
SERIE CUIDADOS PALIATIVOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

COMPENDIO. DOCUMENTOS 1 A 10

Guías de consulta rápida para el alivio del dolor y del sufrimiento en la respuesta a emergencias masivas y desastres en Colombia. Niños y adultos.

Elaborado por:

Miguel Andrés Bayona Ospina

Pediatra Paliativista. Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos Pediátricos. Magíster en Salud Global Infantil. Autor principal y coordinador de la serie.

Susana Gómez Sarmiento

Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos. Documento 1.

Juliana Lopera

Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos Pediátricos. Documento 2.

Karen Molina

Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos Pediátricos. Documento 4.

Carolina Paredes

Psicóloga especialista en Psicología Jurídica y Magíster en Educación. Documento 5.

Iván Ardila

Especialista en Cuidados Intensivos Pediátricos. Documento 6.

Darling Carvajal

Especialista en Cuidados Intensivos Pediátricos, Magíster en Humanización en Salud. Documento 8.

Néstor Ramírez

Médico, Magíster en Bioética. Documento 9.

Avalado por:

ASOCUPAC, Asociación Cuidados Paliativos de Colombia

Sociedad Colombiana de Pediatría, Regional Huila

Neiva, Colombia. 2026. Versión 1.0

Licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0. Reproducción y distribución permitidas con fines educativos y asistenciales, citando la autoría, sin uso comercial y sin modificaciones no autorizadas.

INTRODUCCIÓN

Las respuestas a desastres se concentran en salvar vidas. Deben hacerlo. Al mismo tiempo, en toda emergencia masiva hay dolor que nadie mide, pacientes que van a morir y quedan solos, familias que reciben la peor noticia de su vida de pie y de pasada, niños que llenan con su imaginación los silencios de los adultos, y equipos de respuesta que cargan lo vivido sin apoyo. Ese sufrimiento es prevenible y tratable con herramientas simples. Atenderlo no compete con salvar vidas, es parte de la misma medicina.

La Organización Mundial de la Salud estableció en 2018 el imperativo médico y ético de integrar los cuidados paliativos y el alivio de síntomas a la respuesta humanitaria. Los principios de humanidad e imparcialidad exigen que ningún paciente sea abandonado, ni siquiera el que muere. Esta serie traduce ese mandato en documentos operativos de consulta rápida, en español, adaptados a Colombia: presentaciones farmacéuticas disponibles en el país, regulación del Fondo Nacional de Estupefacientes, rutas de Medicina Legal y contexto clínico y cultural nacional.

La serie está dirigida a médicos generales y especialistas, personal de enfermería, paramédicos, brigadistas, socorristas, líderes de albergue y coordinadores de emergencia. Cada documento funciona de forma independiente y está escrito para su audiencia: el brigadista necesita los primeros auxilios psicológicos, el notificador necesita el protocolo de malas noticias, el coordinador necesita los criterios éticos. Las tarjetas de bolsillo condensan lo esencial para llevar en el chaleco.

Cómo usar la serie: en la fase de preparación, como material de capacitación de brigadas y de adopción en los planes hospitalarios de emergencia. Durante la respuesta, como consulta rápida en escena y en los servicios. Después, como marco para el acompañamiento del duelo y el cuidado de los equipos. Las dosis y recomendaciones requieren el juicio clínico de quien las aplica y la verificación contra los protocolos institucionales vigentes.

Esta serie no reemplaza la formación en cuidados paliativos ni las guías internacionales que la sustentan. Las operacionaliza. El marco de referencia es la guía OMS 2018 de integración de cuidados paliativos en emergencias humanitarias, el Field Manual for Palliative Care in Humanitarian Crises (Oxford, 2019), los estándares Sphere y la literatura citada en cada documento.

TABLA DE CONTENIDO

No.	Documento	Contenido	Página
—	Introducción	Marco, audiencia y modo de uso de la serie.	2
1	Manejo del dolor agudo en emergencias y desastres	Evaluación con escalas por edad. Ascensor de dos escalones. No opioides, opioides, ketamina, analgesia regional. Formulación de morfina, rescates y titulación. Infusiones. Situaciones especiales. Naloxona. Kit para brigadas. Anexos: escalas PIPP, CRIES, FLACC, FACES, numérica y EVA, BPS, PAINAD.	4
2	Manejo de síntomas no dolorosos	Disnea, náuseas y vómito, agitación y delirium, convulsiones, secreciones respiratorias, fiebre, prurito, estreñimiento por opioides. Dosis pediátricas y de adulto con presentaciones colombianas.	15
3	Cuidado del paciente expectante en triage	Principios, zona de cuidado, manejo de síntomas por vía subcutánea, sedación paliativa proporcional, comunicación en escena, cuidado tras la muerte.	18
4	Comunicación de noticias difíciles	SPIKES adaptado a escena. Protocolo NURSE. Notificación de muerte. Muerte de un niño. Familias de desaparecidos. Errores frecuentes.	20
5	Primeros auxilios psicológicos	Modelo observar, escuchar y conectar de la OMS. Qué son y qué no son. Criterios de derivación a salud mental. Diferencias en niños.	23

No.	Documento	Contenido	Página
6	Comunicación con niños	Comprensión de la muerte por edades y qué hacer en cada etapa. Cómo dar la noticia de una muerte. Separación familiar y pérdida del hogar. Reacciones esperables y signos de alarma. Frases sí y no.	25
7	Muerte digna, manejo de cuerpos y duelo	El mito de los cuerpos y las epidemias. Manejo respetuoso e identificación. La familia frente al cuerpo. Duelo normal, duelos de alto riesgo, duelo complicado.	27
8	Autocuidado y protección del equipo de respuesta	Fatiga por compasión, estrés traumático secundario y daño moral. Marco institucional: Quintuple Meta y organizaciones de alta fiabilidad. Medidas operativas, safety huddles y cultura justa. Señales de alarma en un compañero. La segunda víctima y el modelo de Scott. Desmovilización y seguimiento.	29
9	Decisiones éticas con recursos escasos	Cambio de marco ético. Criterios aceptables e inaceptables. Cómo se decide. Adecuación del esfuerzo terapéutico. Situaciones frecuentes. Rendición de cuentas.	32
10	La compasión en escenarios de desastre (capítulo de cierre)	Por qué la compasión es intervención clínica y su evidencia. Comunicación compasiva. El poder del tacto y sus precauciones. El abrazo. La escucha. El acompañamiento como tarea asignable. La compasión como estándar de la respuesta.	34
Anexo	Tarjetas de bolsillo	Tarjeta 1: escalas, ascensor y dosis de medicamentos esenciales incluida naloxona. Tarjeta 2: síntomas, paciente expectante, malas noticias en 6 pasos, primeros auxilios psicológicos y cuidado del equipo. Formato plastificable.	37

AGRADECIMIENTOS Y CRÉDITOS

La tabla de infusiones se basa en Infusiones en HUCIP 2025 V3.0 del Dr. Darling Carvajal Duque, pediatra intensivista del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. Los contenidos de prescripción de morfina se apoyan en los módulos de EPEC-Peds Latinoamérica, cuyo uso educativo sin fines comerciales agradecemos. Las observaciones de los revisores clínicos de cada documento se reconocen en sus versiones finales.

CÓMO CITAR

Bayona Ospina MA, Gómez Sarmiento S, Lopera J, Molina K, Paredes C, Ardila I, Carvajal D, Ramírez N. Serie Cuidados Paliativos en Emergencias y Desastres. Compendio, versión 1.0. Avalado por ASOCUPAC y la Sociedad Colombiana de Pediatría, Regional Huila. Neiva, Colombia; 2026. Disponible bajo licencia CC BY-NC-ND 4.0.

SERIE CUIDADOS PALIATIVOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Documento 1

MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Población pediátrica y adulta. Adaptada a las presentaciones farmacéuticas disponibles en Colombia.

Elaborado por:

Miguel Andrés Bayona Ospina

Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos Pediátricos

Susana Gómez Sarmiento

Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos

1. INTRODUCCIÓN

Esta guía de consulta rápida orienta el manejo del dolor agudo en contextos de emergencias y desastres (accidentes masivos, sismos, inundaciones, conflicto armado, brigadas de salud y atención prehospitalaria y hospitalaria de urgencias). Está dirigida a médicos generales, especialistas, personal de enfermería, paramédicos y equipos de respuesta que atienden niños y adultos en cualquier región de Colombia.

Puntos centrales de esta guía:

- El dolor agudo es una urgencia. Tratarlo es una obligación ética y clínica, incluso en escenarios con recursos limitados.
- Todo paciente siente dolor: desde el recién nacido prematuro hasta el adulto mayor. En desastres el dolor se infravalora y se infratrata con mayor frecuencia.
- El primer paso es cuantificar el dolor con la escala adecuada para la edad y la capacidad de comunicación del paciente.
- El manejo debe ser multimodal: las medidas no farmacológicas (inmovilización, frío local, contención emocional) son tan importantes como los medicamentos.
- Los opioides son medicamentos fundamentales y seguros para el dolor moderado a grave cuando se titulan y se vigilan de forma correcta.
- El acetaminofén, la dipirona y los AINES cubren el dolor leve y complementan el manejo del dolor mayor.
- Cuando no hay acceso venoso, existen vías alternativas eficaces: intranasal, intramuscular, subcutánea, oral e intraósea.

2. EVALUACIÓN DEL DOLOR

Use la escala validada según la edad y la capacidad de comunicarse del paciente. En triage masivo, registre una medición rápida (0 a 10) para clasificar la intensidad del dolor del paciente (0: sin dolor, 1-3: dolor leve, 4 – 6: dolor moderado, 7-10: dolor severo) y reevalúe después de cada intervención analgésica (a los 10-15 minutos por vía IV, a los 60 minutos por vía oral). El objetivo de la intervención analgésica es disminuir la intensidad del dolor en 50%. Ejemplo: dolor inicial 10, objetivo de la intervención analgésica: dolor de intensidad 5.

Población	Escala	Observaciones
Prematuros	PIPP	Escala fisiológico-conductual.
Neonatos	CRIS	Llanto, oxígeno, signos vitales, expresión, sueño.
1 mes a 4 años	FLACC	También para pacientes no verbales de cualquier edad (parálisis cerebral, déficit cognitivo).
4 a 12 años	FACES (caras)	El niño señala la cara que refleja su

Población	Escala	Observaciones
		dolor.
Mayores de 12 años y adultos	Escala numérica verbal (0-10) o Escala análoga visual	Autorreporte. Es el estándar en adultos conscientes.
Adulto no comunicativo (sedado, intubado, trauma craneal)	Escalas conductuales (BPS, CPOT)	Expresión facial, movimiento, adaptación al ventilador.
Adulto mayor con demencia	PAINAD	Respiración, vocalización, expresión, lenguaje corporal, consolabilidad.

Cada escala está desarrollada en los anexos al final de esta guía. Los grupos de edad no son rígidos. Un niño de 9-10 años puede usar la escala numérica, y un niño de 5 años sin comprensión de FACES requiere FLACC. a

3. MANEJO NO FARMACOLÓGICO

Aplice estas medidas en **todos** los pacientes, en **paralelo** con la analgesia farmacológica. En desastres reducen el consumo de opioides y el estrés postraumático.

- Inmovilización y alineación de fracturas. Es la medida analgésica más eficaz en trauma de extremidades.
- Frío local en trauma cerrado y quemaduras menores (agua a temperatura ambiente en quemaduras, nunca hielo directo).
- Curación y cobertura temprana de heridas y quemaduras.
- Presencia de padres o cuidadores en niños. No separe al niño de su familia salvo necesidad médica.
- Contención emocional, información clara y lenguaje calmado (primeros auxilios psicológicos).
- En lactantes: succión no nutritiva, lactancia materna, contacto piel a piel, sacarosa oral al 24% para procedimientos.
- En niños mayores y adultos: distracción, respiración guiada, música, posición comfortable.

4. MANEJO FARMACOLÓGICO: PRINCIPIOS

Use la escalera analgésica: inicie de inmediato en el escalón acorde a la intensidad del dolor, no se requiere pasar por los escalones inferiores.

- **Dolor leve (1-3): acetaminofén, dipirone o AINES.**
- **Dolor moderado (4-6) a severo (7-10): no opioide + opioide potente (morfina, oxycodona, hidromorfona, fentanilo).**

Nota sobre tramadol: el tramadol, es un opioide débil con techo analgésico. No es el estándar de este ascensor de dos escalones. Se acepta su uso para dolor moderado solo cuando no hay disponible un opioide potente.

En emergencias prefiera la vía IV titulada para dolor severo. Sin acceso venoso use la vía intranasal (fentanilo, ketamina), intramuscular, subcutánea u oral. Reevalúe intensidad del dolor siempre con la misma escala y repita o escale la dosis según respuesta.

