
Establecimiento de un Sistema de Atención de Víctimas en Masa



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Publicado también en inglés con el título *Establishing a Mass Casualty Management System*

© Organización Panamericana de la Salud, 1996.

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir en todo o en parte esta publicación. Toda consulta deberá dirigirse al Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, Organización Panamericana de la Salud, 525 23rd St., N.W., Washington, D.C. 20037, EE.UU.; telefax: (202) 775-4578; Internet: disaster@paho.org.

PREFACIO

Cuando ocurre un accidente o un desastre que ocasiona un gran número de lesionados, la primera asistencia de emergencia proviene de las comunidades más cercanas al lugar del incidente. Durante los últimos 20 años, América Latina y el Caribe han puesto especial atención en la capacitación de personal de emergencia para el triaje y la provisión de primeros auxilios, ya sea en el lugar donde se produjo el accidente o el desastre, o en el hospital. Actualmente se conocen en toda la Región los métodos de clasificación de las víctimas, y este proceso ha probado ser el medio más eficaz para lograr la supervivencia de los heridos cuando se producen víctimas en masa. Sin embargo, todavía persisten serios problemas en el proceso de coordinación, particularmente en zonas remotas o de limitados recursos.

Se han perdido muchas vidas en situaciones de víctimas en masa porque no se movilizaron eficientemente los recursos. El reto que enfrentamos es: cuanto más escasos los recursos, más eficiente debe ser la organización. En esta publicación se describen los pasos que deben seguirse para diseñar un sistema de atención de víctimas en masa a efectos de lograr la tasa más alta posible de supervivencia. El sistema se centra en la participación de la policía, los bomberos, los voluntarios de la Cruz Roja y el personal de los centros de salud y de los hospitales. Si estos profesionales forman parte de la estructura que en esta publicación denominamos como “sistema” de atención de víctimas en masa, ello contribuirá positivamente a salvar vidas.

Esperamos que esta publicación proporcione información de utilidad a quienes tengan que dirigir una operación con posterioridad a un desastre y a los profesionales de la atención de salud para establecer o revisar los sistemas de atención de heridos en masa que emplean actualmente.

George A. O. Alleyne
Director,
Organización Panamericana de la Salud

ÍNDICE

PREFACIO	iii
AGRADECIMIENTOS	vi
1. INTRODUCCIÓN	1
A. DIFERENTES ENFOQUES PARA AFRONTAR LOS SINIESTROS CON VÍCTIMAS EN MASA	1
1. <i>Enfoque básico</i>	1
2. <i>Enfoque clásico de la atención</i>	1
3. <i>Atención de víctimas en masa</i>	1
B. PROBLEMAS PARA IMPLEMENTAR UN SISTEMA DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS EN MASA	1
1. <i>Limitación de recursos humanos</i>	1
2. <i>Limitación de recursos materiales</i>	2
3. <i>Comunicaciones deficientes</i>	2
C. OBJETIVOS DE ESTE MANUAL	2
2. DEFINICIONES	3
1. <i>Evento con víctimas en masa</i>	3
2. <i>Servicios de emergencia</i>	3
3. <i>Servicios de atención de salud</i>	3
4. <i>Atención de víctimas en masa</i>	3
5. <i>Sistema de atención de víctimas en masa</i>	3
6. <i>Cadena de socorros</i>	3
3. ACTIVIDADES EN EL LUGAR DEL SINIESTRO	6
A. DEFINICIÓN	6
B. ORGANIZACIÓN EN EL FOCO DEL SINIESTRO	6
1. <i>Proceso de alerta</i>	6
2. <i>Preidentificación de áreas de trabajo</i>	7
3. <i>Seguridad</i>	7
4. <i>Medidas de vigilancia</i>	9
5. <i>Puesto de mando</i>	9
C. ATENCIÓN DE LAS VÍCTIMAS	13
1. <i>Búsqueda y rescate</i>	13
2. <i>Atención en el lugar del siniestro</i>	13
3. <i>Centro de coordinación de la evacuación</i>	27
D. PLAN DE ACTIVIDADES EN EL LUGAR DEL SINIESTRO	27
4. ORGANIZACIÓN DEL TRASLADO	29
A. DEFINICIÓN	29
B. PREPARACIÓN PARA LA EVACUACIÓN	29
1. <i>Procedimientos generales</i>	29
2. <i>Preparación para el transporte</i>	29
C. PROCEDIMIENTOS DE EVACUACIÓN	30
1. <i>Regulación de la evacuación</i>	30
2. <i>Control del flujo de víctimas</i>	30

D.	EVACUACIÓN DE LAS VÍCTIMAS NO AGUDAS	32
E.	ESTUDIO DE CASO	32
5.	ORGANIZACIÓN EN EL HOSPITAL	35
A.	INTRODUCCIÓN	35
B.	ACTIVACIÓN DEL PLAN HOSPITALARIO PARA ATENCIÓN DE DEMANDA MASIVA	35
	1. <i>Proceso de alerta</i>	35
	2. <i>Movilización</i>	35
	3. <i>Puesto de mando del hospital</i>	36
	4. <i>Preparación para recibir las víctimas</i>	37
	5. <i>Cálculo de la capacidad de atención del hospital</i>	37
C.	RECEPCIÓN DE LAS VÍCTIMAS	37
	1. <i>Ubicación</i>	37
	2. <i>Personal</i>	39
	3. <i>Enlaces con el lugar del siniestro</i>	39
D.	ÁREAS DE TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL	39
	1. <i>Área de tratamiento roja</i>	39
	2. <i>Área de tratamiento amarilla</i>	39
	3. <i>Área de tratamiento verde</i>	39
	4. <i>Área de víctimas sin esperanza de supervivencia</i>	39
	5. <i>Área de fallecidos</i>	39
E.	EVACUACIÓN SECUNDARIA	41
F.	ESTUDIO DE CASO (continuación)	41
G.	ESQUEMA GENERAL DEL MANEJO EN EL HOSPITAL	41
6.	PLAN NACIONAL DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS EN MASA	43
A.	RESPUESTA NACIONAL A SINIESTROS CON DEMANDA MASIVA	43
B.	RESPUESTA DISTRITAL A SINIESTROS CON VÍCTIMAS EN MASA	43
7.	ASISTENCIA DE ZONAS O PAÍSES VECINOS	44
A.	MOVILIZACIÓN	44
B.	INTEGRACIÓN DEL PERSONAL EXTRANJERO	44
8.	IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS EN MASA	45
A.	FASE 1: ADOPCIÓN DEL SISTEMA COMO POLÍTICA NACIONAL	45
B.	FASE 2: SENSIBILIZACIÓN	45
	1. <i>Consulta nacional</i>	45
	2. <i>Consulta sectorial</i>	45
	3. <i>Consulta multisectorial</i>	45
	4. <i>Sensibilización de las comunidades</i>	45
C.	FASE 3: CAPACITACIÓN	46
D.	INSTITUCIONALIZACIÓN DEL SISTEMA	46
	1. <i>Ley nacional de emergencias</i>	46
	2. <i>Descripción de puestos</i>	46
	3. <i>Capacitación</i>	46
E.	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS EN MASA	46
	ANEXO 1. Tarjetas de funciones	49
	ANEXO 2. Perfiles de puestos	55
	BIBLIOGRAFÍA	58

