

Licenciatura en Enfermería

Manual de urgencias de enfermería

Presenta:

Gladys López Mayo

Edwin Dilbert López Hernández

Nombre completo del docente

Jessica del Carmen Jiménez Méndez

Grado y grupo:

7° LEN-M

Contenido

Objetivo general.....	3
Objetivos específicos.....	3
Introducción.....	4
1.-Concepto de urgencia y emergencia.....	5
2.-Clasificación de la urgencia o emergencia “TRIAGE”.....	11
3.-Concepto de catástrofe y desastre natural.....	17

Objetivo general

El objetivo de urgencias y enfermería es para impulsar a la enfermería hacia un mejor conocimiento y valoración de las situaciones críticas, la actuación de desastres, la adopción de actitudes asistenciales de urgencias-técnicas y medicamentos y su mantenimiento, la rehabilitación de los pacientes y en general cuanto pueda mejorar la capacidad asistencial de la enfermería en beneficio a los pacientes, así como el reconocimiento de un mayor grado de responsabilidad, autonomía, y competencias, incluida la capacidad prescriptora, es importante tener el conocimiento de cada emergencia y sobre todo conocer bien que hacer en cada caso.

Objetivos específicos

- identificar situaciones de riesgo vital o emergencia.
- Identificar situaciones que requieran una atención urgente, asignado la prioridad y ubicando a los pacientes en la zona adecuada, aplicando el protocolo de triage/RAC.
- Detallar las actuaciones de enfermería, realizadas de forma rápida y segura, necesarias ante las necesidades de cuidados que demande la situación del paciente, relacionadas con los problemas de salud que precisan una actuación de urgencia.
- Evaluar los signos y síntomas característicos en las patologías cardiovasculares.
- Clasificar las patologías cardiovasculares más comunes.
- Evaluar signos y síntomas característicos en las patologías respiratorias.
- Clasificar las patologías respiratorias más comunes.
- Evaluar los signos y síntomas característicos en las patologías neurológicas.
- Clasificar las patologías neurológicas más comunes.
- Evaluar los signos y síntomas característicos en las patologías traumatológicas.
- Clasificar las patologías traumatológicas más comunes.

Introducción

Las urgencias hospitalarias surgen cuando los hospitales empiezan a pasar a manos de la administración pública en el siglo XVIII, lo cual provoca un intento de separación de los pacientes según su nivel de gravedad y su tipo de enfermedad; como tales las urgencias médicas aparecen por primera vez en los campos de batalla, a principios del siglo XIX, como una respuesta a la necesidad de una rápida recuperación de los soldados.

Una urgencia se puede definir como todo aquel problema médico-quirúrgico que requiere de atención médica inmediata porque pone en peligro la vida del paciente, es por ello que, en urgencias se da prioridad a situaciones que ponen en riesgo la vida del paciente y el orden de atención a los pacientes, sigue un código de priorización: rojo, amarillo y verde; por esta razón no se atiende conforme llegue el paciente.

Estas urgencias se atienden mediante la función de la organización de cada sistema sanitario, básicamente se dividen en hospitalarios y extrahospitalarios que generalmente las cubren la atención primaria de salud y servicios de ambulancias.

Por ello el presente manual de enfermería de urgencias es un documento en el cual se ha plasmado contenido referente a la actuación del área de enfermería durante eventos de urgencias en los cuales la vida del paciente corre peligro y es necesario la pronta intervención de los enfermeros y enfermeras.

1.-Concepto de urgencia y emergencia

La atención urgente surge cuando se hace necesaria la asistencia inmediata, ya sea: Por accidente. Por la aparición súbita de un cuadro grave. Por empeoramiento de una enfermedad crónica. Para evitar sobrecargas en los servicios hospitalarios de urgencias, por favor acude a éstos servicios sólo en casos de emergencia o cuando sea necesaria atención sanitaria inmediata. La terminología usada en el dominio de la ayuda sanitaria urgente varía, no sólo dentro de nuestro país, sino entre los distintos países de nuestro entorno socioeconómico.