Escalera analgésica

Intensidad del dolor	Severa	Tercer escalón		Manejo intervencional de dolor
		Segundo escalón	Opioides potentes	
		Opioides débiles - Tramadol	- Morfina - Oxidodona - Hidromorfona - Fentanilo	
	Primer escalón			
Leve		Analgesicos no opioides - Acetaminofén - AINE - Dipirona	NO RECOMENDADO EN SITUACIÓN DE DESASTRES	Pueden asociarse a los analgésicos del primer escalón como estrategia de manejo multimodal del dolor.
Posibilidad de usar coadyuvantes según etiología del dolor y condición clínica				

Adaptado de Guía Colombiana de Práctica Clínica para la atención de pacientes en Cuidados Paliativos

4.1 ANALGÉSICOS NO OPIOIDES (DOLOR LEVE Y MANEJO MULTIMODAL DEL DOLOR)

Medicamento	Dosis pediátrica	Dosis adulto	Presentaciones en Colombia
Acetaminofén	VO: 10-15 mg/kg/dosis c/4-6 h (máx 75 mg/kg/día). IV: 15 mg/kg c/6 h (7,5 mg/kg si <10 kg).	VO: 500-1000 mg c/6-8 h. IV: 1 g c/6 h. Máx 4 g/día (3 g en ancianos, hepatopatía o desnutrición).	Tabletas 500 mg. Jarabe 150 mg/5 ml. Gotas 100 mg/ml. Solución IV 10 mg/ml.
Dipirona (metamizol)	IV o VO: 10-20 mg/kg/dosis c/6-8 h. Evitar en <3 meses.	IV: 1-2,5 g c/6-8 h. VO: 500 mg c/6-8 h. Infundir IV lento (riesgo de hipotensión).	Ampolla 1 g/2 ml y 2,5 g/5 ml. Tabletas 500 mg. Jarabe 250 mg/5 ml.
Ibuprofeno	VO: 6-10 mg/kg/dosis c/6-8 h (máx 40 mg/kg/día). Solo >6 meses.	VO: 400-600 mg c/6-8 h. Máx 2,4 g/día.	Suspensión 100 mg/5 ml y 200 mg/5 ml. Tabletas 400, 600 y 800 mg.
Naproxeno	VO: 5-7 mg/kg/dosis c/12 h. Solo >2 años.	VO: 250-500 mg c/12 h.	Tabletas 250 y 500 mg. Suspensión 125 mg/5 ml.
Diclofenaco	No recomendado como primera línea en niños.	IM o IV: 75 mg c/12 h (máx 150 mg/día, máx 2 días parenteral). VO: 50 mg c/8 h.	Ampolla 75 mg/3 ml. Tabletas 50 mg.
Ketorolaco	IV: 0,5 mg/kg/dosis c/6 h (máx 30 mg/dosis). Solo >2 años y máx 48-72 h.	IV: 30 mg c/6 h (máx 120 mg/día). Máx 5 días. Reducir a 15 mg en	Ampolla 30 mg/1 ml y 60 mg/2 ml. Tabletas 10 mg.

Medicamento	Dosis pediátrica	Dosis adulto	Presentaciones en Colombia
		>65 años o <50 kg.	
Celecoxib	VO: 1-2 mg/kg/dosis c/12-24 h.	VO: 200 mg c/12-24 h.	Cápsulas 100 y 200 mg.

Precaución con AINES: evítelos en hipovolemia, choque, sangrado activo, lesión renal, síndrome de aplastamiento y en el tercer trimestre del embarazo. En estos escenarios prefiera acetaminofén, dipirona y opioides.

4.2 OPIOIDES

- Para dolor moderado a severo inicie desde el principio con un opioide potente (morfina, oxidocona, hidromorfona, fentanilo). Titule hasta lograr la meta deseada (disminuir la intensidad del dolor en 50% al inicial): no existe dosis máxima, la dosis correcta es la que controla el dolor sin efectos secundarios severos (náusea, vómito, sedación, **depresión respiratoria**). Para paciente que no se encuentre en proceso de final de vida **siempre** vigile frecuencia respiratoria, sedación y saturación.

Depresión respiratoria: frecuencia respiratoria <8 por minuto o saturación de oxígeno menor de 90%. Es un fenómeno de instauración lenta y gradual que puede prevenirse con la observación constante del paciente. En caso de depresión respiratoria inicie soporte ventilatorio seguido de la administración de **naloxona** (ampolla 0.4 mg/ml x 1ml) diluya 1 ampolla en 9 cc de SSN 0.9%, administre dosis de 0,04 mg – 0,08 mg (1 a 2 ml) IV lento cada 2 a 3 minutos hasta recobrar estado de conciencia y respiración espontánea adecuada. Debe administrarse cuidadosamente para evitar síndrome de abstinencia en pacientes con tolerancia a opioides. Puede requerirse varias dosis dado que el tiempo de acción de naloxona es menor a morfina y otros opioides.

El tramadol es un opioide débil con techo analgésico: resérvelo para dolor moderado cuando no hay disponible un opioide potente.

Medicamento	Dosis pediátrica	Dosis adulto	Presentaciones en Colombia
Tramadol (opioide débil: solo si no hay opioide potente disponible)	VO: 1-2 mg/kg/dosis c/4-6 h. IV: 1-2 mg/kg/dosis c/6-8 h. Máx 8 mg/kg/día. Evitar en <1 año.	VO o IV: 50-100 mg c/6-8 h. Máx 400 mg/día (techo analgésico). IV lento o diluido (náuseas).	Gotas 100 mg/ml. Cápsulas 50 mg. Ampolla 50 mg/ml y 100 mg/2 ml.
Morfina	IV: 0,05-0,1 mg/kg/dosis c/2-4 h. Neonatos IV: 0,05-0,1 mg/kg c/6 h. VO: 0,2-0,3 mg/kg/dosis c/4 h. Infusión: 10-30 mcg/kg/h (neonato), 20-80 mcg/kg/h (niño). Rescates: 10% de la dosis diaria total o 50% de la dosis horaria.	IV: 2-4 mg c/5-10 min hasta control (0,1 mg/kg inicial). Luego 2-4 mg c/2-4 h según dolor. VO: 10-30 mg c/4 h. SC: misma dosis IV c/4 h.	Morfina ampollas 10 mg/ml x 1 ml, ampolla 10 mg/ml x 5 ml, solución oral 3% o 2% del Fondo Nacional de Estupefacientes.
Hidromorfona	IV: 0,01-0,02 mg/kg/dosis c/4-6 h. VO: 0,03-0,06 mg/kg/dosis c/4	IV: 0,2-0,5 mg c/2-4 h titulado. VO: 2,5-5 mg c/4-6 h.	Ampolla 2 mg/ml. Tabletas 2,5 y 5 mg.

Medicamento	Dosis pediátrica	Dosis adulto	Presentaciones en Colombia
	h.		
Oxicodona	VO: 0,1-0,2 mg/kg/dosis c/4-6 h.	VO: 5-10 mg c/4-6 h (liberación inmediata). Liberación prolongada c/12 h: no usar para titulación aguda.	Tabletas de liberación prolongada 10, 20 y 40 mg (presentación predominante en Colombia).
Fentanilo	IV: 0,5-1 mcg/kg/dosis c/30-60 min. Intranasal: 1,5 mcg/kg (máx 100 mcg), repetible a los 10-15 min.	IV: 25-50 mcg c/5 min titulado. Intranasal: 1,5 mcg/kg. Primera elección en inestabilidad hemodinámica y falla renal.	Ampolla 0,5 mg/10 ml (50 mcg/ml).
Meperidina (petidina)	No recomendada.	No recomendada: metabolito neurotóxico (normeperidina). Reemplazar por morfina o fentanilo.	Ampolla 100 mg/2 ml (disponible, pero en desuso).

Nota regulatoria: morfina, hidromorfona, oxicodona, fentanilo y meperidina son medicamentos de control especial (monopolio del Estado). Se prescriben en recetario oficial y su suministro institucional depende del Fondo Nacional de Estupefacientes y los fondos rotatorios departamentales. En declaratoria de emergencia o desastre, gestione con anticipación el stock a través de la entidad territorial.

4.3 CÓMO FORMULAR MORFINA: ORDEN MÉDICA, RESCATES Y TITULACIÓN

La morfina es el opioide estándar para iniciar en pacientes sin exposición previa. Una prescripción segura tiene cuatro componentes: dosis reglada por reloj, dosis de rescate, parámetros de vigilancia y plan de titulación.

Reglas para escribir la orden médica:

- Prescriba dosis regladas a horario fijo (por reloj), no solo según necesidad. El dolor agudo no controlado requiere niveles sanguíneos estables.
- Escriba la dosis en mg y también en ml o gotas según la presentación y concentración disponibles en su institución: ampolla 10 mg/ml x 1 ml, ampolla 10 mg/1ml x 5ml, solución oral 3% = 30 mg/ml (1 gota = 1,25 mg), solución oral 2% 20mg/ml (1 gota = 0.91 mg). La mayoría de errores con opioides ocurren en la conversión mg a ml.
- Verifique la comprensión de la orden con el personal de enfermería que administrará el medicamento.
- Administre la dosis reglada aunque el paciente duerma. Dormir no equivale a no tener dolor. La única excepción es la sobre-sedación con depresión respiratoria.

Dosis de rescate:

- Toda orden de morfina reglada debe incluir una dosis de rescate para dolor entre dosis o dolor incidental.
- Cálculo: 10% de la dosis total diaria, o 50% de la dosis horaria reglada.
- La dosis de rescate debe ser distinta a la dosis reglada, para evitar confusión en el registro.
- Intervalo mínimo: 15 minutos después de una dosis IV, 30 minutos después de una dosis VO.
- Administre el rescate solo si no hay signos de sobre-sedación o depresión respiratoria y el paciente refiere dolor moderado o severo. Anote cada rescate: ese registro guía la titulación.

Titulación:

- Si el paciente requiere 3 o más rescates en 24 horas o el dolor persiste en intensidad moderada a severa, y no hay sobre-sedación, incremente la dosis reglada y la dosis de rescate en 30-50%.
- Reevalúe con la misma escala tras cada cambio. Titule hacia abajo si aparecen efectos adversos.
- Destete tras el control del dolor: si el opioide se usó 3-5 días, reduzca 33% de la dosis cada 12-24 horas. Si se usó más de 5 días, reduzca 10% de la dosis total al día, vigilando abstinencia (irritabilidad, insomnio, temblor, náuseas, diarrea, taquicardia, sudoración).

Ejemplo de orden médica completa (niño de 20 kg con dolor severo, vía IV):

Componente	Orden escrita
Dosis reglada	Morfina 2 mg IV (0,2 ml de ampolla 10 mg/ml) cada 4 horas, por reloj (0,1 mg/kg/dosis, total 12 mg/día).
Rescate	Morfina 1 mg IV (0,1 ml) si dolor entre dosis. Mínimo 15 minutos entre rescates. Registrar cada rescate.
Vigilancia	Frecuencia respiratoria, sedación y saturación tras cada dosis. Avisar al médico si hay somnolencia difícil de despertar o frecuencia respiratoria baja para la edad. Naloxona disponible.
Titulación	Si requiere 3 o más rescates en 24 horas sin sobre-sedación, aumentar dosis reglada y rescate en 50% (reglada 3 mg, rescate 1,5 mg).

Mismo esquema por vía oral: 6 mg VO cada 4 horas (0,3 mg/kg, 0,2 ml de solución oral 3%), rescate 3 mg VO (0,1 ml). En adultos con dolor severo, titule primero en urgencias (2-4 mg IV cada 5-10 minutos hasta control del dolor, reducción del 50% la intensidad del dolor inicial) y deje reglada la dosis (50% de la dosis total con la que se logró el alivio del dolor), cada 4 horas, con su rescate.

4.4 KETAMINA EN ANALGESIA (DOSIS SUBDISOCIATIVA)

La ketamina es el analgésico de elección en pacientes atrapados, hipotensos, quemados extensos y durante procedimientos dolorosos en campo. Conserva el impulso respiratorio y la presión arterial.

Vía	Dosis analgésica (niños y adultos)
IV	0,1-0,3 mg/kg en 10 minutos. Repetible c/15-30 min o infusión 0,1-0,3 mg/kg/h.
IM	0,5-1 mg/kg.
Intranasal	0,5-1 mg/kg (máx 50 mg por fosa nasal).
Presentación	Ampolla 500 mg/10 ml (50 mg/ml). Diluir para uso IV analgésico.

A dosis analgésicas los efectos disociativos son infrecuentes. Si aparecen alucinaciones o agitación, administre la siguiente dosis más lenta o asocie midazolam a dosis baja.

4.5 ANALGESIA REGIONAL

Cuando hay personal entrenado, los bloqueos regionales controlan el dolor de extremidades con mínimo riesgo sistémico. El bloqueo de fascia iliaca para fractura de fémur es seguro, rápido y aplicable en campo con reparos anatómicos o ecografía.

- Lidocaína 1-2%: dosis máxima 4,5 mg/kg sin epinefrina, 7 mg/kg con epinefrina.
- Bupivacaína 0,25-0,5%: dosis máxima 2,5 mg/kg. No usar IV.
- Infiltración local de heridas antes de suturar: medida analgésica básica y disponible en cualquier nivel.