AGRADECIMIENTOS

La Organización Panamericana de la Salud agradece al autor principal de esta publicación, el Dr. Jean Louis Bordonado, quien trabajó en colaboración con los Dres. Carissa Etienne, Michael Brown y Jean-Luc Poncelet. Se manifiesta asimismo agradecimiento a los Dres. Winsome Segree, Roslyn Bascombe-Adams, Carlos Bonilla, Robert Margulies, Raana P. Naidu y Jorge Grande por la revisión de las versiones preliminares de esta publicación y sus valiosos comentarios. Se extiende un agradecimiento especial al Dr. Nelson Raúl Morales Soto, quien además de revisar las versiones preliminares, adaptó y revisó la versión en español.

Esta publicación se hizo posible gracias al apoyo financiero del Ministerio Francés de Cooperación y Asuntos Culturales y la Administración de Desarrollo de Ultramar del Reino Unido.

1. INTRODUCCIÓN

A. DIFERENTES ENFOQUES PARA AFRONTAR LOS SINIESTROS CON VÍCTIMAS EN MASA

1. Enfoque Básico

Cuando se produce un accidente, lo que comúnmente se hace es recoger a las víctimas y llevarlas de inmediato a un lugar donde puedan recibir atención médica. Este enfoque no requiere ninguna capacidad técnica específica de los encargados del salvamento. Si bien puede emplearse cuando se trate de un número reducido de víctimas en ciertas circunstancias (por ejemplo, cuando el accidente ocurre en la proximidad inmediata de una entidad de servicios de atención médica de urgencias), si se aplica en una situación donde el número de heridos es masivo lo único que se hace es trasladar el problema del lugar del incidente al hospital, sobrecargando y trastornando así la capacidad de atención del establecimiento de salud.

2. Enfoque Clásico de la Atención

En el enfoque clásico, se adiestra a las primeras personas que llegan al lugar del incidente para que efectúen el triaje básico en las víctimas y les proporcionen atención en el lugar mismo antes de evacuarlas al establecimiento de atención de salud más cercano.

Al adoptar este enfoque se yuxtaponen dos organizaciones que funcionan independientemente y con vínculos muy débiles entre ellas:

- *La organización en el lugar del incidente* (en la que a menudo participan

personas que responden al hecho sin pertenecer al sector de la salud), y

- *La organización receptora de atención de salud*, que suele estar totalmente desvinculada del problema prehospitalario.

En una situación con víctimas en masa, este enfoque conduce rápidamente al caos.

3. Atención de Víctimas en Masa

El enfoque más sofisticado para la atención de las víctimas en masa incluye procedimientos preestablecidos para la movilización de recursos, actividades en el lugar del siniestro y recepción en los hospitales. Se basa en el adiestramiento específico del personal de respuesta en sus diversos niveles e incorpora enlaces entre el lugar del incidente y las instalaciones asistenciales de salud mediante un puesto de mando. En este enfoque se reconoce la necesidad de una respuesta multisectorial para el triaje, la estabilización de las víctimas en foco y su evacuación a establecimientos asistenciales adaptados para ello. El desarrollo de este enfoque se basó en la disponibilidad de una gran cantidad de recursos humanos y materiales (“recursos humanos y equipamiento adecuados”).

Es posible que al intentar repetir este enfoque en un país con recursos limitados no se obtenga el nivel esperado de eficacia, en cuyo caso será menester adaptarlo en función de los problemas coyunturales específicos del país.

B. PROBLEMAS PARA IMPLEMENTAR UN SISTEMA DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS EN MASA

1. Limitación de Recursos Humanos

Un país con volumen limitado de recursos humanos experimentará dificultades para desarrollar, adiestrar y conservar personal especializado. Si el personal de planta está permanentemente ocupado en cumplir actividades cotidianas, será difícil establecer un sistema de atención de víctimas en masa con personal exclusivamente destinado a situaciones de emergencia. Por consiguiente, deberán implementar modelos sencillos de organización o se verán obligados a “importar” modelos de organización difíciles de adaptar.

2. Limitación de Recursos Materiales

- 1) Un solo hospital de 2o. o 3r. nivel en la zona
- 2) Recursos mínimos de transporte (ambulancias)
- 3) Falta de radiocomunicaciones

Estas tres condiciones son obstáculos para referir de manera expedita y bien coordinada a las víctimas en masa a los diversos establecimientos asistenciales. Los encargados del rescate no tendrán otra alternativa que llevar a todas las víctimas al único hospital disponible, lo que puede sobrecargar el sistema de asistencia sanitaria.

3. Comunicaciones Deficientes

Topografía

La topografía de la zona puede obstaculizar el acceso al lugar del siniestro. La evacuación por tierra de las víctimas es difícil en las zonas montañosas, sobre todo en los países en desarrollo, y esto retrasa la llegada de las víctimas a los establecimientos de salud. Además, el transporte en condiciones difíciles tiene repercusiones negativas en el estado de los pacientes.

Por último, ciertos tipos de topografía presentan problemas para las radiocomunica-

ciones, factor básico para la organización del socorro.

Aislamiento

Es difícil para la asistencia externa acceder a zonas aisladas, ya sea que la causa del aislamiento sea permanente (por ejemplo, islas, zonas montañosas remotas o asentamientos en zonas boscosas) o temporal (inundaciones, avalanchas, nevadas o puentes destruidos).

El plan de respuesta en casos de desastre en estas zonas debe considerar el hecho de que las víctimas pueden permanecer aisladas durante períodos prolongados. Es menester incluir esta dimensión en cualquier enfoque de atención de víctimas en masa.