Urgencias

Existen diversos criterios a la hora de definir el concepto de urgencia sanitaria, entre éstos se encuentra el que resume la filosofía que ha servido a la Seguridad Social para establecer los Servicios especiales o normales de Urgencia:

- “Urgencia es toda demanda de asistencia que se produce fuera del horario laboral normal”. Se trata de un criterio eminentemente funcional.
- Las diversas asociaciones sanitarias americanas, a modo de ejemplo, definen urgencia como: “Toda aquella situación que, en opinión del paciente, su familia o quien quiera que asuma la responsabilidad de llevar a un paciente al hospital, requiere una atención sanitaria inmediata”. Se trata de un criterio centrado en la percepción del usuario.
- Comúnmente se acepta que: “Urgencia es toda situación que plantea una amenaza inmediata para la vida o salud de una persona”.

Es decir una urgencia se presenta en aquellas situaciones en las que se precisa atención inmediata.

Tipos de urgencia

Atendiendo a los conceptos expresados sobre las urgencias, podrían hacerse las siguientes distinciones:

- **Urgencia subjetiva:** Está fundada desde la óptica de la víctima y del gran público; surgiendo de criterios que tienen carácter de impresión, tales como el dolor agudo o la hemorragia externa, sin que esos signos pongan necesariamente en peligro la vida o la salud de la persona.

- **Urgencia objetiva** Sería por tanto aquella situación que compromete la vida o la salud de la persona, y que puede ser apreciado por personal sanitario o no sanitario entrenado.
- **Urgencia vital** Forma parte de la urgencia objetiva y es definida como la situación en que, por fallo o compromiso de las funciones vitales respiratorias, circulatorias o cerebrales, existe a corto plazo riesgo de fallecimiento; este concepto hace referencia al término Emergencia.

Clasificación de las urgencias sanitarias

La clasificación que se establece a continuación viene utilizándose en aquellas situaciones en que es preciso atender a un grupo numeroso de personas en un espacio limitado de tiempo y recursos, por lo que la prioridad se establece en función del tiempo disponible para instaurar las medidas terapéuticas.

Emergencia

Una emergencia es una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y que requiere una actuación inmediata. Normalmente estamos frente a una emergencia cuando:

- La persona afectada está inconsciente.
- Se sospecha que ha sufrido un infarto o tiene un paro cardíaco.
- Hay una pérdida abundante de sangre.
- Se sospecha que puede haber huesos rotos.
- Se sospecha que puede haber heridas profundas, por ejemplo, de arma blanca.
Cuando se observan dificultades para respirar.
- Cuando se observan quemaduras severas.
- Cuando se observa una reacción alérgica severa.

Tipos de emergencia

Conato de Emergencia

Es el accidente o posibilidad de riesgo que pueda ser valorado, controlado y dominado de forma sencilla y rápida por el personal y medios del propio Centro. En un conato de emergencia

actuara el E.P.I. correspondiente a la zona y la Brigada General que si lo considera necesario solicitara la ayuda exterior (Bomberos, policia, etc.).

Se ha destacado que la característica fundamental del Conato de Emergencia es que su resolución se hace con los medios disponibles en el lugar donde se produce. Siempre deberá informarse de la situación y de su resolución al responsable del Comité de Catástrofes.

Asimismo se comunicará al Servicio de Mantenimiento que llevará un Registro de todos los conatos de Emergencia sucedidos en el Centro.

(Subir)

Emergencia Parcial

Es el accidente que para ser dominado requiere la actuación de los equipos especiales del Centro y medios de los Servicios Públicos.

Para ser tal, los efectos de la Emergencia Parcial quedarán limitados a un área o zona fácilmente controlable y que, previsiblemente, no afectarán a otras colindantes.

Supuestamente habrá que trasladar pacientes del sector de riesgo a otra zona protegida, por posible efecto de humo o llamas.

En caso de Emergencia Parcial, el Comité de Catástrofes, además de las acciones generales enunciadas anteriormente, realizará las siguientes:

1. Apertura del Plan de Emergencia del Centro.
2. Control de llamadas por centralita telefónica.
3. Asegurar el mantenimiento de las vías de acceso al Hospital expeditas.
4. Cese de determinadas actividades: Urgencia, Bloque Quirúrgico, Suspensión de Consultas, o aceleración de actividades como intervenciones iniciadas, etcétera.
5. Preparar la posible evacuación, según normas que se detallan más adelante.
6. Activación del Equipo de Información, para ello el Servicio de Admisión facilitará listado de los enfermos ingresados en la zona afectada.
7. Preparación del Área de Información a familiares.
8. Preparación de la Oficina de Información a la Prensa.