4.6 INFUSIONES ANALGÉSICAS CONTINUAS: PREPARACIÓN Y DOSIS

Para dolor severo sostenido (quemados, politrauma, postoperatorio mayor) use infusión continua con bolos de rescate. Preparación con DAD 5% o SSN 0,9%, estabilidad 24 horas a temperatura ambiente. Dosis y diluciones según la tabla de infusiones HUCIP 2025 del Hospital Universitario de Neiva.

Medicamento	Preparación según peso	Dosis
Morfina (ampolla 10 mg/ml)	<5 kg: 10 mg en 25 ml. 5-30 kg: 30 mg en 50 ml. >30 kg: 50 mg en 50 ml. Proteger de la luz. Incompatible en Y con furosemida.	Bolo de rescate: 0,05-0,1 mg/kg (máx 5 mg). Infusión <50 kg: 10-50 mcg/kg/h. Infusión >50 kg: 0,8-3 mg/h. Dosis máxima: 80-100 mcg/kg/h.
Fentanilo (500 mcg/10 ml, 50 mcg/ml)	<10 kg: 500 mcg en 25 ml. >10 kg: puro (50 mcg/ml).	Bolo: 1-2 mcg/kg lento en 3 minutos. Infusión: 0,5-5 mcg/kg/h (máx 15 mcg/kg/h). >50 kg: 50 mcg/h (máx 200 mcg/h).
Ketamina (500 mg/10 ml, 50 mg/ml)	<5 kg: 50 mg en 25 ml. 5-10 kg: 100 mg en 50 ml. 10-30 kg: 250 mg en 50 ml. >30 kg: 500 mg en 100 ml. Incompatible en Y con furosemida, heparina, insulina y nitroglicerina.	Bolo: 1-2 mg/kg lento en 60 segundos. Infusión analgésica: 1-5 mcg/kg/min (0,06-0,3 mg/kg/h). Sedación: 0,3-1,2 mg/kg/h.
Lidocaína 2% (20 mg/ml) en analgesia sistémica	<5 kg: 125 mg en 25 ml. 5-30 kg: 250 mg en 50 ml. >30 kg: 500 mg en 100 ml.	Bolo: 1,5 mg/kg en 5-10 minutos (dosis máxima total: 5 mg/kg). Infusión: 0,5-1,5 mg/kg/h. Útil en dolor refractario con monitoria continua.

Toda infusión de opioide o ketamina requiere monitoria de frecuencia respiratoria, sedación y saturación. Tenga siempre naloxona disponible. Titule la infusión en incrementos de 30-50% según rescates requeridos, igual que el esquema de dosis regladas.

5. SITUACIONES ESPECIALES EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Escenario	Recomendación
Choque o hipovolemia	Evite AINES. Prefiera fentanilo o ketamina IV titulados. Reduzca la dosis inicial de opioide al 50% y titule.
Síndrome de aplastamiento	Evite AINES (nefrotoxicidad). Use opioides titulados y ketamina. Analgesia agresiva antes de liberar la extremidad atrapada.
Quemaduras	Dolor de base con opioide programado + rescates para curaciones. Ketamina para procedimientos. Cubrir la quemadura reduce el dolor.
Trauma craneoencefálico	Analgesia sí, con dosis tituladas y vigilancia neurológica. En caso de ser posible prefiera el manejo con Oxycodona o Fentanilo IV. El dolor no tratado eleva la presión intracraneana.
Embarazo	Acetaminofén es primera línea. Evite AINES desde la semana 20 y en especial en el tercer trimestre. Opioides a la menor dosis eficaz, vigilando al recién nacido si el parto es inminente.
Adulto mayor	Inicie opioides al 25-50% de la dosis estándar y titule. Evite AINES si hay

Escenario	Recomendación
	falla renal, cardiopatía o anticoagulación. Evite el uso de tramadol.
Falla renal	Evite AINES y morfina en infusión prolongada (acumulación de metabolitos). Prefiera fentanilo o hidromorfona a dosis reducidas.
Recién nacidos	Sacarosa 24% + succión para procedimientos. Morfina IV 0,05-0,1 mg/kg c/6 h para dolor grave, con monitoria continua.

6. SEGURIDAD Y MANEJO DE LA DEPRESIÓN RESPIRATORIA POR OPIOIDES

- Vigile: frecuencia respiratoria, nivel de sedación y saturación de oxígeno tras cada dosis IV (primeros 15-30 minutos).
- La sedación profunda precede a la depresión respiratoria. Un paciente que no despierta al llamado requiere intervención inmediata.
- **Naloxona (ampolla 0,4 mg/ml):**
Depresión respiratoria sin paro: adultos 0,04-0,1 mg IV c/2-3 min titulando hasta recuperar la ventilación (diluir 0,4 mg en 10 ml). Niños: 0,001-0,01 mg/kg IV. El objetivo es revertir la depresión respiratoria sin revertir toda la analgesia.
Apnea o paro: 0,01-0,1 mg/kg IV en niños (máx 2 mg por dosis) y 0,4-2 mg IV en adultos, repetible c/2-3 min. La naloxona dura 30-60 minutos: vigile reaparición de la depresión con opioides de acción larga.
- El miedo a la adicción no justifica dejar sin analgesia a un paciente con dolor agudo. El uso correcto de opioides en dolor agudo es seguro.

7. KIT ANALGÉSICO SUGERIDO PARA BRIGADAS Y RESPUESTA A DESASTRES

- Acetaminofén tabletas 500 mg, jarabe 150 mg/5 ml y solución IV.
- Dipirona ampollas 1 g/2 ml y jarabe.
- Ibuprofeno tabletas 400 mg y suspensión 100 mg/5 ml.
- Tramadol ampollas 100 mg/2 ml y gotas 100 mg/ml.
- Morfina ampollas 10 mg/ml x 1 ml, ampolla 10 mg/ml x 5 ml, solución oral 3% o 2% (con recetario oficial y cadena de custodia).
- Fentanilo ampollas 0,5 mg/10 ml y atomizador nasal (dispositivo MAD).
- Ketamina ampollas 500 mg/10 ml.
- Naloxona ampollas 0,4 mg/ml.
- Lidocaína 1-2% para infiltración y bloqueos.
- Sacarosa 24% para neonatos y lactantes.
- Escalas de dolor impresas (FLACC, FACES, numérica) y hojas de registro.

8. REFERENCIAS

- Friedrichsdorf SJ, Goubert L. Pediatric pain treatment and prevention for hospitalized children. Pain Rep. 2019;4(1):e804.
- Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre el manejo del dolor en niños. Ginebra: OMS; 2020.
- World Health Organization. WHO normative guidelines on pain management. Geneva: WHO.
- Motov S, Strayer R, Hayes BD, et al. The treatment of acute pain in the emergency department: a white paper position statement. J Emerg Med. 2018;54(5):731-736.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Fondo Nacional de Estupefacientes. Listado de medicamentos de control especial monopolio del Estado.

- EPEC-Peds Latinoamérica. Analgesia multimodal pediátrica y módulo SINT-01B: Analgesia de amplio espectro, ¿cómo prescribir morfina?
- Carvajal Duque D. Infusiones en HUCIP 2025 V3.0. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Neiva. Basado en UpToDate 2025, Lexicomp 2025, Micromedex y Pediatric & Neonatal Dosage Handbook 31 Ed. 2024.

ANEXOS: ESCALAS DE MEDICIÓN DEL DOLOR

ANEXO 1. ESCALA PIPP (PREMATUROS)

Registre FC y SpO2 basales observando al recién nacido por 15 segundos. Luego observe por 30 segundos y puntúe cada indicador de 0 a 3. Sume el total.

Indicador	0	1	2	3
Edad gestacional	36 sem o más	32-35+6 sem	28-31+6 sem	Menos de 28 sem
Estado conductual	Activo, despierto, ojos abiertos, movimientos faciales	Tranquilo, despierto, ojos abiertos, sin movimientos faciales	Activo, dormido, ojos cerrados, movimientos faciales	Tranquilo, dormido, ojos cerrados, sin movimientos faciales
FC máxima	Aumento 0-4 lpm	Aumento 5-14 lpm	Aumento 15-24 lpm	Aumento 25 lpm o más
Saturación O2	Caída 0-2,4%	Caída 2,5-4,9%	Caída 5-7,4%	Caída 7,5% o más
Ceño fruncido	Ninguno (0-9% del tiempo)	Mínimo (10-39%)	Moderado (40-69%)	Máximo (>70%)
Ojos apretados	Ninguno (0-9% del tiempo)	Mínimo (10-39%)	Moderado (40-69%)	Máximo (70% o más)
Surco naso-labial	Ninguno (0-9% del tiempo)	Mínimo (10-39%)	Moderado (40-69%)	Máximo (70% o más)

Interpretación: 0-6 dolor mínimo o ausente. 7-12 dolor moderado. Mayor de 12 dolor severo. Se sugiere manejo farmacológico con puntajes mayores de 12.

ANEXO 2. ESCALA CRIES (NEONATOS)

Cinco categorías puntuadas de 0 a 2. Puntaje total de 0 a 10. Considere analgesia con puntajes de 5 o más.

Categoría	0	1	2
Llanto (de dolor es de tono agudo)	Sin llanto o llanto no agudo	Llanto agudo pero consolable	Llanto agudo inconsolable
Requiere O2 para SatO2 $\geq 95\%$	No requiere oxígeno	Requiere <30% de oxígeno	Requiere >30% de oxígeno
Signos vitales aumentados (PA y FC)	PA y FC estables o menores al basal	PA o FC aumentada <20% del basal	PA o FC aumentada >20% del basal

Categoría	0	1	2
Expresión facial	Sin ceño fruncido	Solo ceño fruncido	Ceño fruncido y quejido de tonalidad baja
Sueño (hora previa a la evaluación)	Ha dormido continuamente	Ha despertado con frecuencia	Constantemente despierto

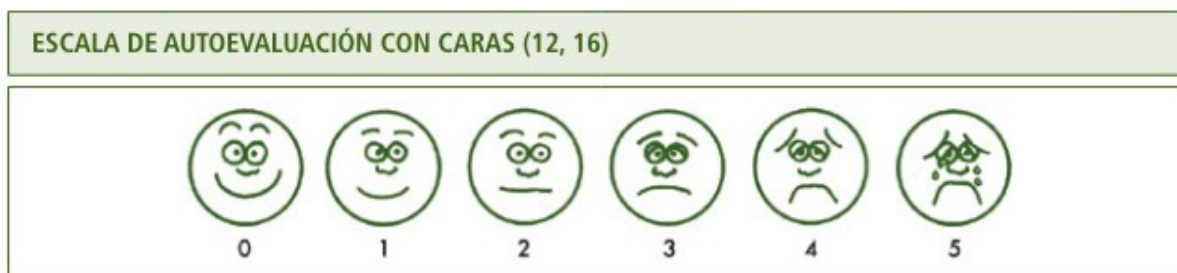
ANEXO 3. ESCALA FLACC (1 MES A 4 AÑOS Y PACIENTES NO VERBALES)

Cinco categorías puntuadas de 0 a 2. Puntaje total de 0 a 10. También aplica a pacientes no verbales de cualquier edad (parálisis cerebral, déficit cognitivo).

Categoría	0	1	2
Cara	Expresión neutra o sonrisa, contacto visual e interés en el medio	Ceño o boca fruncidos ocasionalmente, compungido, ojos parcialmente cerrados	Ceño fruncido permanente, mandíbula apretada, mentón tembloroso, ojos cerrados, boca abierta
Piernas	Posición normal, relajadas	Inquietas, rígidas, flexión y extensión intermitentes	Patadas, flexión y extensión exageradas o temblor de extremidades
Actividad	Posición normal, tranquilo, se mueve fácil y libremente	Gira de un lado a otro, reacio a moverse, se presiona la parte del cuerpo que le duele	Rígido, arqueado, movimientos espasmódicos, inmóvil, movimientos de la cabeza a lado y lado
Llanto	Sin llanto o quejido (despierto o dormido)	Quejidos suaves, llanto ocasional, suspiros	Llanto mantenido, quejido intenso, gritos, llanto convulsivo
Consolabilidad	Tranquilo, relajado, no requiere consuelo	Consolable con caricias ocasionales o con palabras, es posible distraerlo	Difícil de consolar o distraer

Interpretación: 0 relajado y confortable. 1-3 dolor leve. 4-6 dolor moderado. 7-10 dolor severo.

ANEXO 4. ESCALA DE CARAS FACES (4 A 12 AÑOS)



Se le solicita al paciente que indique cuál cara refleja mejor su nivel de dolor. Se le asigna el puntaje de acuerdo a la selección.

Se le solicita al paciente que indique cuál cara refleja mejor su nivel de dolor y se asigna el puntaje de acuerdo a la selección. Para clasificar con el esquema 0-10, multiplique por 2: 1-3 leve, 4-6 moderado, 7-10 severo.

ANEXO 5. ESCALA NUMÉRICA VERBAL Y EVA (ESCALA VISUAL ANÁLOGA) (MAYORES DE 12 AÑOS Y ADULTOS)

Escala numérica: pida al paciente calificar su dolor de 0 (sin dolor) a 10 (el peor dolor que haya sentido en su vida). Se aplica verbal o con una regla numerada de 0 a 10.