C. OBJETIVOS DE ESTE MANUAL

Está sobrentendido que “los problemas específicos requieren soluciones específicas”. Cuando los recursos son limitados, como ya se señaló, deberá adoptarse un enfoque de atención de víctimas en masa que contemple las limitaciones impuestas por las circunstancias. La organización que se establezca debe facilitar la transición entre los procedimientos cotidianos de socorro y la atención de la demanda masiva, aprovechando al máximo los recursos disponibles. La articulación de los componentes en un todo organizado para lograr una meta concreta es lo que constituye un Sistema de Atención de Víctimas en Masa.

El objetivo de este manual es proporcionar las directrices necesarias para ayudar al personal de emergencia a establecer un sistema de atención de víctimas en masa basado en:

- Servicios cotidianos de emergencia satisfactorios
- Procedimientos adecuados para la coordinación diaria
- Transición rápida y eficaz entre los procedimientos corrientes y la atención de la demanda masiva
- Procedimientos bien establecidos para la atención de víctimas en masa.

2. DEFINICIONES

A. DEFINICIONES

1. Evento con Víctimas en Masa

Aquel que resulta en un número de víctimas suficientemente elevado como para alterar el curso normal de los servicios de emergencia y de atención de salud.

2. Servicios de Emergencia

Son los servicios destinados específicamente a responder de manera cotidiana a situaciones de emergencia: Policía, Cuerpo de bomberos, agencias de rescate y socorros, Servicios de ambulancias, Departamento de Urgencias ("Emergencias") de los hospitales, entre otros.

3. Servicios de Atención de Salud

Son todos los servicios destinados a prestar atención de salud a cualquier tipo de pacientes: Hospitales, Policlínicos, Centros o Consultorios de salud, Servicios de ambulancias, etc. En muchos países estos servicios están regulados por el Ministerio de Salud.

4. Atención de Víctimas en Masa

Es la dirigida a las víctimas de un evento con un saldo numeroso de heridos con el objeto de reducir al mínimo las discapacidades y la pérdida de vidas.

5. Sistema de Atención de Víctimas en Masa

Se refiere al grupo de unidades, organizaciones y sectores que funcionan conjuntamente, aplicando procedimientos institucionalizados, para reducir al mínimo las

discapacidades y la pérdida de vidas ocasionadas en siniestros que generan demanda masiva mediante la utilización eficaz de todos los recursos existentes.

El sistema se basa en:

- Procedimientos preestablecidos, que deben emplearse en las situaciones diarias de emergencia y adaptarse para responder a incidentes de grandes proporciones
- Aprovechamiento al máximo de los recursos existentes
- Preparación y respuesta multisectoriales
- Estricta coordinación, preplanificada y probada.

Este sistema se establece para:

- Agilizar y ampliar los procedimientos cotidianos para aprovechar al máximo los recursos existentes
- Establecer una cadena de socorros multisectorial bien coordinada
- Restablecer con prontitud y eficiencia las operaciones normales de los servicios de emergencia y atención de salud tras el disturbio originado por el siniestro.

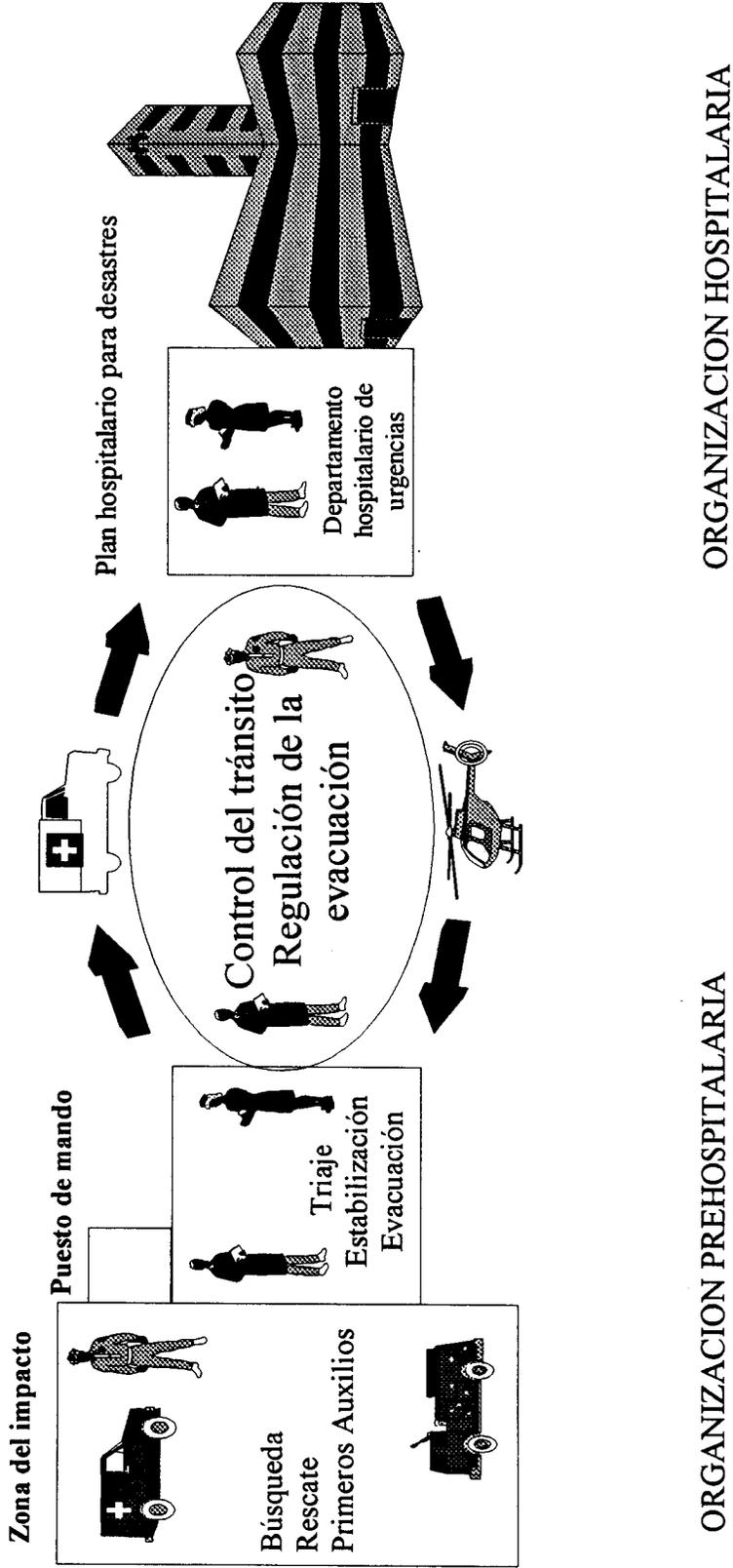
6. Cadena de Socorros

La Cadena de Socorros, factor primordial del Sistema de Atención de Víctimas en Masa, está integrada por el Ministerio de Salud, hospitales privados, policía, bomberos, ONG, los servicios de transporte y las comunicaciones (véase la figura 1).