9. Alerta a los Servicios Centrales y Generales del Hospital:

- Banco de Sangre. Laboratorios
- Plantas de Hospitalización
- Radiología.
- Laboratorios.
- Quirófanos.
- Reanimación.
- Centralita.
- Resto de servicios administrativos

10. Redistribución interna de los Recursos Humanos existentes en el Centro.

11. Habilitación de espacios libres y zonas de seguridad. Necesariamente el Plan de Catástrofes Internas de cada Centro contemplará la existencia de zonas de seguridad en cada Área y la alternativa en caso de que sea ella la afectada.

12. Dar instrucciones para efectuar el cordón de seguridad en torno al Hospital e impedir la entrada de personas ajenas al Hospital.

13. Vigilar que se han tomado las medidas habituales para controlar el siniestro.

14. Suspender el funcionamiento de los ascensores (salvo el declarado para uso de bomberos).

15. Cortar suministros de gases y fluidos, por el Servicio de Mantenimiento, previa consulta y valoración de las zonas afectadas.

Emergencia General

Es el accidente que precisa de la actuación de todos los equipos y medios de protección del Centro sanitario y de la ayuda exterior.

La Emergencia General podrá comportar la evacuación o aislamiento de determinadas áreas del Hospital y el traslado de pacientes.

El Comité de Catástrofes desarrollará las acciones enunciadas en la Emergencia Parcial y además las siguientes:

1. A propuesta de los Bomberos, pondrá en marcha la Evacuación parcial o total del Hospital.

2. Dará las instrucciones oportunas para la Localización y Movilización del Personal que, en virtud de su horario, no se encuentren físicamente en el Centro.

La movilización del Personal Facultativo se hará de forma selectiva en virtud de las dimensiones del siniestro y el área afectada. El Comité de Catástrofes decidirá su número para la atención de enfermos evacuados y la posibilidad de dar altas. La Dirección Médica deberá tener previsto su propio sistema de localización del Personal Facultativo.

Los criterios para la movilización del Personal de Enfermería están en función de su adscripción al área afectada, sobre todo por el conocimiento de los enfermos y la continuación de cuidados en el área donde han sido evacuados. Cada unidad de Enfermería tendrá establecido su propio sistema de localización de personal fuera de servicio. Es recomendable que inicialmente sea movilizad el turno siguiente de trabajo a aquel en que se produce la catástrofe. Asimismo se organizará un sistema de relevo para garantizar el necesario descanso.

La Jefatura de Personal Subalterno tendrá establecida la movilización de Celadores, con criterios generales similares a los descritos para el Personal de Enfermería.

El Servicio de Mantenimiento igualmente tendrá que prever la movilización del personal de Mantenimiento de tal forma que se garanticen las necesidades adicionales de oxígeno, puntos de luz, etcétera.

La Dirección de Gestión tendrá su propio sistema preestablecido de movilización de Personal Auxiliar Administrativo.

El sistema de localización será telefónico, siendo por ello necesario que el primer lugar a reforzar sea la Centralita telefónica. Es recomendable que todos los teléfonos de personal estén en lugar accesible a cualquier hora del día. El lugar más adecuado será la Centralita telefónica o el Centro de Mando que designe el Hospital. En todo caso se dispondrá del adecuado sistema de custodia, para garantizar que el acceso a dichos datos quede restringido al Responsable del Comité de Catástrofes y sólo en circunstancias especiales justificadas.

Es recomendable igualmente que en los Hospitales exista una posible alternativa a la Central Telefónica, por si el siniestro le afectase directamente. La sustitución podría venir por teléfonos "punto-punto" o emisoras de radio, para cuyo emplazamiento se recomienda, el lugar elegido como Centro de Mando o el Área de Urgencias.

3. Aunque el Hospital deberá continuar atendiendo a las Urgencias vitales, el Comité de Catástrofes dará orden de desviar a aquellos pacientes que lleguen a Urgencias y que estén en condiciones clínicas que permitan su derivación a otro Centro sanitario previamente designado.
4. Evaluar la necesidad de Expansión del Hospital. Para ello el Hospital deberá contar previamente con determinadas zonas de seguridad que puedan ser utilizadas para su posible expansión. Igualmente se contemplará la utilización de zonas adyacentes a éstas.