EVA (escala visual análoga): el paciente marca su dolor sobre una línea o regla de intensidad creciente entre 0 a 10. El evaluador registra el valor correspondiente que el paciente indique en la línea o regla.

Interpretación en ambas: 1-3 dolor leve. 4-6 dolor moderado. 7-10 dolor severo.

ANEXO 6. ESCALA BPS (ADULTO SEDADO O VENTILADO)

Tres dominios puntuados de 1 a 4. Puntaje total de 3 a 12. Un puntaje de 6 o más indica dolor significativo que requiere intervención. Alternativa equivalente: CPOT.

Dominio	1	2	3	4
Expresión facial	Relajada	Parcialmente tensa (ceño fruncido)	Totalmente tensa (párpados cerrados)	Mueca de dolor
Miembros superiores	Sin movimiento	Parcialmente flexionados	Muy flexionados con flexión de dedos	Permanentemente retraídos
Adaptación al ventilador	Tolera la ventilación	Tose pero tolera la mayor parte del tiempo	Lucha contra el ventilador	Imposible controlar la ventilación

ANEXO 7. ESCALA PAINAD (ADULTO MAYOR CON DEMENCIA)

Observe al paciente por 3 a 5 minutos. Cinco categorías puntuadas de 0 a 2. Puntaje total de 0 a 10: 1-3 leve, 4-6 moderado, 7-10 severo.

Categoría	0	1	2
Respiración	Normal	Ocasionalmente dificultosa, períodos cortos de hiperventilación	Dificultosa y ruidosa, hiperventilación prolongada, Cheyne-Stokes
Vocalización negativa	Ninguna	Quejido o gemido ocasional, habla en tono bajo o negativo	Llamados agitados repetidos, quejido o gemido fuerte, llanto
Expresión facial	Sonriente o inexpresiva	Triste, atemorizada, ceño fruncido	Mueca de disgusto o dolor
Lenguaje corporal	Relajado	Tenso, camina angustiado, inquietud	Rígido, puños cerrados, rodillas flexionadas, rechaza el contacto, golpea
Consolabilidad	No necesita consuelo	Se distrae o tranquiliza con la voz o el tacto	Imposible de consolar, distraer o tranquilizar

MANEJO DE SÍNTOMAS NO DOLOROSOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Disnea, náuseas, agitación, convulsiones, secreciones y fiebre en niños y adultos. Presentaciones disponibles en Colombia.

Elaborado por:

Miguel Andrés Bayona Ospina

Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos Pediátricos

Juliana Lopera

Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos Pediátricos

1. PRINCIPIOS

- El dolor no es el único síntoma que genera sufrimiento. La disnea, las náuseas y la agitación son igual de frecuentes en desastres y también se infratran.
- Trate la causa cuando sea reversible (hipoxemia, obstrucción, hipoglicemia, retención urinaria, dolor no tratado) y el síntoma en paralelo.
- Use la vía disponible: IV, subcutánea, intramuscular, intranasal, bucal u oral. La vía subcutánea es útil cuando no hay acceso venoso y sirve para bolos e infusiones.
- Reevalúe tras cada intervención con la misma medida (frecuencia respiratoria, escala de agitación, número de vómitos).

2. DISNEA

Trate la causa reversible (neumotórax, broncoespasmo, hipoxemia, sobrecarga, anemia). Para el síntoma:

- Medidas generales: posición sentada o semisentada, aire fresco dirigido a la cara (abanico, ventilador), calma verbal, acompañamiento. Oxígeno solo si hay hipoxemia.
- **Opioide: primera línea farmacológica para disnea moderada a grave. Use 25-50% de la dosis analgésica.**

Medicamento	Dosis pediátrica	Dosis adulto	Presentaciones en Colombia
Morfina (disnea)	IV o SC: 0,025-0,05 mg/kg/dosis c/4 h. VO: 0,1 mg/kg/dosis c/4 h.	IV o SC: 1-2 mg c/4 h titulado. VO: 2,5-5 mg c/4 h.	Ampolla 10 mg/mL. Solución oral 3%.
Midazolam (si ansiedad asociada a disnea)	IV o SC: 0,025-0,05 mg/kg/dosis.	IV o SC: 1-2,5 mg/dosis.	Ampolla 5 mg/5 mL y 15 mg/3 mL.

El opioide a estas dosis alivia la disnea sin causar depresión respiratoria clínicamente relevante. La frecuencia respiratoria y la sedación se vigilan igual que en analgesia.

3. NÁUSEAS Y VÓMITO

Medicamento	Dosis pediátrica	Dosis adulto	Presentaciones en Colombia
Metoclopramida	IV o VO: 0,1-0,15 mg/kg/dosis c/8 h (máx 10 mg/dosis).	IV o VO: 10 mg c/8 h.	Ampolla 10 mg/2 mL. Tabletas 10 mg.

Medicamento	Dosis pediátrica	Dosis adulto	Presentaciones en Colombia
	Vigilar extrapiramidalismo, mayor riesgo en niños.		Gotas 4 mg/mL.
Ondansetrón	IV o VO: 0,15 mg/kg/dosis c/8 h (máx 8 mg).	IV o VO: 4-8 mg c/8 h.	Ampolla 4 mg/2 mL y 8 mg/4 mL. Tabletas 4 y 8 mg.
Haloperidol (náusea refractaria)	VO o SC: 0,01-0,02 mg/kg/dosis c/8-12 h.	VO o SC: 0,5-1 mg c/8-12 h.	Ampolla 5 mg/mL. Gotas 2 mg/mL.

Hidrate y corrija causas: gastroparesia por opioides, obstrucción, aumento de presión intracraneana, ansiedad, olores del entorno.

4. AGITACIÓN Y DELIRIUM

- Busque y corrija causas antes de sedar: dolor no tratado, hipoxemia, hipoglicemia, retención urinaria, fecaloma, abstinencia (alcohol, benzodiacepinas, opioides), medicamentos.
- Medidas no farmacológicas: presencia de familiar, reorientación (nombre, lugar, qué pasó), luz adecuada, reducir ruido, lentes y audífonos si los usa.

Medicamento	Dosis pediátrica	Dosis adulto	Presentaciones en Colombia
Haloperidol (delirium con agitación)	VO, IM o SC: 0,01-0,05 mg/kg/dosis, repetible a los 30-60 min (máx 2-3 dosis).	VO, IM o SC: 0,5-2,5 mg, repetible a los 30-60 min. Adulto mayor: iniciar con 0,25-0,5 mg.	Ampolla 5 mg/mL. Gotas 2 mg/mL. Tabletas 5 y 10 mg.
Midazolam (agitación grave con riesgo inmediato, o abstinencia)	IV, IM o IN: 0,05-0,1 mg/kg/dosis.	IV o IM: 2,5-5 mg/dosis.	Ampolla 5 mg/5 mL y 15 mg/3 mL.

En delirium las benzodiacepinas solas empeoran la confusión, salvo en abstinencia alcohólica o de benzodiacepinas, donde son primera línea.

5. CONVULSIONES

- Proteja la vía aérea, lateralice, no introduzca objetos en la boca, mida glicemia.
- **Midazolam: IV o IM 0,1-0,2 mg/kg (máx 10 mg). Intranasal o bucal 0,2-0,3 mg/kg cuando no hay acceso venoso. Adulto: 5-10 mg IM o IV.**
- Diazepam: IV 0,2-0,3 mg/kg (máx 10 mg), rectal 0,5 mg/kg. Adulto: 5-10 mg IV. Ampolla 10 mg/2 mL.
- Repetir a los 5 minutos si persiste. Dos dosis de benzodiacepina sin respuesta definen estatus establecido: fenitoína 20 mg/kg IV en 20 minutos (máx 1 g) o fenobarbital, y traslado prioritario.

6. SECRECIONES RESPIRATORIAS

- En el paciente que no logra movilizar secreciones al final de la vida (estertores): reposicione en decúbito lateral, suspenda líquidos innecesarios, explique a la familia que el ruido no significa asfixia ni sufrimiento.

- **Hioscina butilbromuro: niños 0,3-0,5 mg/kg/dosis IV o SC c/6-8 h (máx 20 mg/dosis). Adulto 20 mg IV o SC c/6-8 h. Ampolla 20 mg/mL.**
- Evite la aspiración profunda repetida: es dolorosa y poco eficaz en estertores del final de la vida. Aspire solo secreciones visibles en boca.

7. FIEBRE Y OTROS

- Fiebre: acetaminofén o dipirona a dosis analgésicas estándar. Destape, hidrate.
- Prurito (quemados, opioides): loratadina VO 0,2 mg/kg/día (máx 10 mg), adulto 10 mg/día. Hidratación de piel.
- Insomnio y ansiedad: primero medidas no farmacológicas y primeros auxilios psicológicos (Documento 5). Evite iniciar benzodiacepinas de rutina en población en duelo agudo.
- Estreñimiento por opioides: prevenga desde el inicio. Bisacodilo 5 mg VO noche (niños >3 años y adultos) o polietilenglicol (1 gr/kg/dosis cada 12-24 horas).

8. REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises. Ginebra: OMS; 2018.
- Friedrichsdorf SJ. Prevention and treatment of pain in hospitalized infants, children, and teenagers. Pain Rep. 2019.
- Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos.
- Waldman E, Glass M. A Field Manual for Palliative Care in Humanitarian Crises. Oxford University Press; 2019.

SERIE CUIDADOS PALIATIVOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Documento 3

CUIDADO DEL PACIENTE EXPECTANTE EN TRIAGE DE DESASTRES

Confort, acompañamiento y sedación proporcional para el paciente clasificado como expectante (negro) que permanece vivo.

Elaborado por:

Miguel Andrés Bayona Ospina

Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos Pediátricos

1. EL PROBLEMA

En triage masivo, la categoría expectante agrupa pacientes con lesiones incompatibles con la vida dado el recurso disponible. La clasificación define prioridad quirúrgica y de traslado. No define abandono. Un paciente expectante puede vivir minutos u horas, con dolor, disnea y miedo. Atender ese sufrimiento es responsabilidad del equipo y es medicina, con la misma seriedad que la cirugía del clasificado rojo.

2. PRINCIPIOS

- Ningún paciente muere solo si es evitable. Asigne una persona (profesional, brigadista, voluntario entrenado o familiar) que permanezca con el paciente.
- La categoría expectante es dinámica. Reevalúe: con la llegada de recursos o la estabilización de la escena, algunos expectantes pasan a rojos.
- El objetivo del tratamiento es el confort: aliviar dolor, disnea, agitación y sed. No es acelerar la muerte ni prolongar la agonía.
- Documento: hora de clasificación, medicamentos, dosis, respuesta, hora de muerte, quién acompañó.

3. ZONA DE CUIDADO

- Ubique a los expectantes en un área con sombra, temperatura tolerable y separación visual del área de triage activo, no en un rincón de abandono. Cerca del puesto de mando para reevaluación.
- Piso acolchado (colchonetas, mantas), abrigo, agua para humedecer la boca.
- Permita el acceso de familiares. La presencia familiar es la intervención de mayor impacto disponible en escena.

4. MANEJO DE SÍNTOMAS

Use las dosis de los Documentos 1 y 2 de esta serie. Resumen operativo con vía subcutánea o IV:

Síntoma	Manejo
Dolor	Morfina IV o SC 0,05-0,1 mg/kg (adulto 2-4 mg), repetible cada 15-30 minutos hasta confort, luego cada 4 horas. Sin techo: la dosis correcta es la que controla el dolor.
Disnea	Morfina a 25-50% de la dosis analgésica. Posición, aire en la cara. Oxígeno solo si contribuye al confort.
Agitación, ansiedad, miedo	Presencia y palabra calmada primero. Midazolam SC o IV 0,05-0,1 mg/kg (adulto 2,5-5 mg) si el sufrimiento persiste.
Estertores	Decúbito lateral. Hioscina butilbromuro 20 mg SC o IV en adulto, 0,3-0,5 mg/kg en niños.
Sed y boca seca	Humedecer labios y boca con gasa. Sorbos si puede deglutir.

Síntoma	Manejo
Hemorragia externa visible	Compresión y cobertura con apósitos oscuros si es posible: reduce el impacto visual para el paciente y la familia.

5. SEDACIÓN PALIATIVA PROPORCIONAL

Indicada cuando el sufrimiento es refractario a las medidas anteriores en un paciente que muere. El principio es proporcionalidad: la dosis mínima que logra el confort, titulada, con intención documentada de aliviar.

- Midazolam SC o IV: bolo 0,05-0,1 mg/kg (adulto 2,5-5 mg), seguido de bolos repetidos c/30-60 min o infusión 0,02-0,06 mg/kg/h (adulto 0,5-1 mg/h), titulando al nivel de sedación que alivia.
- Mantenga la analgesia con opioide en paralelo: el midazolam seda pero no quita el dolor. El opioide alivia el dolor pero no se debe usar como sedante (sobremedicación).
- Registre indicación, refractariedad, dosis y respuesta. La transparencia protege al paciente y al equipo.

