ejército turco mandada por el coronel Attila nos traía cuanto precisábamos, a veces en cuestión de horas. También, se compró medicación en una farmacia de Estambul.

Los primeros días no repartimos ayuda humanitaria, pero al conocer que había almacenes con diversos productos nos pusimos mano a la obra. La consulta de pediatría comenzó a dar tal cantidad de alimentos que nos convertimos, por el trato médico que recibían nuestros pacientes y por la ayuda dada, en punto de referencia de

toda la zona. Nos sentimos como atrapados por el terremoto, alegrar sus caras era nuestra meta (Figura 6).



Figura 6. Campamento militar de Gölcük, tienda escuela. Descalzos, según su costumbre, sonríen a pesar del trama sufrido.

Es preciso comentar que el material que se utilizó en pediatría se preparó en veinticuatro horas; el EMAT disponía de un gran equipamiento para atender a personal adulto pero estaba falto de instrumental para niños; la balanza de lactantes nos la suministró el Dr. Dogan, médico militar turco, la camilla la trajo el coronel Attila y la tienda que utilizamos fue turca. A pesar de muchos otros problemas, controlamos perfectamente la situación.

La red sanitaria local de asistencia primaria quedó destruida; había falta de médicos y de infraestructuras, nos convertimos en ambulatorio y hospital comarcal de la zona que nos rodeaba. Recibimos mucho, fuimos invitados a comer a sus casas, probamos el café turco, hicimos amigos, hablamos de lo humano y lo divino. Nos llevaban fruta deliciosa y dulces hechos por ellos. Culturalmente nos enriquecimos. Visitar Estambul con el uniforme del Ejército español fue emocionante. Las madres con sus atuendos característicos se sentaban ante nosotros, los interpretes anotaban los datos y nosotros contemplamos otra cultura, otra forma de afrontar la vida en tiempos difíciles para ellos.

Olvidada "la mayor ocasión que vieron los tiempos pasados y verán los venideros", un grupo de militares españoles tratamos de apoyar cuanto pudimos a la población turca que nos rodeaba y lo necesitaba. Las fuerzas armadas españolas en las misiones de paz y humanitarias defienden el principio de que todas las víctimas de un desastre, sea natural o provocado por el hombre, tienen derecho a ayuda médica profesional con rapidez y eficacia.

En estas misiones el personal que participa está sometido a un estrés, que no está motivado por sufrir el desastre pero sí por algunas de sus consecuencias: en poco tiempo se desplaza a la zona abatida, monta todo el material rápidamente y está operativo las veinticuatro horas del día ante cualquier emergencia, todos los días que dura la misión. El estrés nos produjo trastornos del sueño; la dificultad de descansar por diversos motivos (goteo incesante de pacientes, ruido ensordecedor de camiones, los terremotos que

sufrimos, asalto continuo de los medios de comunicación, tiendas que se derrumbaban durante la noche, etc) fue el obstáculo más adverso que afrontamos. Es muy importante la efectividad, la imagen y siempre cada uno tiene su prurito personal. La mezcla de todo en unas dosis adecuadas evitará tensiones, problemas psicológicos entre los componentes de estas misiones (19) y favorecerá la convivencia; los éxitos siempre han de ser compartidos.

La pediatría ha alcanzado en esta misión un alto nivel. Nuestra especialidad, ayer minusvalorada por su escaso interés logístico, se ha convertido en imprescindible para que los EMAT puedan afrontar una misión humanitaria con eficacia y alcanzar el éxito deseado.