Es recomendable que la Comisión de Catástrofes del Centro, en su Plan de Catástrofes Internas, incluya una Guía de Zonas Contiguas de Seguridad y Expansión. Es un hecho constante en los centros, la carencia de espacios, y la utilización máxima que se hace de éstos, tanto para la colocación de despachos como de instalaciones, pero se ha de ser muy consciente de que su ocupación no limite o excluya los mínimos niveles de seguridad a los que todos los profesionales y usuarios del Centro tienen derecho. Por ello es recomendable que ante la utilización de un lugar aparentemente sin función se analice las consecuencias, desde el punto de vista de la seguridad por si ello pudiera representar un obstáculo en el traslado o evacuación de pacientes.

Igualmente la elaboración de esta Guía de zonas contiguas de seguridad y expansión contribuirá a valorar, si existen elementos en la actualidad que por razones estéticas o funcionales limitan o impiden una rápida y eficaz evacuación.

En todo caso, el Comité de Catástrofes se supeditará a la decisión de los Bomberos para la evacuación de pacientes, cuya metodología deberá estar adecuadamente sistematizada (Ver apartado específico).

2.-Clasificación de la urgencia o emergencia “TRIAGE”

Triage es el ámbito de la medicina para **clasificar** a los pacientes de acuerdo a la **urgencia** de la atención. También denominado **triaje**, se trata de un método que permite **organizar la atención de las personas según los recursos existentes y las necesidades de los individuos**.

OBJETIVOS.

- Actuación lo más rápida posible en el lugar de los hechos.
- Clasificación y atención a los heridos más graves, que morirían en los primeros momentos (vía aérea, hemorragias, dificultades respiratorias), de no ser rápidamente atendidos con maniobras rápidas y sencillas.
- Documentar a las víctimas (datos de filiación, lesiones, prioridad, atención recibida).
- Control del flujo y distribución de las víctimas.
- Aplicación de medidas diagnósticas y terapéuticas si procede.
- Discernir rápidamente entre pacientes críticos y pacientes que no lo son (amenazas para la vida son hemorragia, asfixia y shock.).
- A la hora de priorizar se considera que el salvar la vida tiene preferencia sobre salvar el miembro, y la función sobre el defecto anatómico.

El triage es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo.

La Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social estipuló cinco categorías de triage, con la salvedad que los tiempos establecidos de atención no aplicarán en situaciones de emergencia o desastre con múltiples víctimas, que se describen a continuación:

Triage I: requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

Triage II: la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

Triage III: la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

Triage IV: el paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.

Triage V: el paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.



NIVEL DE URGENCIA	TIPO DE URGENCIA	COLOR	TIEMPO DE ESPERA
1	RESUCITACION	ROJO	ATENCION DE FORMA INMEDIATA
2	EMERGENCIA	NARANJA	15 - 30 MINUTOS
3	URGENCIA	AMARILLO	30 - 60 MINUTOS
4	URGENCIA MENOR	VERDE	2 HORAS
5	SIN URGENCIA	AZUL	4 HORAS

* **Nivel 1 (rojo):** el paciente necesita atención inmediata, ya que su estado es verdaderamente crítico;

* **Nivel 2 (anaranjado)**: si bien un cuadro de nivel 2 también es de considerable gravedad, se determinó que la persona puede esperar hasta 10 minutos antes de ser atendida por un médico;

* **Nivel 3 (amarillo)**: los casos de nivel 3 son urgentes y con riesgo vital, pero los pacientes pueden aguardar hasta una hora para recibir la atención profesional;

* **Nivel 4 (verde)**: la demora por parte de los médicos puede llegar a las dos horas;

* **Nivel 5 (azul)**: es el cuadro de menor gravedad dentro de esta clasificación. El límite de tiempo que los pacientes pueden quedar en lista de espera es de cuatro horas.

- En ninguna circunstancia el *triage* podrá ser empleado como un mecanismo para la negación de la atención de urgencias.
- El proceso de verificación de derechos de los usuarios, será posterior a la realización del *triage* y en consecuencia, el *triage* debe ser realizado a la llegada del paciente al servicio de urgencias.
- Los prestadores de servicios de salud deberán proporcionar la información adecuada a los pacientes y acompañantes sobre los recursos iniciales a emplear y los tiempos promedio en que serán atendidos.
- Para las categorías IV y V del *triage*, es fundamental que las entidades responsables del pago de los servicios de salud en conjunto con sus redes de prestadores de servicios de salud y de forma articulada con las entidades territoriales de salud, adelanten estrategias que garanticen y mejoren la oportunidad para el acceso a los servicios conexos a la atención de urgencias, entre ellos, consulta externa, general, especializada y prioritaria, así como los servicios de apoyo diagnóstico, entre otros.