6. COMUNICACIÓN EN ESCENA

- Al paciente consciente: verdad con delicadeza y sin mentir. Está muy grave. No lo vamos a dejar solo. Vamos a controlar el dolor. Hay algo o alguien que necesite.
- Pregunte por necesidades espirituales y mensajes: muchas personas quieren decir algo a alguien. Ofrezca transmitirlo y cúmplalo.
- A la familia: use el protocolo de malas noticias del Documento 4. Explique qué van a ver (respiración irregular, estertores, somnolencia) y qué significa.
- Al equipo: nombre en voz alta la transición de objetivo (este paciente pasa a manejo de confort) para que nadie interprete el cambio como negligencia.

7. DESPUÉS DE LA MUERTE

- Confirme y registre la hora. Cubra el cuerpo con respeto. Siga el Documento 7 para manejo del cuerpo, certificación y duelo.
- Verifique cómo está el acompañante asignado y el equipo. Las muertes expectantes acumulan carga moral (Documento 8).

8. REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises. Ginebra: OMS; 2018.
- Matzo M, et al. Palliative care considerations in mass casualty events with scarce resources. Biosecur Bioterror. 2009.
- Waldman E, Glass M. A Field Manual for Palliative Care in Humanitarian Crises. Oxford University Press; 2019.

COMUNICACIÓN DE NOTICIAS DIFÍCILES EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

SPIKES adaptado a escena, notificación de muerte, muerte de un niño y familias de desaparecidos.

Elaborado por:

Miguel Andrés Bayona Ospina

Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos Pediátricos

Karen Molina

Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos Pediátricos

1. POR QUÉ IMPORTA EN DESASTRES

En un desastre las malas noticias se dan sin consultorio, sin historia clínica completa, a familias que llevan horas sin información, muchas veces por profesionales que no conocen al paciente. La forma de dar la noticia queda grabada en la memoria de la familia por años. Una comunicación clara y compasiva no requiere más tiempo. Requiere método.

2. SPIKES ADAPTADO A ESCENA

Paso	En emergencias y desastres
S. Entorno	Busque un entorno seguro para usted y para con quien se comunicará: una esquina, detrás de una ambulancia, unos pasos aparte de la multitud. Póngase al nivel de la persona (siéntese o agáchese). Quítese guantes ensangrentados y tapabocas si es seguro. Identifíquese con nombre y rol. Confirme con quién habla y su relación con el paciente. Silencie el radio si es posible.
P. Percepción	Pregunte qué sabe la familia antes de informar. Qué le han dicho hasta ahora. Qué vio usted. Esto evita repetir, contradecir o asumir.
I. Invitación	En agudo casi todos quieren saber ya. Aun así, una frase de entrada respeta el control: Le voy a contar lo que sabemos hasta ahora.
K. Información	Disparo de advertencia: Tengo una noticia muy difícil. Pausa breve. Luego la información central en una frase corta, con palabras claras y sin jerga. Si murió, use la palabra murió. Después silencio. No llene el silencio con datos técnicos.
E. Emociones	Responda a la emoción antes de dar más información. Nombre lo que ve, valide, acompañe (protocolo NURSE abajo). El llanto, el grito y la negación inicial son respuestas normales, no interrupciones.
S. Estrategia	Cierre con los pasos inmediatos y concretos: dónde está el cuerpo o el paciente, quién les informará después, a qué hora, dónde esperar, con quién quedan acompañados. En desastres la siguiente información concreta es el ancla de la familia.

3. RESPONDER A LA EMOCIÓN: NURSE

- N. Nombrar: Observo que esto los golpea con toda la fuerza.
- U. Comprender: No me alcanzo a imaginar lo difícil que es esto para usted.
- R. Respetar: Han hecho todo lo posible por llegar hasta acá.
- S. Apoyar: No los vamos a dejar solos con esto.

- E. Explorar: Cuénteme qué es lo que más le preocupa en este momento. Qué más puedo hacer por ustedes en este momento.

Una frase empática vale más que cinco datos. Tolerar el silencio y permanecer presente es parte de la técnica.

4. NOTIFICACIÓN DE MUERTE

- Verifique antes de notificar: identidad del fallecido confirmada, identidad y parentesco del receptor. Un error de identidad en un desastre es devastador y puede ocurrir.
- Notifique en persona siempre que sea posible. Por teléfono solo confirme identidad, diga que hay información importante y coordine el encuentro, salvo que la familia exija saber de inmediato: en ese caso no la haga esperar con evasivas.
- Estructura: entorno mínimo viable, percepción, advertencia, la frase central con la palabra murió, silencio, NURSE, pasos concretos.
- Frase central de ejemplo: Hicimos todo lo que estaba a nuestro alcance. Pese a esto, Jorge murió.
- Evite: falleció hace rato y no habíamos podido avisar (culpa), ya no sufre (consuelo prematuro), sea fuerte (mandato), Dios sabe cómo hace sus cosas (imposición de marco religioso, salvo que la familia lo exprese).
- Ofrezca ver el cuerpo cuando las condiciones lo permitan, con preparación previa: describa antes qué van a ver (lesiones visibles, equipo médico, cobertores). Ver el cuerpo facilita el duelo en la mayoría de los casos y es un derecho, no una obligación (si el cuerpo se encuentra muy lesionado se podría estimar aplazar o evitar esto).

5. CUANDO MUERE UN NIÑO

- Los padres necesitan escuchar tres cosas, explícitas: hicieron lo correcto al traerlo o buscarlo, el equipo hizo todo lo posible, y el niño no estuvo solo ni con dolor (si es cierto, y con la analgesia adecuada debe serlo).
- Use el nombre del niño. Siempre.
- Permita a los padres cargar o tocar a su hijo si lo desean, sin prisa. Ese momento no se repite.
- No estime tiempos de recuperación ni compare duelos. No diga que podrán tener otros hijos ni que era un angelito que ya está mejor.
- Si hay hermanos presentes, oriente a los padres con el Documento 6 (comunicación con niños).

6. FAMILIAS DE DESAPARECIDOS

- La ambigüedad o duelo congelado es su tipo de sufrimiento. No prometa (lo vamos a encontrar) ni sentencie (no hay esperanza). Diga lo que se sabe (los hechos), lo que se está haciendo y cuándo habrá nueva información.
- Ejemplo: Hasta ahora no está en los listados de heridos ni de fallecidos. Los equipos siguen buscando en la zona. El listado se actualiza cada 2 horas en este punto.
- Establezca un canal único de información oficial y horario fijo de actualización, aunque no haya novedades. El silencio institucional multiplica rumores y sufrimiento.
- Asigne acompañamiento (Documento 5) a las familias que esperan. La espera es el escenario de mayor desgaste emocional del desastre.

7. ERRORES FRECUENTES

- Dar la noticia de pie, de pasada, o desde la puerta.
- Esconder la muerte en jerga: paro cardiorrespiratorio irreversible, se nos fue, no logró salir adelante.
- Responder al llanto con más información técnica.
- Delegar la notificación en el miembro más joven del equipo sin acompañamiento.
- Irse inmediatamente después de la frase central.

8. REFERENCIAS

- Baile WF, Buckman R, et al. SPIKES: a six-step protocol for delivering bad news. *Oncologist*. 2000;5(4):302-311.
- Back A, Arnold R, Tulsky J. *Mastering Communication with Seriously Ill Patients*. Cambridge University Press; 2009.
- EPEC-Peds Latinoamérica. Módulos de comunicación.
- Iserson KV. Notifying survivors about sudden, unexpected deaths. *West J Med*. 2000;173(4):261-265.

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Guía operativa para brigadistas y personal de salud no especializado. Basada en el modelo observar, escuchar y conectar de la OMS.

Elaborado por:

Miguel Andrés Bayona Ospina

Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos Pediátricos

Carolina Paredes

Psicóloga especialista en Psicología Jurídica y Magíster en Educación

1. QUÉ SON Y QUÉ NO SON

- Los primeros auxilios psicológicos (PAP) son una respuesta humana y práctica al sufrimiento de una persona afectada por una crisis: acompañar, cubrir necesidades básicas, escuchar sin presionar y conectar con apoyos.
- No son psicoterapia, no son debriefing, no requieren ser psicólogo. Cualquier brigadista entrenado los aplica.
- No es obligar a la persona a hablar de lo que vivió. Forzar el relato del trauma en las primeras horas hace daño.
- La mayoría de las reacciones agudas (llanto, temblor, confusión, insomnio, culpa, irritabilidad, embotamiento) son respuestas normales a un evento anormal y mejoran con apoyo básico, sin medicamentos.

2. ANTES DE ACERCARSE

- Infórmese del evento, los servicios disponibles y las condiciones de seguridad.
- No se ponga en riesgo. Un ayudante lesionado es un problema más para la respuesta.
- Preséntese con nombre y rol. Pida permiso para acompañar.

3. ACCIÓN 1: OBSERVAR

- Seguridad de la zona y de la persona.
- Necesidades básicas urgentes: lesiones, sangrado, abrigo, agua, protección.
- Personas con reacciones graves de angustia: paralizadas, desorientadas, que no responden, en riesgo de hacerse daño o con conductas de riesgo. Estas tienen prioridad.
- Personas con vulnerabilidad adicional: niños solos, adultos mayores, personas con discapacidad, gestantes, personas que no hablan el idioma local.

4. ACCIÓN 2: ESCUCHAR

- Acérquese con calma. Ubíquese al nivel de la persona. Diga su nombre y pregunte el de ella.
- Pregunte qué necesita ahora, no qué pasó. Si la persona quiere contar, escuche sin interrumpir. Si no quiere hablar, permanezca cerca en silencio: la presencia calma.
- Valide: es entendible sentirse así después de lo que pasó.
- Ayude a calmar a quien está desbordado: respiración lenta guiada (inhale en 4, exhale en 6), pies en el suelo, nombrar 5 cosas que ve. Hable despacio y en frases cortas.
- No prometa lo que no puede cumplir, no invente información, no juzgue decisiones tomadas durante el evento, no diga al menos sobrevivió ni todo pasa por algo.

5. ACCIÓN 3: CONECTAR

- Cubra necesidades básicas: agua, abrigo, sombra, un lugar donde sentarse, atención de lesiones.

- Reúna a la persona con sus seres queridos. La reunificación familiar es la intervención psicológica más potente del desastre. Los niños no acompañados van a registro y protección de inmediato.
- Dé información veraz y concreta: dónde están los listados, dónde el agua, cuándo la próxima actualización.
- Conecte con servicios: salud, protección, apoyo espiritual si lo solicita.
- Ayude a la persona a activar su propio afrontamiento: a quién puede llamar, qué le ha servido en crisis anteriores, qué puede hacer en la próxima hora.

6. CUÁNDO DERIVAR A SALUD MENTAL

- Ideas o conducta suicida, o riesgo de dañar a otros.
- Desorientación grave persistente: no sabe quién es, dónde está, no responde.
- Imposibilidad de cuidar de sí mismo o de sus hijos.
- Reacciones intensas que no ceden ni disminuyen tras horas de apoyo básico, psicosis, consumo agudo de riesgo.
- Síntomas que persisten o empeoran después de 2-4 semanas: ahí ya se requiere valoración formal, no más PAP.

7. PAP EN NIÑOS: DIFERENCIAS CLAVE

- Mantenga al niño con sus cuidadores. Si están heridos o fallecidos, un adulto estable asignado de forma consistente, no rotativo.
- Baje al nivel físico del niño, hable simple y concreto, tolere el juego: jugar es su forma de procesar.
- Restablezca rutinas mínimas: horarios de comida y sueño, un objeto propio, tareas pequeñas.
- Responda preguntas con verdad simple (Documento 6). Los niños perciben las mentiras y quedan solos con su imaginación, que suele ser peor que la realidad.

8. REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation, Visión Mundial. Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo. Ginebra: OMS; 2012.
- Comité Permanente entre Organismos (IASC). Guía sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes. 2007.
- Hobfoll SE, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention. Psychiatry. 2007;70(4):283-315.

COMUNICACIÓN CON NIÑOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Cómo hablar de muerte, separación y pérdida según la edad. Para equipos de salud, brigadistas, docentes y cuidadores.

Elaborado por:

Miguel Andrés Bayona Ospina

Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos Pediátricos

Iván Ardila

Especialista en Cuidados Intensivos Pediátricos

1. PRINCIPIOS

- Los niños se enteran. Escuchan conversaciones, ven pantallas, perciben el llanto de los adultos. La pregunta no es si decirles, es cómo.
- Verdad simple, en dosis, con lenguaje concreto. Un niño llena los vacíos de información con su imaginación, y su imaginación suele ser peor y más culposa que la realidad.
- Use las palabras murió y muerte. Los eufemismos confunden: se fue de viaje (esperará el regreso), se quedó dormido (temerá dormir), lo perdimos (querrá buscarlo), está en el cielo cuidándose (puede vivirlo como vigilancia).
- Repita. Los niños preguntan lo mismo muchas veces. Es su forma de procesar, no un fallo de la explicación.
- Un adulto de confianza da la noticia, en un lugar tranquilo, con contacto físico disponible. Si los padres pueden hacerlo, el rol del profesional es prepararlos, no reemplazarlos.