Esta cadena comienza en el lugar donde se produjo el siniestro (con actividades tales como evaluación inicial, comando y control,

FIGURA 1. SISTEMA DE ATENCION DE VICTIMAS EN MASA

Cadena de Socorro Multisectorial



ORGANIZACION PREHOSPITALARIA

ORGANIZACION HOSPITALARIA

búsqueda y rescate, atención en foco), continúa con el traslado de las víctimas a establecimientos preparados (empleando procedimientos para dirigir la evacuación y coordinar la utilización de las ambulancias), pasa por la recepción de los hospitales (con la activación del plan hospitalario para desastres) y concluye sólo cuando las víctimas han recibido toda la atención de urgencia requerida para su estabilización.

Para poner en marcha esta Cadena de Socorros se requiere los siguientes componentes:

- Un Departamento hospitalario de Urgencias eficiente
- Una red básica de radiocomunicaciones
- Procedimientos de coordinación entre los sectores participantes
- Brigadas multisectoriales de socorro bien adiestradas.

En toda cadena, la resistencia y la fiabilidad del sistema dependen de cada eslabón, la falla de uno de ellos comprometerá la integridad del sistema.

3. ACTIVIDADES EN EL LUGAR DEL SINIESTRO

A. DEFINICIÓN

Las actividades que se realizan en el lugar del siniestro abarcan los procedimientos empleados para organizar la zona de desastre a fin de facilitar la atención de las víctimas.

B. ORGANIZACIÓN EN EL FOCO DEL SINIESTRO

1. Proceso de Alerta

1.1 Definición

El proceso de alerta es una secuencia de actividades ejecutadas para lograr la movilización eficaz de los recursos adecuados. Esto incluye la advertencia inicial, la evaluación de la situación y la difusión del mensaje de alerta.

1.2 Propósitos

- Confirmar la advertencia inicial
- Evaluar la magnitud del problema
- Asegurar que los recursos apropiados sean informados y movilizados.

1.3 Centro de comunicaciones

El núcleo del proceso de alerta es el centro de comunicaciones, el cual recibe todos los mensajes de advertencia y está conectado por radio y por teléfono a todos los servicios que se encargan de la atención en casos de emergencia.

El centro de comunicaciones debe tener la capacidad de movilizar una pequeña brigada de evaluación ("brigada móvil"), integrada por personal de policía, bomberos o de servi-

cios de ambulancias, a efectos de confirmar un mensaje de advertencia cuando sea necesario.

1.4 Confirmación de la advertencia inicial

1.4.1 Mensaje de advertencia del público

Este mensaje, emitido por un observador cualquiera, debe ser confirmado ya sea llamándolo tan pronto cuelgue el teléfono o bien al recibir un segundo mensaje idéntico de otra fuente.

Si no es posible hacer esto de inmediato, el centro de comunicaciones debe enviar una "brigada móvil" al lugar de los hechos, y al mismo tiempo alertar a las personas que posiblemente tengan que intervenir (proceso de alerta en espera de nuevas órdenes).

1.4.2 Mensaje de advertencia de un observador calificado

Tan pronto se reciba un mensaje de una persona que esté trabajando en servicios de emergencia y tenga experiencia en cómo efectuar una evaluación inicial, podrán despacharse de inmediato los recursos adecuados.

1.5 Evaluación inicial

1.5.1 Definición

La evaluación inicial es el procedimiento empleado para identificar la magnitud inmediata y el riesgo potencial del problema.

1.5.2 Propósito

- Saber exactamente qué está ocurriendo y qué podría suceder

- Movilizar los recursos adecuados
- Organizar correctamente las actividades en el lugar del siniestro.

1.5.3 Personal

La primera persona que acuda al lugar de los hechos y que esté adiestrada para efectuar una evaluación inicial puede encargarse de este procedimiento.

1.5.4 Necesidad

En todo accidente es menester una evaluación inicial. Los siniestros de grandes proporciones requieren una evaluación inicial inmediata.

1.5.5 Método

La evaluación inicial es una secuencia de actividades encaminadas a obtener la siguiente información:

- Ubicación precisa del evento
- Hora en que se produjo
- Tipo de incidente
- Número estimado de víctimas
- Riesgo potencial
- Población expuesta

1.6 Informe al nivel central

La evaluación inicial debe notificarse de inmediato al centro de comunicaciones antes de tomar cualquier otra medida. Si las primeras personas que llegan al lugar del siniestro comienzan a intervenir antes de notificar el incidente, se retrasará la movilización de los recursos o podría perderse información de importancia crucial si llegasen a quedar atrapadas en otro accidente.

1.7 Divulgación de la información

Tan pronto como se confirme el mensaje de advertencia, el centro de comunicaciones emitirá el mensaje de alerta para movilizar los recursos necesarios e informar a personas e instituciones específicas.

Este mensaje de alerta debe circularse rápidamente empleando los procedimientos

preestablecidos, como un sistema de teléfonos en cascada (véase la figura 2).

2. Preidentificación de Áreas de Trabajo

La segunda función de la brigada de evaluación inicial es identificar las áreas que han de establecerse en el lugar del siniestro, a saber:

- Zona del impacto
- Área del Puesto de Mando
- Área del Puesto Médico de Avanzada
- Área de Evacuación
- Área de personalidades y periodistas
- Caminos de acceso

La preidentificación de áreas permite que los diferentes recursos lleguen a sus áreas específicas con rapidez y eficiencia. Esto constituye la primera parte del despliegue de recursos a nivel local.

Una de las mejores maneras de comprender y presentar esta preidentificación es trazar un mapa sencillo de la zona, que incluya las principales características topográficas y físicas como caminos, límites naturales y artificiales, estanques, ríos, edificios, etc.

En el mapa podrán identificarse las áreas de riesgos potenciales, la localización de las víctimas, los caminos de acceso, las diversas áreas de trabajo establecidas y los límites de las áreas de acceso restringido.