AGRADECIMIENTOS

Nuestra labor no se podría haber realizado sin la colaboración de las intérpretes Zeynep, Meri, Fatma, Ebru, Sol, Aynur, Gülay y Feray, entre otras; ellas tradujeron del turco al español y del turco al inglés los problemas de su pueblo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Siepmann K. Post Traumatic Stress Disorder in Wartime Medical Services. En Proceedings Wartime Medical Services Hospitals in War, Children. En Lundeborg JE, Otto Ulf MD, Rybeck Bo MD (eds). Stockholm: Försvarets forskningsanstalt-FOA; 1990.p. 222-225.
2. Trzopek HG. Psychoreactive Disorders in War. En Proceedings Wartime Medical Services Hospitals in War, Children. En Lundeborg JE, Otto Ulf MD, Rybeck Bo MD (eds). Stockholm: Försvarets forskningsanstalt-FOA; 1990.p.440-450.
3. Bauer S. Identification and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder in Children of War and Peace. En Proceedings Wartime Medical Services Hospitals in War, Children. En Lundeborg JE, Otto Ulf MD, Rybeck Bo MD (eds). Stockholm: Försvarets forskningsanstalt-FOA; 1990.p. 480-493.
4. Böhm B. Childen of War and Flight, Long Term Consequences. En Proceedings Wartime Medical Services Hospitals in War, Children. En Lundeborg JE, Otto Ulf MD, Rybeck Bo MD (eds). Stockholm: Försvarets forskningsanstalt-FOA; 1990.p. 543-548.
5. Bremer Fjaer R. Primary Health Care to Children in War. En Proceedings Wartime Medical Services Hospitals in War, Children. En Lundeborg JE, Otto Ulf MD, Rybeck Bo MD (eds). Stockholm: Försvarets forskningsanstalt-FOA; 1990.p. 39-43.
6. Fomon SJ. Hierro. En Nutrición del lactante. En Samuel J. Fomon (ed). Madrid. Mosby, Doyma Libros; 1994.p. 236-257.
7. Gontard A, Hollmann E, Eiberg H, Benden B, Rittig S, Lehmkühl G. Clinical enuresis phenotypes in familial nocturnal enuresis. Scand J Urol Nephrol Suppl 1997;183:11-6.
8. Fergusson DM, Horwood LJ, Shannon FT. Secondary enuresis in a birth cohort of New Zealand children. Paediatr Perinat Epidemiol 1990;4(1):53-63.
9. Lapena López de Armentia S, Rodríguez Fernández LM, Marugán de Miguel-sanz JM, Palau Benavides MT, Reguero Celada S, Gutiérrez Fernández M, Torres Hinojal MC, San Martín Sastre JL. Primary and secondary nocturnal enuresis. Are they different entities?. An Esp Pediatr 1996;44(4):345-50.
10. Jarvelin MR, Moilanen I, Kangas P, Moring K, Vikevainen-Tervonen L, Hut-tunen NP, Seppanen J. Aetiological and precipitating factors for childhood enuresis. Acta Paediatr scand 1991;80(3):361-9.
11. Smith SA. Trastornos del sueño en los niños. En Kenneth f. Swaiman (ed.). Madrid: Mosby/Doyma libros, S.A.; 1996.p.175-187.
12. Lozoff B, Wolf AW, Davis NS. Sleep problems seen in pediatric practice. Pediatrics 1985;75(3):477-83.
13. Ohayon MM, Guilleminault C, Priest RG. Night terrors, sleepwalking, and confusional arousals in the general population: theis frequency and relationship to other sleep and mental disorders. J Clin Pasychiatry 1999;60(4):268-76.
14. Adair RH, Bauchner H. Sleep problems in childhood. Curr Probl Pediatr 1993;23(4):147-70.
15. Mellman TA, David D, Kulick-Bell R, Hebding J, Nolan B. Sleep disturbance and its relationship to psychiatric morbidity after Hurricane Andrew. Am J Pasychiatry 1995;152(11):1659-63.
16. Durkin MS, Khan N, Davidson LL, Zaman SS, Stein ZA. The effects of a natural disaster on child behavior: evidence for posttraumatic stress. Am J Public Health 1993;83(11):1549-53.
17. Lonigan CJ, Shannon MP, Taylor CM, Finch AJ Jr, Sallee FR. Children exposed to disaster: II. Risk factors for the development of post-traumatic symptomatology. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994;33(1):94-105.
18. Ross RJ, Ball WA, Dinges DF, Kribbs NB, Morrison AR, Silver SM, Mulvaney FD. Motor dysfunction during sleep in posttraumatic stress disorder. Sleep 1994;17(8):723-32.
19. Weisaeth L. Stress of Peace-Keeping. En Proceedings Wartime Medical Services Hospitals in War, Children. En Lundeborg JE, Otto Ulf MD, Rybeck Bo MD (eds). Stockholm: Försvarets forskningsanstalt-FOA; 1990.p.375-395.