2. QUÉ ENTIENDE UN NIÑO DE LA MUERTE SEGÚN LA EDAD

Edad	Comprensión	Qué hacer
0-2 años	No comprende la muerte. Registra la ausencia, el cambio de rutinas y el estado emocional de sus cuidadores.	Contacto físico, rutinas de sueño y comida, un cuidador estable. Menos palabras, más presencia.
3-5 años	Pensamiento mágico: cree que la muerte es reversible y que sus pensamientos o rabietas pudieron causarla.	Frases cortas y concretas: su cuerpo dejó de funcionar, no respira, no siente frío ni dolor, no va a volver. Quitar la culpa de forma explícita: nada de lo que hiciste o pensaste causó esto.
6-9 años	Entiende que la muerte es irreversible y universal, pero puede personificarla (monstruo, castigo) y hacer preguntas muy concretas sobre el cuerpo.	Responder las preguntas literales con calma, sin forzar detalles. Aclarar que la muerte no es castigo. Permitir participación en rituales si el niño quiere, con preparación.
10-12 años	Comprensión cercana a la adulta. Preocupación por la propia muerte y la de los demás cuidadores. Puede esconder el dolor para proteger a los adultos.	Información honesta, incluirlo en decisiones apropiadas, verificar qué entendió, abrir la puerta: puedes preguntarme lo que sea, aunque sea difícil.
Adolescentes	Comprensión adulta con intensidad emocional alta. Riesgo de aislamiento, conductas de riesgo, culpa del sobreviviente.	Respetar su espacio sin dejarlo solo. Ofrecer pares y adultos de confianza. Vigilar cambios de conducta sostenidos. No exigirle ser el fuerte de la familia.

3. CÓMO DAR LA NOTICIA DE UNA MUERTE A UN NIÑO

- Prepare una frase de advertencia: tengo que contarte algo muy triste.
- La noticia en una frase concreta con la palabra murió: hubo un accidente muy grave, los médicos hicieron todo lo posible, y papá murió.
- Espere. Las reacciones van del llanto a seguir jugando como si nada. Ambas son normales: los niños entran y salen del duelo por momentos.
- Responda las tres preguntas que casi siempre vienen, dichas o no: yo tuve la culpa (no), me va a pasar a mí o a ti (estamos haciendo todo para cuidarnos, y hay muchos adultos cuidándote), quién me va a cuidar (nombre concreto de quién).
- Cierre con lo que sigue: qué va a pasar hoy, dónde va a dormir, quién estará con él.

4. SEPARACIÓN FAMILIAR Y PÉRDIDA DEL HOGAR

- Niño separado de su familia: dígle la verdad de lo que se sabe y lo que se está haciendo. Te estamos buscando a tu mamá. Muchas personas están ayudando. Mientras tanto, yo me llamo Ana y voy a estar contigo. Cuidador asignado consistente, no rotativo.
- No prometa reencuentros que no puede garantizar. Prometa el proceso: no vamos a dejar de buscar, y te vamos a contar lo que sepamos.
- Pérdida del hogar: valide que perder la casa, los juguetes y la mascota es un duelo real. Permita despedidas simbólicas (un dibujo de la casa, guardar un objeto rescatado).
- Restablezca escolaridad o espacios de juego estructurado lo antes posible: son el equivalente pediátrico de volver al trabajo.

5. REACCIONES ESPERABLES Y SIGNOS DE ALARMA

- Esperables las primeras semanas: regresiones (chuparse el dedo, mojar la cama), pesadillas, apego excesivo, juego repetitivo del evento, quejas somáticas (dolor de barriga, de cabeza), irritabilidad.
- Alarma para derivar a salud mental: síntomas que empeoran o persisten más de 4 semanas, desconexión sostenida, agresividad severa, negativa a comer, ideas de muerte, mutismo, o cualquier sospecha de abuso en albergues.
- Protección: los niños en albergues tienen riesgo aumentado de violencia y abuso. Espacios seguros para la infancia, supervisión y rutas de protección activadas desde el primer día.

6. FRASES

- Sí: Fue muy grave y muy triste. No fue culpa tuya. Está bien llorar, y está bien jugar. Yo estoy contigo. Puedes preguntarme lo que quieras.
- No: No llores. Tienes que ser fuerte por tu mamá. Ya eres el hombre de la casa. Está dormidito. Dios se lo llevó porque era muy bueno. No pienses más en eso.

7. REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo. Ginebra: OMS; 2012.
- National Child Traumatic Stress Network. Psychological First Aid Field Operations Guide. 2a edición.
- Alianza para la Protección de la Niñez en la Acción Humanitaria. Normas mínimas para la protección de la niñez. 2019.
- Sourkes B. Armfuls of Time: The Psychological Experience of the Child with a Life-Threatening Illness. University of Pittsburgh Press; 1995.

MANEJO DE CUERPOS Y DUELO EN DESASTRES

Trato respetuoso del fallecido, acompañamiento del duelo agudo y mitos que hacen daño.

Elaborado por:

Miguel Andrés Bayona Ospina

Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos Pediátricos

1. MITO CENTRAL A DERRIBAR

Los cuerpos de las víctimas de un desastre natural no causan epidemias. Este mito, repetido en cada emergencia, lleva a entierros masivos apresurados sin identificación, que roban a las familias el duelo y la certeza jurídica. La OPS y la OMS lo establecen con claridad: los fallecidos por trauma no representan riesgo epidémico para la población, y la prioridad es la identificación y el trato digno. Las excepciones son casos específicos por enfermedades infecciosas (cólera, fiebres hemorrágicas), que tienen protocolos propios.

2. MANEJO RESPETUOSO DEL CUERPO EN ESCENA

- Confirme y registre la hora y las circunstancias de la muerte.
- Cubra el cuerpo. Trasládalo fuera de la vista del triage activo a un área designada, con la misma seriedad logística que cualquier otra zona.
- No retire pertenencias ni documentos del cuerpo: son clave para la identificación. Registre y proteja.
- Identificación: etiquete cuerpo y bolsa con código único, lugar y hora de hallazgo. Fotografíe si el protocolo local lo permite. Nunca marque sobre la piel.
- Cadena de custodia hacia Medicina Legal según la normativa colombiana. La certificación de defunción en desastre sigue las rutas del Instituto Nacional de Medicina Legal y la autoridad sanitaria territorial.
- Evite entierros colectivos sin identificación. Si la magnitud obliga a disposición temporal, use trincheras individuales identificadas y georreferenciadas que permitan recuperación posterior.

3. LA FAMILIA FRENTE AL CUERPO

- Ver el cuerpo es un derecho, no una obligación. Facilita la aceptación de la muerte en la mayoría de los dolientes.
- Prepare antes: describa qué van a ver, qué lesiones son visibles, qué estará cubierto. Acondicione el cuerpo lo mejor posible (limpieza básica, cubrir lesiones mayores).
- Acompañe sin apurar. Permita tocar, hablar, rezar, despedirse según su cultura.
- Respete ritos culturales y religiosos en la medida que la salud pública real (no el mito) lo permita. En Colombia esto incluye tradiciones católicas, cristianas, indígenas, afro y rom: pregunte, no asuma.
- Con niños: pueden despedirse y asistir a rituales si lo desean, con preparación previa y un adulto asignado a acompañarlos (Documento 6). Excluirlos por protegerlos suele dejarlos fuera del duelo familiar.

4. DUELO AGUDO: QUÉ ES NORMAL

- Oleadas de llanto, incredulidad, embotamiento, rabia, culpa, búsqueda del fallecido, síntomas físicos (opresión, insomnio, anorexia). Todo esto es duelo normal, no patología.
- El duelo no se medica de rutina. No inicie benzodicepinas ni antidepresivos por llanto o insomnio de los primeros días: entorpecen el proceso y generan dependencia.
- Lo que sí ayuda: información veraz, presencia, cubrir necesidades básicas, facilitar el ritual, conectar con la red familiar y comunitaria (Documento 5).

5. DUELOS DE ALTO RIESGO

- Muerte de un hijo, muertes múltiples en una familia, cuerpo no recuperado o no visto, muerte violenta, doliente aislado sin red, antecedente de salud mental, duelo en niños sin adulto estable.
- Estos casos requieren seguimiento activo: registre y entregue a la ruta de salud mental local para contacto en las semanas siguientes, no solo una remisión en papel.
- Duelo por desaparición (pérdida ambigua): sin cuerpo no hay cierre. No presione a la familia a declarar la muerte ni a hacer duelo. Acompañe la incertidumbre y garantice el canal de información (Documento 4).

6. SIGNOS DE DUELO COMPLICADO (MESES DESPUÉS)

- Anhelo e incredulidad invariables que dominan la vida diaria más de 6-12 meses, incapacidad funcional sostenida, evitación total o visita compulsiva de recuerdos, ideas de muerte, abandono del cuidado de los hijos.
- Derivación a salud mental para manejo específico. El duelo complicado tiene tratamiento eficaz.

7. REFERENCIAS

- Organización Panamericana de la Salud. La gestión de cadáveres en situaciones de desastre: guía práctica para equipos de respuesta. Washington: OPS.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia. Protocolos de identificación de víctimas en desastres.
- Comité Internacional de la Cruz Roja. Acompañar a los familiares de las personas desaparecidas.
- Shear MK. Complicated grief. N Engl J Med. 2015;372(2):153-160.

AUTOCUIDADO Y PROTECCIÓN DEL EQUIPO DE RESPUESTA

Fatiga empática, estrés traumático secundario y daño moral en el personal de emergencias y desastres. Prevención operativa para líderes y respondedores.

Elaborado por:

Miguel Andrés Bayona Ospina

Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos Pediátricos

Darling Carvajal

Especialista en Cuidados Intensivos Pediátricos, Magíster en Humanización en Salud

1. EL RESPONDEDOR TAMBIÉN ES POBLACIÓN AFECTADA

El personal de respuesta trabaja expuesto al mismo evento que las víctimas, con jornadas extendidas, decisiones de vida o muerte y, en desastres locales, con su propia familia y casa afectadas. Cuidar al equipo no es un lujo posterior a la emergencia. Es una condición para sostener la respuesta: un respondedor agotado comete errores clínicos, se lesiona y abandona la profesión.

2. LOS TRES DAÑOS

Daño	Qué es y cómo se ve
Fatiga empática	Erosión de la capacidad de empatizar por exposición repetida al sufrimiento. Se ve como cinismo, distancia con los pacientes, sensación de que nada alcanza, trato mecánico.
Estrés traumático secundario	Síntomas de trauma por exposición al sufrimiento de otros: imágenes intrusivas de lo visto, hipervigilancia, evitación, pesadillas, sobresalto.
Daño moral	Herida por actuar u omitir contra los propios valores: triage con recursos insuficientes, pacientes expectantes, no poder salvar niños. Se ve como culpa, vergüenza, rabia con la institución, pérdida de sentido.

Los tres coexisten con el agotamiento físico y el burnout. El daño moral es el más específico de los desastres y el que menos se nombra: nombrarlo en voz alta es la primera intervención.

3. CUIDAR AL EQUIPO ES SEGURIDAD DEL PACIENTE

Las emergencias son eventos volátiles, inciertos, complejos y ambiguos (VUCA). En ese entorno el autocuidado deja de ser una opción individual: proteger al respondedor es la primera barrera contra el error sistémico. Dos marcos institucionales lo respaldan:

- **Quíntuple Meta (IHI):** los buenos resultados clínicos y la eficiencia son inalcanzables si no se prioriza el bienestar y la salud mental del equipo asistencial como componente crítico de la calidad.
- **Organizaciones de Alta Fiabilidad (HRO):** instituciones diseñadas para operar en riesgo extremo sin fallas catastróficas. Su base es la resiliencia del equipo y el aprendizaje constante frente a lo inesperado.

4. DURANTE LA RESPUESTA: MEDIDAS OPERATIVAS

- Turnos con límite y relevos reales. Después de 12 horas el juicio clínico cae de forma medible. Nadie es tan indispensable como para trabajar 36 horas seguidas.
- Pausas obligatorias, hidratación, comida y un área de descanso fuera de la vista de las víctimas.

- Trabajo en parejas (sistema de compañero): cada respondedor vigila señales de agotamiento en su par y tiene autoridad para pedir su relevo.
- Rotación de las tareas de mayor carga: zona expectante, morgue, notificación de muertes, atención de niños graves. Nadie las asume en exclusiva.
- Los líderes modelan: toman sus pausas de forma visible, aceptan relevos, nombran las emociones del día sin dramatizar ni burlarse.
- Información al equipo: rumores y desinformación interna aumentan el estrés. Actualizaciones breves y regulares del comandante de incidente.
- **Reunión de seguridad (safety huddle) al inicio de cada jornada:** 5 a 10 minutos para alinear objetivos, identificar riesgos del terreno y evaluar la carga emocional del equipo antes de entrar a la zona de intervención.
- **Cultura justa y Seguridad-II:** el personal reporta limitaciones e incidentes sin temor a represalias. El liderazgo no solo vigila el error: también aprende de cómo el equipo se adapta y logra buenos resultados pese a la escasez y la variabilidad de la crisis.