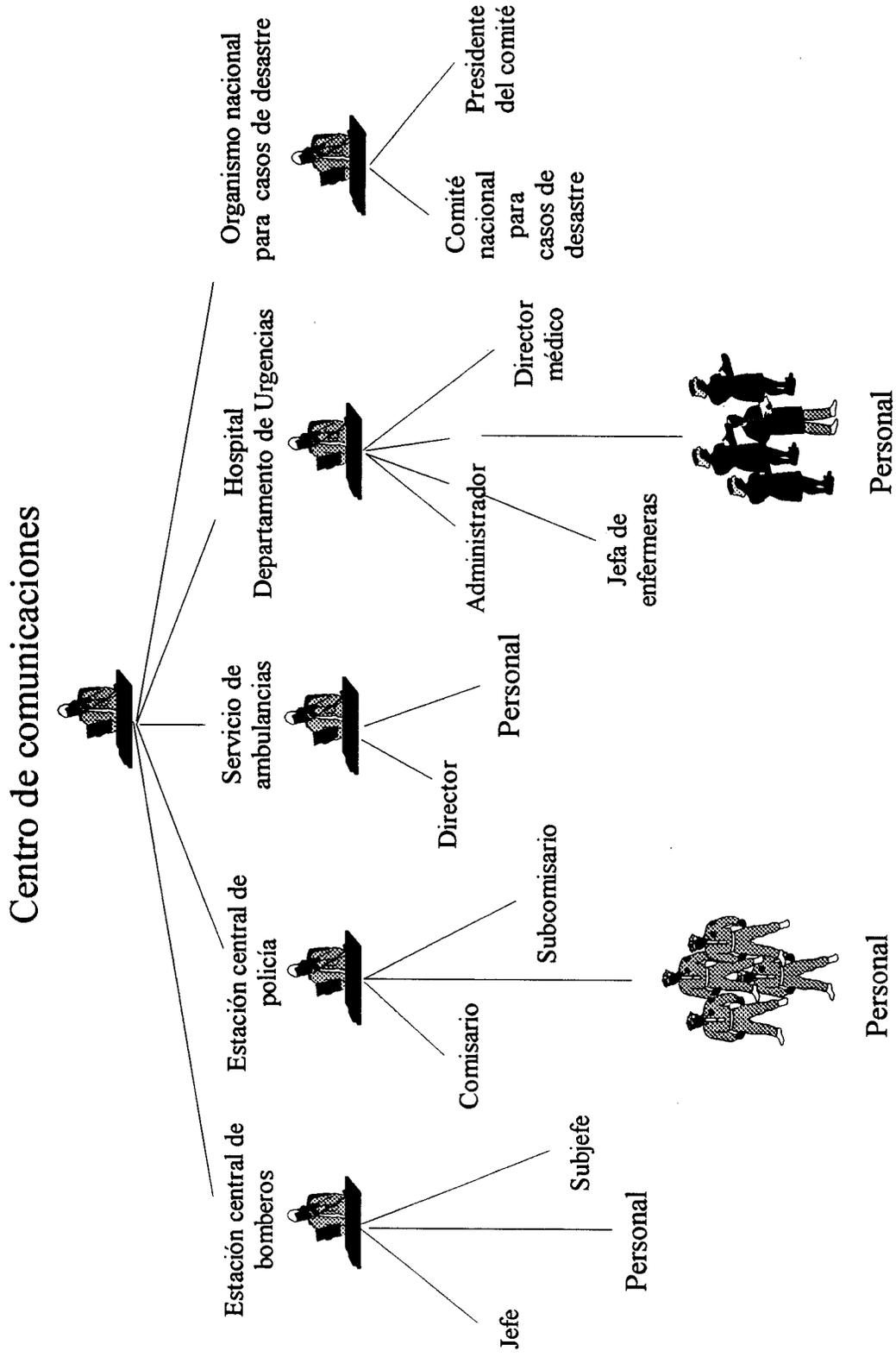
También debe proporcionarse la orientación con respecto a los puntos cardinales y la dirección del viento.

3. Seguridad

3.1 Definición

Son aquellas medidas destinadas a proteger a las víctimas, a los encargados del salvamento y a la población expuesta contra riesgos inmediatos o potenciales (extensión del accidente, problemas de tránsito, materiales peligrosos, etc.)

FIGURA 2. SISTEMA TELEFONICO EN CASCADA



3.2 Medidas de seguridad

3.2.1 La acción directa

Incluye la reducción de riesgos mediante el control de incendios, el aislamiento del material peligroso, el uso de ropa protectora y la evacuación de las poblaciones expuestas.

3.2.2 Las acciones preventivas

Incluyen el establecimiento de las siguientes áreas de acceso restringido:

- Zona del impacto: Acceso permitido únicamente a profesionales del salvamento, con equipo adecuado.
- Área secundaria: Con acceso permitido a trabajadores autorizados encargados de operaciones de salvamento, atención médica, mando y control, comunicaciones, servicios de ambulancias, seguridad y vigilancia. En esta área se establecerán el Puesto de Mando, el Puesto Médico de Avanzada, el Centro de Evacuación y el Estacionamiento para los diversos vehículos de emergencia y de servicios técnicos.
- Área terciaria: Destinada a funcionarios de prensa y como área de seguridad para los curiosos.

El tamaño y el diseño de las áreas de acceso restringido dependen del tipo de accidente (humos tóxicos, materiales peligrosos, fuego intenso, riesgo de explosiones), del viento y de la topografía (véanse las figuras 3 y 4).

3.3 Personal

Las medidas de seguridad serán ejecutadas por los bomberos, asistidos en problemas específicos por unidades especializadas (expertos en materiales peligrosos, explosivos, etc.) en caso necesario. Las áreas de acceso restringido serán definidas por los bomberos en coordinación con otros servicios específicos (por ejemplo, con el administrador del aeropuerto, el jefe de seguridad de la planta química, etc.) según se requiera.

4. Medidas de Vigilancia

Las medidas de vigilancia tienen por objeto evitar que elementos ajenos entorpezcan la organización del socorro. Para restringir el acceso a las áreas de seguridad se deberá controlar el tránsito vehicular y humano.

Las medidas de vigilancia tienen los siguientes efectos:

- Protegen a los trabajadores de influencias externas (estrés adicional),
- Evitan la obstrucción del flujo de víctimas y recursos para el socorro,
- Protegen al público en general de la exposición a riesgos.

La vigilancia está a cargo de la policía, unidades especiales (ejército, guardia nacional), funcionarios de vigilancia pública y servicios de vigilancia de aeropuertos y hospitales.

5. Puesto de Mando

5.1 Definición

Es una unidad multisectorial de control dotada de las siguientes funciones:

- Coordinación de los diversos sectores que participan en las actividades que se realizan en el lugar del incidente,
- Enlace con sistemas de apoyo a efectos de proporcionar información y movilizar los recursos necesarios,
- Supervisión del manejo de las víctimas.