Esta clasificación también se utiliza en el campo de batalla, y para completarla es necesario agregar dos colores, que pueden encontrarse uno en cada extremo de la lista: el **blanco**, que representa a las personas fallecidas en la catástrofe; el **negro**, para describir a aquellos pacientes cuyas probabilidades de recuperación son demasiado bajas. Algunos triajes asocian este último cuadro con la *agonía*. En cualquier caso, tanto el blanco como el negro indican que el centro de salud no les destinará ningún recurso, y por eso no suelen formar parte de los carteles informativos que aparecen en las salas de emergencias.

Los colores deben ser visibles, bien con tarjetas que se cuelgan a las víctimas o bien coloreando frente o zonas visibles de estas con rotuladores (según los medios disponibles se podrán usar pinzas de colores etc...). Una opción válida para la adjudicación de los colores y de fácil aplicación sería la siguiente:

- La primera ayuda que llegue a la zona del incidente debe indicar a las víctimas que se trasladen a una zona cercana, fuera de peligro y previamente señalizada (árbol, poste, banderín, etc.), sin forzar a nadie.
- a los que puedan desplazarse sin ayuda se les asignará código VERDE
- posterior e inmediatamente se procederá a la clasificación de las víctimas que no han podido desplazarse, no empleando más tiempo del necesario. Esta clasificación se hará teniendo en cuenta: la respiración (B), la circulación (C) y el estado mental de las víctimas (N).

(B)- RESPIRACIÓN.

- Si no respira espontáneamente o tras abrir la vía aérea → Negro o Gris
- Si respira espontáneamente o tras abrir vía aérea (tener presente la maniobra frentementón)→ ROJO
- Si el equipo que acude en primer lugar está suficientemente cualificado determinará frecuencia respiratoria y si ésta es > de 30→ ROJO y si < de 30 → pasar a (C).

(C)- CIRCULACIÓN

Si el equipo no está cualificado comprobaremos signos indirectos de circulación, como movimientos (dedos, lengua, etc.) Si por el contrario, el equipo está cualificado valorará pulso carotideo durante no menos de 5 segundos y:

- si es débil y/o irregular→ROJO
- si es fuerte→PASAR A (N)
- si no hay pulso→NEGRO O GRIS
- Si existiese hemorragia deberemos taponar el punto de salida, bien por el propio enfermo o con algún lesionado de código verde si fuese posible (nunca por el propio evaluador).

(N)-ESTADO NEUROLÓGICO

Se valorará la obediencia a órdenes sencillas y concretas como por ejemplo: mueve tal miembro o tal otro, abre y cierra los ojos, aprieta las manos, etc. Y

- Si obedece→AMARILLO
- No obedece→ROJO

En situaciones óptimas de poder hacer un segundo triage, se reevaluará a los lesionados, dedicando más tiempo y ayudándonos de un mínimo aparataje (tensiómetro, pulsioxímetro, etc.)

En una 2ª reevaluación, ó incluso 1ª si se dispone de personal suficiente y experimentado, nos valdremos de los siguientes parámetros para tener unos índices pronósticos:

- Escala de Glasgow (ver tabla)
- Tensión arterial sistólica
- Frecuencia respiratoria
- Expansión pulmonar
- Tiempos de relleno capilar

Estos 5 parámetros son conocidos como RTS (Revised Trauma Score) descritos por Champion y cols. Son rápidos, funcionales y de un alto valor predictivo sobre las víctimas de un siniestro con múltiples víctimas.

Una vez evaluada y clasificada una víctima deberemos proceder al control de la vía aérea en víctimas inconscientes (apertura y colocación de un tubo orofaríngeo), mantenimiento de la integridad de la columna cervical (mediante el empleo de collarines, salvo en víctimas con heridas penetrantes en cabeza o cuello), así como el control de las hemorragias (mediante presión y torniquetes si procede).