5. SEÑALES DE ALARMA EN UN COMPAÑERO

- Errores repetidos, lentitud extrema o decisiones erráticas.
- Aislamiento, mutismo, irritabilidad desproporcionada, llanto incontrolable sostenido.
- Desconexión: mirada perdida, respuestas automáticas, actuar como robot.
- Comentarios de desesperanza, culpa intensa o autolesión.
- Ante cualquiera: retiro temporal de la línea con dignidad (una tarea de apoyo, no una expulsión), acompañamiento uno a uno, valoración antes de reintegro.

6. LA SEGUNDA VÍCTIMA: APOYO EN TRES NIVELES

El respondedor involucrado en un incidente de seguridad o en una muerte traumática inesperada se convierte en segunda víctima: culpa, ansiedad y distrés moral que comprometen su permanencia en el servicio. El modelo de Scott organiza el apoyo en tres niveles. Intervenir en las primeras 24 horas previene secuelas como el estrés postraumático y el abandono de la profesión.

- **Nivel 1.** Primeros auxilios emocionales por pares y líderes en el sitio del evento.
- **Nivel 2.** Soporte formal de compañeros entrenados en trauma secundario.
- **Nivel 3.** Referencia rápida a psicología institucional si los síntomas persisten.

7. DESPUÉS DE LA RESPUESTA

- Desmovilización estructurada: cierre operativo breve, agradecimiento explícito, información sobre reacciones normales y rutas de apoyo por escrito.
- El debriefing psicológico obligatorio de sesión única, donde se fuerza a revivir en detalle lo ocurrido, no previene el trauma y puede empeorarlo. La evidencia lo desaconseja. Lo que sí sirve: apoyo entre pares voluntario, seguimiento activo a las 2-4 semanas y acceso fácil a ayuda profesional.
- Reacciones normales las primeras semanas: insomnio, imágenes del evento, irritabilidad, ganas de no hablar del tema o de hablar solo de eso. Se explican al equipo antes de que ocurran.
- Buscar ayuda profesional si a las 4 semanas persisten o empeoran: insomnio severo, reexperimentación intrusiva, evitación que limita la vida, consumo creciente de alcohol, desesperanza, ideas de muerte.
- Los líderes contactan uno a uno a quienes estuvieron en las tareas de mayor carga. Preguntar cómo estás dos veces, porque la primera respuesta siempre es bien.

8. AUTOCUIDADO INDIVIDUAL REALISTA

- Sueño primero: es la variable con mayor efecto sobre la recuperación. Proteja 7-8 horas y evite manejar agotado de regreso a casa.
- Movimiento, comida regular, limitar alcohol (anestesia el procesamiento y empeora el sueño).

- Hablar con alguien de confianza, a su ritmo. Escribir sirve a algunos. El silencio absoluto y la sobreexposición a noticias del evento hacen daño por igual.
- Rituales de cierre personales: cambiarse el uniforme antes de entrar a casa, una rutina que marque la salida del modo emergencia.
- Pedir ayuda es competencia profesional, no debilidad. El estándar que le exigimos a los pacientes aplica para nosotros.

9. REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo. Ginebra: OMS; 2012.
- Rose S, Bisson J, et al. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2002.
- Litz BT, et al. Moral injury and moral repair in war veterans. Clin Psychol Rev. 2009;29(8):695-706.
- Figley CR. Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder. Routledge; 1995.
- Sinclair S, et al. Compassion fatigue: a meta-narrative review of the healthcare literature. Int J Nurs Stud. 2017;69:9-24.
- Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for health care improvement. JAMA. 2022;327(6):521-522.
- Scott SD, Hirschinger LE, et al. The natural history of recovery for the healthcare provider second victim after adverse patient events. Qual Saf Health Care. 2009;18(5):325-330.
- Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J. From Safety-I to Safety-II: a white paper. University of Southern Denmark; 2015.

DECISIONES ÉTICAS CON RECURSOS ESCASOS EN DESASTRES

Criterios de asignación, adecuación del esfuerzo terapéutico y protección del equipo decisor.

Elaborado por:

Miguel Andrés Bayona Ospina

Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos Pediátricos

Néstor Ramírez

Médico, Magíster en Bioética

1. EL CAMBIO DE MARCO

La medicina cotidiana maximiza el beneficio de cada paciente individual. Las situaciones de desastre ponen en tensión los sistemas de salud porque se generan condiciones de escases de recursos que exigen un marco ético para la toma de decisiones en salud pública: maximizar los resultados del conjunto con los recursos disponibles. Este cambio es legítimo y está reconocido por la ética médica, con tres condiciones: que se declare de forma explícita (no se improvisa en silencio), se aplique con criterios públicos y de equidad para todos, y se revierte apenas los recursos lo permita o la situación de desastre se supere.

2. CRITERIOS ACEPTABLES E INACEPTABLES PARA LA TOMA DE DECISIONES:

Para el personal de salud la toma de decisiones en situaciones de escases de recursos son una fuente de estrés moral, debido a que se requiere aplicar criterios de exclusión para el acceso a recursos limitados. Es importante tener claridad sobre unos parámetros mínimos de aceptabilidad frente a este proceso:

Tipo	Criterio
Aceptables	Probabilidad de sobrevivir al evento agudo con el tratamiento disponible. Urgencia real de la necesidad. Cantidad de recurso que consume frente al beneficio esperado. Reevaluación periódica de cada asignación.
Inaceptables	Edad como criterio automático de exclusión. Discapacidad previa que no cambia el pronóstico agudo. Capacidad de pago, nacionalidad, estatus migratorio, condición social, fama o cargo. Orden de llegada como único criterio cuando genera injusticia. Juicios sobre el valor social de la persona.
Precaución	El pronóstico de enfermedades crónicas de base solo cuenta si limita de forma clara la sobrevida al evento agudo, con evidencia, no con estereotipo. Los pacientes de cuidados paliativos no son expectantes automáticos.

3. CÓMO SE DECIDE

- Aplicar triage de campo: proceso de clasificación rápida de heridos en el lugar de la emergencia, realizado por personal con dedicación exclusiva, no debe ser simultáneamente el tratante del mismo paciente.
- Decisiones de acceso a recursos escasos o de alto costo (último ventilador, última unidad de sangre, adecuación del esfuerzo) se deben tomar preferiblemente entre dos, no en solitario, cuando la escena lo permite. En las instituciones de salud se debe planificar con anticipación la necesidad de servicios de consultoría bioética, y activar el comité de ética o una junta rápida de tres si se dispone.
- Criterios discutidos con el personal asistencial, por escrito y visibles antes del desastre. El peor momento para redactar criterios de asignación es durante el desastre. Esta guía es insumo para que cada institución los adopte de forma anticipada.

- Documente cada decisión en los registros de historia clínica: criterio aplicado, alternativas consideradas, quiénes decidieron. La documentación protege a pacientes y al equipo.
- Reevalúe periódicamente: toda asignación y toda clasificación se debe evaluar periódicamente de acuerdo a la evolución clínica de los pacientes, o al cambiar la disponibilidad de los recursos.

4. ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

- Retirar o no iniciar un soporte que ya no beneficia no es abandono ni eutanasia: es adecuación del esfuerzo, práctica médica y éticamente aceptada, también en la normativa colombiana.
- No iniciar y retirar son moralmente equivalentes dentro de la adecuación del esfuerzo terapéutico, aunque retirar puede tener un mayor peso en el ámbito social, por lo que estas decisiones deben ser informadas y compartidas con los pacientes y sus familias.
- Toda adecuación del esfuerzo terapéutico debe acompañarse de un plan de confort: analgesia, manejo de disnea, acompañamiento y comunicación con la familia (Documentos 1 a 4). Se retira el soporte, nunca el cuidado.
- Comunique a la familia la decisión y su razón con el método del Documento 4. Evite trasladarles la carga de decidir lo que es una determinación técnica (que le compete al personal asistencial): la frase no es quieren que apaguemos el ventilador, es el tratamiento ya no está ayudando y vamos a concentrarnos en su comodidad.

5. SITUACIONES FRECUENTES

- Prioridad o prevalencia del personal de salud herido: Este criterio se aplica no como un beneficio por colegaje sino como una posibilidad de recuperar un miembro del equipo de atención que pueda luego sumarse a la atención de la emergencia.
- El familiar del equipo herido: aplican los mismos criterios que a todos. Nómbrelo así ante el equipo para descargar al decisor.
- El paciente que consume mucho recurso con pronóstico mínimo mientras esperan pacientes recuperables: reevaluación formal entre dos decisores, adecuación del esfuerzo si procede, plan de confort inmediato.
- Presión de autoridades o medios por priorizar a alguien: los criterios públicos previos son el escudo. La respuesta es institucional, no del clínico individual.
- Niños: la edad pediátrica no otorga prioridad automática ni la quita. Se aplican los mismos criterios de pronóstico con la valoración pediátrica adecuada. La carga emocional de estas decisiones exige rotación y apoyo del equipo (Documento 8).

6. DESPUÉS: RENDICIÓN DE CUENTAS Y REPARACIÓN

- Revisión posterior de las decisiones con los registros, en clave de aprendizaje, no de cacería.
- Transparencia con la comunidad sobre los criterios usados.
- Atención al daño moral del equipo decisor (Documento 8): haber decidido bien con criterios correctos no impide el dolor de haber decidido.

7. REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. Ethics in epidemics, emergencies and disasters: research, surveillance and patient care. Ginebra: OMS; 2015.
- Emanuel EJ, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;382:2049-2055.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 229 de 2020 y lineamientos de bioética en emergencias.
- Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (AMCI). Recomendaciones de triage ético en escasez de recursos.
- Ramirez Borrero, N. D., Corredor Niño, M. A., & Navas Gutierrez, S. E. (2021). Recomendaciones bioéticas para la pandemia, una perspectiva personalista. *Persona Y Bioética*, 25(1), e2515. <https://doi.org/10.5294/pebi.2021.25.1.5>

SERIE CUIDADOS PALIATIVOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Documento 10 (capítulo de cierre)

LA COMPASIÓN EN ESCENARIOS DE DESASTRE

El fundamento de toda la serie: comunicación compasiva, tacto, escucha y acompañamiento como intervenciones clínicas.

Elaborado por:

Miguel Andrés Bayona Ospina

Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos Pediátricos

1. POR QUÉ CERRAR CON COMPASIÓN

Los nueve documentos anteriores entregan protocolos: dosis, escalas, pasos, criterios. Este capítulo entrega el fundamento que los sostiene. Un protocolo aplicado sin compasión alivia menos de lo que promete. La compasión aplicada sin protocolo se queda en buena intención. El desastre exige las dos cosas a la vez.

La compasión no es un adorno del cuidado ni una cualidad opcional del personal. Es una respuesta al sufrimiento del otro que busca aliviarlo mediante la acción. Se diferencia de la lástima (que mira desde arriba) y de la empatía sola (que siente pero no necesariamente actúa). La compasión siente, comprende y actúa. Los pacientes distinguen con precisión estas tres cosas, incluso en medio del caos: los estudios de Sinclair muestran que las personas enfermas identifican la compasión como virtud en acción, y que su presencia o ausencia marca la experiencia completa del cuidado.

En desastres la compasión tiene además un efecto multiplicador: cada interacción compasiva es observada por decenas de personas (familias, brigadistas, otros pacientes) y define el clima moral de la respuesta. Un equipo que trata con dignidad al paciente expectante le comunica a todos los demás que serán tratados con dignidad.

2. LA EVIDENCIA

- La compasión modifica desenlaces medibles: reduce dolor percibido y ansiedad, mejora la adherencia, disminuye demandas y quejas, y protege contra el burnout del propio equipo. Trzeciak y Mazzarelli compilaron esta evidencia bajo el término compassionomics: la compasión es una intervención con efecto dosis-respuesta y su costo en tiempo es de segundos, no de minutos.
- Cuarenta segundos de comunicación compasiva bastan para reducir la ansiedad de un paciente de forma medible. En un desastre, donde el tiempo es el recurso más escaso, este dato es operativo: nadie está demasiado ocupado para cuarenta segundos.
- La compasión se puede enseñar, medir y mejorar. No es un rasgo fijo de personalidad. Los instrumentos de medición, como el Sinclair Compassion Questionnaire, permiten evaluarla como cualquier otro indicador de calidad.
- La fatiga empática no se previene con menos contacto sino con uno más estrecho y sincero: la compasión bien sostenida es protectora para quien la ejerce, porque conecta con el sentido del trabajo (Documento 8).

3. COMUNICACIÓN COMPASIVA

Los protocolos de los Documentos 4, 5 y 6 dicen qué decir. La compasión define cómo. Cuatro conductas observables:

- Presencia plena: al hablar con una persona, deténgase. Cuerpo orientado hacia ella, a su altura, contacto visual. Treinta segundos de atención completa valen más que cinco minutos mirando el radio.
- Lenguaje que reconoce a la persona: use el nombre del paciente y de sus familiares. Pregunte algo que lo devuelva a su condición de persona: cómo le dicen, quién es ella para usted. En la escena todos son códigos de triage; la compasión les devuelve el nombre.