Esto sólo será posible si el Puesto de Mando cuenta con una amplia red de radiocomunicaciones.

5.2 Propósitos

Las actividades en el lugar del desastre requieren la movilización y coordinación de sectores que no trabajan juntos habitualmente. La eficiencia de las actividades prehospitalarias exige una estricta coordinación de los diversos encargados del salvamento. Para ello, es menester establecer el Puesto de Mando tan pronto como se inicien las operaciones de socorro.

FIGURA 3. AREAS DE ACCESO RESTRINGIDO
Accidente vial

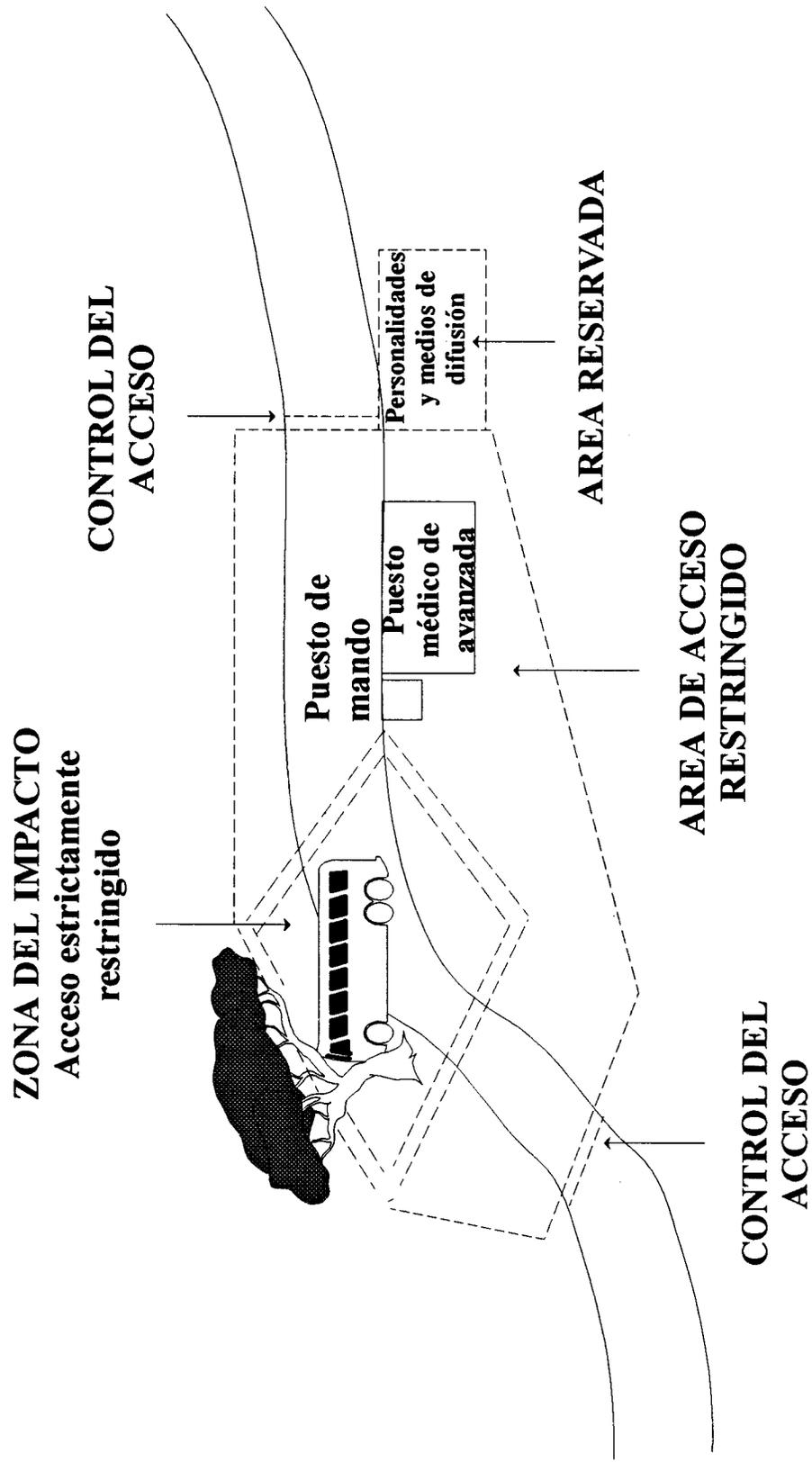
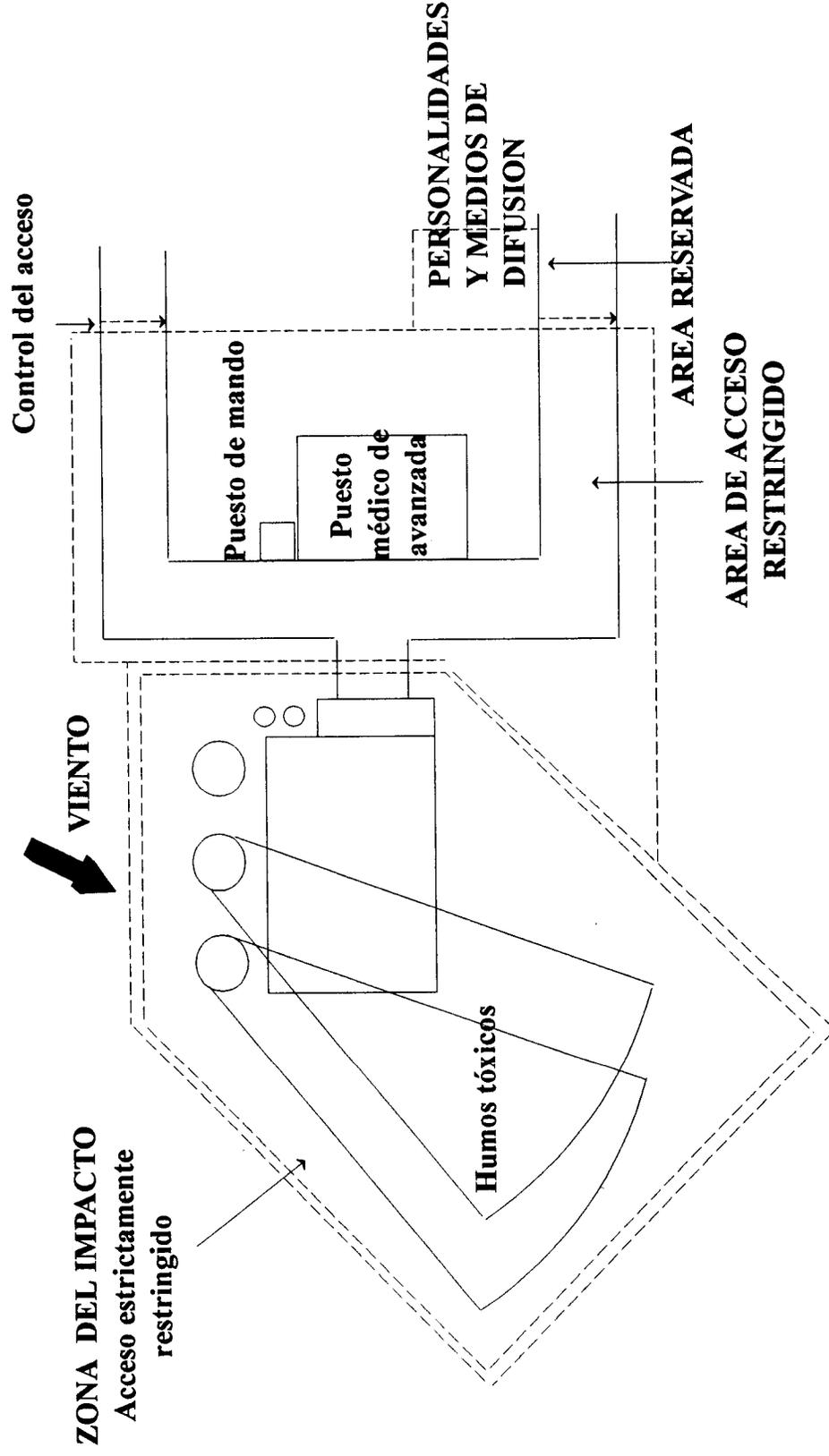