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
PARÁMETRO	DESCRIPCIÓN	VALOR
ABERTURA OCULAR	ESPONTÁNEA	4
	VOZ	3
	DOLOR	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	INAPROPIADA	3
	SONIDOS	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA MOTRIZ	OBEDECE	6
	LOCALIZA	5
	RETIRADA	4
	FLEXIÓN	3
	EXTENSIÓN	2
	NINGUNA	1

3.-Concepto de catástrofe y desastre natural

Catástrofe

es evento extremo, de origen natural o humano, que al afectar a un lugar en un momento dado puede causar daños y perturbaciones tales que desencadenen un proceso de desastre. los conceptos “catástrofe” (en inglés habitualmente hazard) y “desastre”, aunque suelen confundirse en el lenguaje coloquial, tienen significados diferentes. la catástrofe es un acontecimiento que, en un contexto preexistente de vulnerabilidad, puede actuar como desencadenante de un desastre, esto es, de un proceso de fuerte crisis y desestructuración socioeconómica con graves consecuencias en diversos planos (hambruna, miseria, epidemias, éxodo, etc.).

la gravedad y el tipo de impacto que ocasiona el desastre depende, por supuesto, de la intensidad y características de la catástrofe que lo haya originado, pero tanto o más del grado de vulnerabilidad al que estuviera sometida la población afectada. las catástrofes admiten básicamente dos clasificaciones.

en primer lugar, pueden ser naturales, como los huracanes y erupciones volcánicas; o humanas, como los conflictos armados, los accidentes nucleares o la mayoría de los incendios. es preciso señalar, sin embargo, que desde los años 70 se ha extendido la conciencia de que muchas de las denominadas calamidades naturales no lo son tanto, sino que constituyen fenómenos vinculados al sistema social y favorecidas por la acción humana. sería el caso de las inundaciones derivadas de la excesiva urbanización de las cuencas fluviales, o las sequías propiciadas por la deforestación y el calentamiento global. a su vez, algunas de las catástrofes humanas (como un escape radioactivo) puede ser alterado por factores naturales tales como la dirección y velocidad del viento. en definitiva, la frontera entre lo natural y lo humano en las catástrofes es difusa, y todas tienen parte de ambos componentes.

en segundo lugar, las catástrofes pueden ser de gestación lenta, como las sequías, o de irrupción repentina, como los terremotos o las inundaciones. este aspecto es muy importante, ya que condiciona el tipo de ayuda humanitaria que se necesita proporcionar. las sequías, por ejemplo, pueden tardar un largo período de tiempo, probablemente dos o más años, en desencadenar el desastre, lo cual permite la anticipación de éste mediante los sistemas de alerta temprana, así como la implementación de intervenciones bien planificadas, que cuenten con la participación de la población local a través de enfoques como el diagnóstico rural participativo, y que persigan la vinculación emergencia-desarrollo. sin embargo, en el caso de

las catástrofes súbitas, la premura de tiempo dificulta seriamente todos esos aspectos, y hace prioritario, al menos en un primer momento, el despliegue de medios logísticos que garanticen una ayuda rápida para la subsistencia de las víctimas (ver acción humanitaria: concepto y evolución).

Desastres naturales

Se consideran desastres naturales a los fenómenos que no son producidos por la acción directa del hombre. Se clasifican en:

- Meteorológicos. • Ciclones y huracanes tropicales. • Inundaciones. • Sequía. • Tormentas locales severas (eléctricas, tornados, trombas marinas, granizos). • Tormentas de polvo. • Borrascas. Geomorfológicos- Geológicos. • Terremotos y tsunamis. • Erupciones volcánicas. • Avalanchas de nieve. • Glaciales. • Hundimientos. • Contaminación del agua. • Quema de carbón. • Erosión costera. Ecológicos. • Malas cosechas. • Plagas de insectos. • Declive de arrecifes de coral.
- Medio ambiente. • Lluvia ácida. • Atmosféricos. • Contaminación. • Efecto invernadero. • Aumento del nivel del mar. • Efecto del fenómeno “El Niño”. • Descenso de la capa de ozono.
- Extraterrestres. • Impacto asteroide. • Aurora boreal.

De todos los anteriores podemos resumir que los ciclones tropicales, las intensas lluvias, las penetraciones del mar, las tormentas locales severas y las intensas sequías son las que históricamente más han afectado nuestro país.