- Honestidad con delicadeza: la compasión no suaviza la verdad hasta deformarla, la entrega de forma que la persona pueda sostenerla. Decir lo difícil con claridad y quedarse después es más compasivo que la evasiva amable.
- Silencio activo: tras una mala noticia o un llanto, el silencio acompañado es intervención, no vacío. Resista el impulso de llenarlo con datos o consuelos prematuros.

4. EL PODER DEL TACTO

El tacto es el primer lenguaje humano y el último que se pierde. En el desastre, donde las palabras muchas veces no alcanzan, el tacto comunica lo esencial: estás acompañado, no te vamos a abandonar.

- El tacto compasivo reduce de forma medible el dolor percibido, la frecuencia cardíaca y el cortisol. En recién nacidos, el contacto piel a piel es analgesia demostrada. En adultos, una mano en el hombro durante un procedimiento doloroso disminuye la percepción del dolor.
- Tacto seguro y respetuoso: pida permiso o anuncie (le voy a tomar la mano), use zonas neutras (mano, antebrazo, hombro), sostenga sin apretar ni palmear, y observe la respuesta: si la persona se tensa o retira, respete.
- Diferencie el tacto de tarea (tomar la presión, palpar) del tacto de cuidado (sostener la mano). El primero es técnico. El segundo se ofrece con intención, sin otra tarea simultánea, aunque duren lo mismo.
- Precauciones: personas con trauma reciente por violencia (especialmente sexual) pueden vivir el tacto no anunciado como amenaza. Con niños, el tacto lo median sus cuidadores cuando están presentes. Las normas culturales y religiosas sobre el contacto entre géneros se respetan: cuando el tacto no procede, la proximidad, la voz y la mirada cumplen su función.
- En el paciente que muere: el tacto sostenido es muchas veces la última comunicación posible. La audición y la sensibilidad al contacto persisten hasta el final. Sostener la mano de un paciente expectante, o enseñar a su familiar a hacerlo, es una intervención de cuidados paliativos completa.

5. EL ABRAZO

- El abrazo no es parte del protocolo profesional estándar, y en el desastre a veces es exactamente lo que la situación humana requiere. La regla: se ofrece, no se impone. Deje que la persona lo inicie o pregunte (quiere un abrazo), y deje que ella defina la duración.
- Es más apropiado en momentos de quiebre (la notificación de una muerte, el reencuentro, la despedida) que en la interacción rutinaria.
- Entre miembros del equipo, el abrazo tras los momentos duros es una herramienta legítima de contención mutua. Normalizarlo en el equipo reduce la coraza de invulnerabilidad que alimenta el daño moral.
- Si el abrazo no corresponde por cultura, género, jerarquía o preferencia personal, sus equivalentes funcionan: la mano sostenida con las dos manos, la mano en el hombro, permanecer cerca.

6. LA ESCUCHA

- Escuchar es la intervención compasiva de mayor alcance y menor costo. En el desastre casi nadie es escuchado: todos son evaluados, clasificados, registrados e instruidos.
- Escuche para comprender, no para responder. La mayoría de las personas en crisis no piden soluciones cuando hablan: piden testigo. Resista el reflejo de arreglar, corregir o relativizar.
- Herramientas concretas: no interrumpa; tolere pausas de tres segundos antes de hablar; devuelva lo esencial en pocas palabras (perdió a su hermano y todavía no sabe de su mamá); pregunte qué es lo más difícil de esto para usted, y escuche la respuesta completa.
- No fuerce el relato del evento (Documento 5). Escuchar compasivamente incluye respetar el silencio de quien no quiere hablar y permanecer disponible.

7. EL ACOMPAÑAMIENTO

- Acompañar es la forma más antigua de cuidado paliativo: permanecer cuando ya no hay nada técnico que hacer. En el desastre es la respuesta al miedo más profundo de las víctimas, que no es morir sino morir solas y ser olvidadas.
- El acompañamiento es asignable y verificable como cualquier tarea de la respuesta: quién está con el paciente expectante, quién con la familia que espera noticias, quién con el niño no acompañado. Si nadie lo asigna, no ocurre (Documento 3).
- Acompañar no exige palabras permanentes. Estar, a la vista, disponible, haciendo saber a la persona que puede llamar, ya modifica su experiencia.
- El acompañamiento también se dirige al equipo: ningún respondedor notifica una muerte, atiende la zona expectante o registra cuerpos en soledad sostenida (Documento 8).

8. LA COMPASIÓN COMO ESTÁNDAR DE LA RESPUESTA

Una respuesta a desastres se mide por vidas salvadas. También debería medirse por sufrimiento aliviado: pacientes con dolor controlado, familias notificadas con dignidad, niños informados con verdad, muertos tratados con respeto, equipos protegidos. Esta serie propone que ambas medidas son inseparables. La compasión no es lo que hacemos cuando sobra tiempo. Es el estándar con el que hacemos todo lo demás.

9. REFERENCIAS

- Sinclair S, et al. Compassion in health care: an empirical model. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51(2):193-203.
- Sinclair S, et al. Sympathy, empathy, and compassion: a grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliat Med*. 2017;31(5):437-447.
- Sinclair S, et al. Development and validation of a patient-reported measure of compassion in healthcare: the Sinclair Compassion Questionnaire (SCQ). *BMJ Open*. 2021;11:e045988.
- Trzeciak S, Mazzeilli A. *Compassionomics: The Revolutionary Scientific Evidence that Caring Makes a Difference*. Studer Group; 2019.
- Fogarty LA, et al. Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? *J Clin Oncol*. 1999;17(1):371-379.
- Field T. *Touch*. 2a edición. MIT Press; 2014.
- Johnston CC, et al. Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017.

TARJETA DE BOLSILLO 1: DOLOR AGUDO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES (NIÑOS Y ADULTOS)

Serie Cuidados Paliativos en Emergencias y Desastres. M. Bayona, Pediatra Paliativista. Imprimir a doble cara y plastificar.

1. MIDA EL DOLOR

Paciente	Escala	Clasifique
Prematuro / neonato	PIPP / CRIES	Leve 1-3, moderado 4-6, grave 7-10 (escala 0-10).
1 mes a 4 años y no verbales	FLACC (0-10)	FACES: multiplique por 2.
4-12 años	FACES (0-5)	Reevalúe: 15-30 min tras dosis IV, 60 min tras VO.
>12 años y adultos	Númerica 0-10	Adulto no comunicativo: BPS (≥ 6 = dolor). Demencia: PAINAD.

2. TRATE: DOS ESCALONES

LEVE: acetaminofén, dipirona o AINES. MODERADO A GRAVE: no opioide + opioide potente desde el inicio. Tramadol (opioide débil) solo si no hay opioide potente. Siempre: inmovilice fracturas, frío local, cubra heridas, familia presente, calma. Evite AINES en choque, sangrado, aplastamiento, falla renal, embarazo >20 sem.

Medicamento	Niños	Adultos	Presentación
Acetaminofén	10-15 mg/kg VO c/6h. IV 15 mg/kg c/6h.	500-1000 mg c/6-8h (máx 4 g/día).	Tab 500 mg, jarabe 150 mg/5 mL, IV 10 mg/mL.
Dipirona	10-20 mg/kg IV/VO c/6-8h (>3 meses).	1-2,5 g IV c/6-8h, lento.	Amp 1 g/2 mL y 2,5 g/5 mL.
Ibuprofeno	6-10 mg/kg VO c/6-8h (>6 meses).	400-600 mg c/6-8h.	Susp 100 mg/5 mL, tab 400-800 mg.
Tramadol	1-2 mg/kg c/6-8h (>1 año, máx 8 mg/kg/día).	50-100 mg c/6-8h (máx 400 mg/día).	Amp 50 y 100 mg, gotas 100 mg/mL.
MORFINA	IV/SC 0,05-0,1 mg/kg c/2-4h. VO 0,2-0,3 mg/kg c/4h. Rescate: 50% de la dosis horaria.	IV 2-4 mg c/5-10 min hasta control, luego c/2-4h. VO 10-30 mg c/4h.	Amp 10 mg/mL. Sol oral 3% (30 mg/mL).
FENTANILO	IV 0,5-1 mcg/kg. IN 1,5 mcg/kg (máx 100 mcg).	IV 25-50 mcg c/5 min titulado. Elección en choque y falla renal.	Amp 0,5 mg/10 mL (50 mcg/mL).
KETAMINA analgesia	IV 0,1-0,3 mg/kg en 10 min. IM 0,5-1 mg/kg. IN 0,5-1 mg/kg.	Igual por kg. Elección en atrapados, hipotensos, quemados.	Amp 500 mg/10 mL (50 mg/mL). Diluir.
NALOXONA	0,001-0,01 mg/kg IV titulado. Paro: 0,1 mg/kg (máx 2 mg).	0,04-0,1 mg IV c/2-3 min titulado. Paro: 0,4-2 mg.	Amp 0,4 mg/mL. Dura 30-60 min: vigile recaída.

Opioides: titule hasta el efecto, sin techo fijo. Vigile FR, sedación y SpO₂. Sedación profunda precede a la depresión respiratoria. Sin vía IV: use IN, IM, SC o VO. Rescate: 10% de dosis diaria o 50% de dosis horaria. Requiere ≥ 3 rescates/día sin sobre-sedación: suba dosis 30-50%.

TARJETA DE BOLSILLO 2: SÍNTOMAS, EXPECTANTE Y COMUNICACIÓN

3. OTROS SÍNTOMAS

Síntoma	Niños	Adultos
Disnea	Morfina a 25-50% de dosis analgésica (0,025-0,05 mg/kg IV/SC). Posición + aire en la cara.	Morfina 1-2 mg IV/SC c/4h. O2 solo si hipoxemia.
Náuseas	Metoclopramida 0,1-0,15 mg/kg c/8h u ondansetrón 0,15 mg/kg c/8h.	Metoclopramida 10 mg c/8h u ondansetrón 4-8 mg c/8h.
Convulsión	Midazolam IV/IM 0,1-0,2 mg/kg; IN/bucal 0,2-0,3 mg/kg. Repetir a los 5 min. Glicemia.	Midazolam 5-10 mg IM/IV o diazepam 5-10 mg IV.
Agitación / delirium	Corrija causa (dolor, hipoxia, glicemia, vejiga). Haloperidol 0,01-0,05 mg/kg.	Haloperidol 0,5-2,5 mg VO/IM/SC (anciano: 0,25-0,5 mg). Benzodiacepina solo en abstinencia.
Estertores finales	Hioscina butilbromuro 0,3-0,5 mg/kg IV/SC c/6-8h. Decúbito lateral.	Hioscina 20 mg IV/SC c/6-8h. Explique a la familia: no es asfixia.

4. PACIENTE EXPECTANTE (NEGRO)

Clasificar expectante no es abandonar. Asigne un acompañante fijo. Zona con sombra, mantas, familia presente. Morfina IV/SC c/15-30 min hasta confort. Midazolam 0,05-0,1 mg/kg (adulto 2,5-5 mg) si sufrimiento persistente. Humedezca la boca. Reevalúe la categoría al llegar recursos. Registre todo. Al morir: cubra con respeto, no retire pertenencias, identifique el cuerpo, hora de muerte.

5. MALAS NOTICIAS EN 6 PASOS (SPIKES)

1. Entorno mínimo: aparte, al nivel de la persona, sin guantes sucios, confirme con quién habla. 2. Qué saben ya. 3. Anuncie: tengo una noticia muy difícil. 4. Una frase clara con la palabra murió. Silencio. 5. Responda a la emoción: nombre, valide, acompañe. No más datos técnicos sobre el llanto. 6. Pasos concretos: dónde, quién, cuándo, con quién quedan. Muerte de un niño: use su nombre, permita cargarlo, diga explícito que no estuvo solo ni con dolor. Desaparecidos: ni promesas ni sentencias, informe qué se sabe y cuándo habrá actualización.

6. PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS: OBSERVAR, ESCUCHAR, CONECTAR

Observe: seguridad, necesidades básicas, personas desbordadas y vulnerables. Escuche: preséntese, pregunte qué necesita (no qué pasó), no fuerce el relato, valide, guíe respiración lenta si está desbordado. Conecte: agua, abrigo, reunificación familiar, información veraz con horario fijo, servicios. Niños: con sus cuidadores o un adulto estable fijo, verdad simple, rutinas, dejar jugar. Derive a salud mental: riesgo suicida, desorientación grave, no puede cuidarse, síntomas >2-4 semanas. Nunca diga: sea fuerte, no llore, al menos, todo pasa por algo.

7. EL EQUIPO

Relevos cada 12 h máximo. Pausas, agua, comida. Sistema de compañero: vigile a su par, pida su relevo sin estigma. Rote morgue, expectantes y notificaciones. Tras el evento: sueño, poco alcohol, hablar a su ritmo. Ayuda profesional si a las 4 semanas persisten insomnio, imágenes intrusivas, evitación, desesperanza.