FIGURA 4. AREAS DE ACCESO RESTRINGIDO
Incendio de productos químicos



5.3 Ubicación

Las telecomunicaciones son cruciales para la eficiencia de un puesto de mando. Podrá utilizarse para ello cualquier tipo de estructura, desde un carro de policía hasta una unidad móvil compleja, desde una carpa hasta un edificio ubicado estratégicamente.

El Puesto de Mando deberá instalarse en el límite externo del área con acceso estrictamente restringido (zona del impacto), cerca del Puesto Médico de Avanzada y del Área de Evacuación. Debe ser fácilmente identificable y accesible. Su ubicación debe facilitar todas las comunicaciones (visuales, radiales, viales, etc.)

5.4 Personal

El personal asignado a este puesto debe tener idealmente la más alta jerarquía en la policía, los bomberos, el sector salud y el ejército (en su caso).

Este grupo central puede solicitar la cooperación de representantes de organizaciones voluntarias y, según el tipo de accidente, de personal especializado (por ejemplo, el administrador del aeropuerto en caso de accidente aéreo, el director de la prisión si se trata de un incidente en una institución penitenciaria).

En la mayoría de los casos es un oficial de la policía quien coordina esta unidad, pero, según la índole del incidente, puede ser una persona más especializada (por ejemplo, el director del aeropuerto).

Deberá identificarse por su nombre y cargo a las personas que estén en condiciones de ser asignadas al Puesto de Mando. Deberán estas personas estar familiarizadas con los otros miembros del equipo y sus funciones, y haber practicado y deliberado sobre los diferentes aspectos de la operación durante reuniones regulares. Estas reuniones deben incluir simulacros para practicar la coordinación de los recursos y debates administrativos en torno a las modificaciones que van teniendo lugar en los recursos y los proce-

dimientos. Las reuniones deberán convocarse con regularidad, pero no es necesario que sean demasiado frecuentes.

5.5 Método

El Puesto de Mando es el núcleo de comunicación y coordinación de la organización prehospitalaria. Dado que está continuamente revalorando la situación, se halla en condiciones de identificar la necesidad de incrementar o reducir los recursos asignados a fin de:

- Liberar, tan pronto la situación lo permita, al personal de servicios de emergencia que ya no se requiere en el lugar del siniestro. De esta manera facilita el restablecimiento de las actividades rutinarias,
- Organizar, en estrecha cooperación con el sistema de apoyo, la rotación oportuna de las brigadas de salvamento expuestas a situaciones agotadoras o de extrema tensión,
- Asegurar el suministro adecuado de equipo y recursos humanos,
- Proporcionar alimentos, bebidas, etc. a los encargados del salvamento,
- Suministrar información a los sistemas de apoyo y mantener informados a otros funcionarios y a los medios de comunicación (a través de un portavoz oficial),
- Determinar el fin del operativo en el lugar del incidente.

C. ATENCIÓN DE LAS VÍCTIMAS

1. Búsqueda y Rescate

Las operaciones de búsqueda y rescate dependen estrictamente de la presencia de elementos capacitados del cuerpo de bomberos y unidades especializadas, con la colaboración de voluntarios en caso necesario. La función de estas brigadas es:

- Localizar a las víctimas,
- Retirar a las víctimas de los lugares peligrosos y llevarlas a la Zona de Acopio si fuera necesario,
- Evaluar el estado de las víctimas (traje en foco),
- Prestar primeros auxilios si éstos fueran necesarios,
- Trasladar a las víctimas al Puesto Médico de Avanzada, si fuera necesario.

Las brigadas de búsqueda y rescate trabajan en el área con acceso estrictamente restringido (zona del impacto), bajo el mando de un oficial de bomberos o, en situaciones específicas, de personal especializado.

Dependiendo del riesgo (por ejemplo, humos tóxicos, materiales peligrosos), los encargados del salvamento portarán ropa protectora y equipo especial. En condiciones de trabajo agotadoras deberá establecerse un sistema de relevo rápido de estas personas.

Puede ocurrir que debido a la situación de la víctima (atrapada bajo un muro derrumbado, por ejemplo), se requiera tiempo para liberarla. Si el estado de la víctima es delicado, el jefe de la brigada de salvamento podrá solicitar, a través del Puesto de Mando, la presencia de personal médico para comenzar a estabilizar a la víctima durante la extricación. Este procedimiento requiere la intervención de personal médico especialmente adiestrado y sólo debe emplearse en casos excepcionales.

Cuando la zona del impacto es extensa, puede ser necesario dividirla en "áreas de trabajo" más pequeñas, asignando una brigada de salvamento a cada una. En esa situación, o

cuando la zona del impacto presenta riesgos evidentes, el Oficial de Búsqueda y Rescate establecerá una Zona de Acopio de Heridos en un área segura adyacente a la del impacto, a donde se llevará temporalmente a las víctimas (véase la figura 5). A este punto se asignarán Técnicos en Urgencias Médicas y voluntarios, quienes se encargarán del triaje inicial, la prestación de primeros auxilios y el traslado de las víctimas al Puesto Médico de Avanzada.

2. Atención en el Lugar del Siniestro

Cuando no se cuenta en la zona con instalaciones sanitarias adecuadas para atender un gran número de heridos (por ejemplo, un hospital de 2o. o 3er. nivel), el transporte inmediato de todas las víctimas a un centro de salud con recursos limitados pondrá en riesgo la atención de los heridos más graves. Además, se alterarán visiblemente los mecanismos de atención del establecimiento, poniendo en peligro la situación de los pacientes que ya estaban internados. No es realista tratar de ubicar a 200 víctimas en un hospital de 300 camas y 3 quirófanos y esperar buenos resultados.

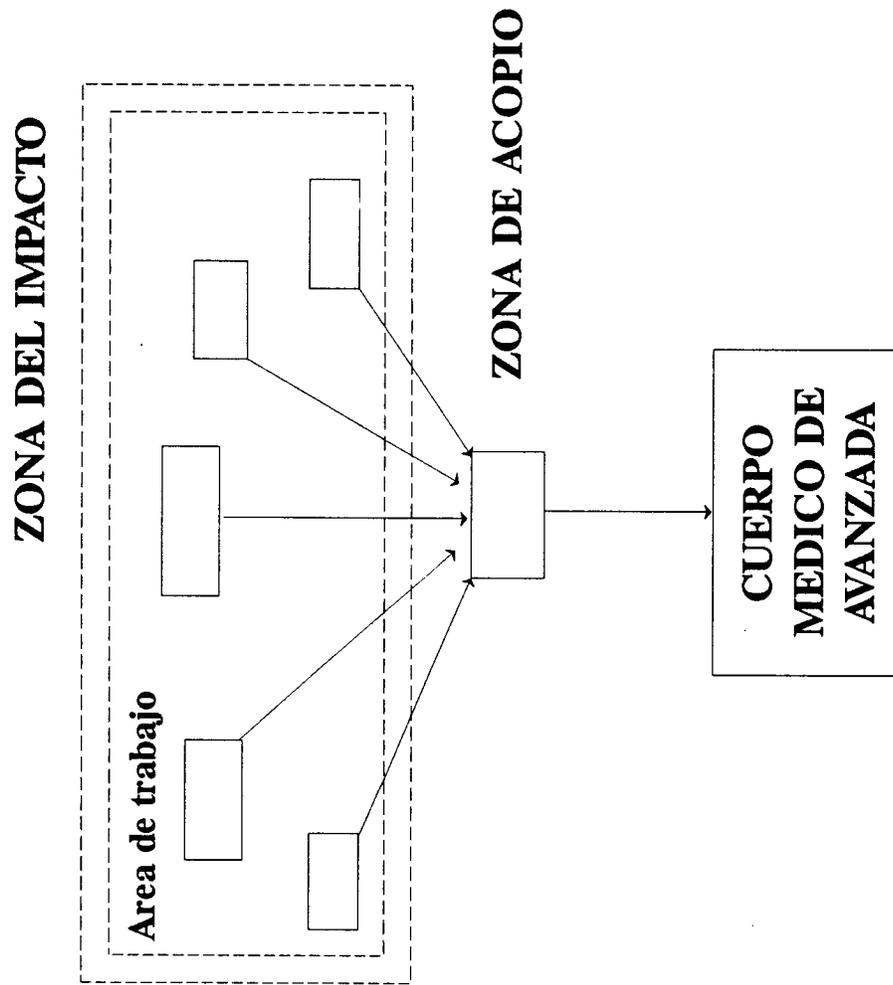
El funcionamiento de un quirófano requiere por lo menos seis personas altamente especializadas. Un paciente con un traumatismo grave puede requerir de 3 a 4 horas para ser estabilizado. Cada región o zona debe identificar sus propios recursos y limitaciones:

- ¿De cuántos quirófanos se dispone?
- ¿Cuántos de estos quirófanos pueden atenderse adecuadamente en una crisis?

La respuesta a la segunda pregunta puede determinar la respuesta a la primera.

Cuando los recursos de atención médica y el espacio físico son limitados, el transporte de las víctimas al hospital deberá efectuarse en etapas, pero esto supone que las víctimas recibirán tratamiento adecuado en el lugar del incidente para que puedan tolerar la espera.

FIGURA 5. ZONA DE ACOPIO



En realidad, en un siniestro con gran número de víctimas sólo un número reducido de ellas requieren tratamiento inmediato en un hospital. La regla de la “hora de oro” se aplica básicamente a las víctimas con hemorragias internas que necesitan con urgencia una operación quirúrgica que les salve la vida.

Recientes avances en la medicina de urgencias prehospitalaria permiten al personal adiestrado suministrar una adecuada atención médica en foco mediante el establecimiento de un Puesto Médico de Avanzada. Esta brigada médica móvil para desastres se caracteriza por:

- Buena capacidad de triaje,
- Personal médico específicamente entrenado,
- Buenas telecomunicaciones con el hospital,
- Buena coordinación de todos los sectores participantes.

2.1 Triaje (selección)

El objetivo del triaje “clásico” en el lugar del evento es distinguir entre las víctimas que necesitan transporte inmediato a los hospitales y las que pueden esperar. Este triaje se basa principalmente en la urgencia (estado de la víctima) y, secundariamente, en la probabilidad de supervivencia.

En los países o zonas con pocos recursos, este segundo criterio es de mayor importancia porque está directamente relacionado con la disponibilidad de recursos de atención de salud. Por lo tanto, se requiere un nuevo enfoque de triaje basado en la urgencia, la probabilidad de supervivencia y los recursos médicos disponibles.

Los objetivos del triaje son, entonces:

- Rápida identificación de las víctimas que necesitan estabilización inmediata (atención médica en foco),
- Identificación de las víctimas que sólo podrían salvarse con una intervención quirúrgica inmediata (cirugía de urgencia).

El proceso de triaje en el lugar del siniestro se realiza a tres niveles:

- Triaje en foco (traje uno)
- Triaje médico (traje dos)
- Triaje de evacuación (traje tres)

2.1.1 Triaje en foco

Es el procedimiento de categorización de las víctimas en el lugar donde se encuentran o en la Zona de Acopio. Habida cuenta de la limitación de recursos médicos, los encargados de este triaje son generalmente los socorristas y, en ocasiones, los Técnicos de Urgencias Médicas.

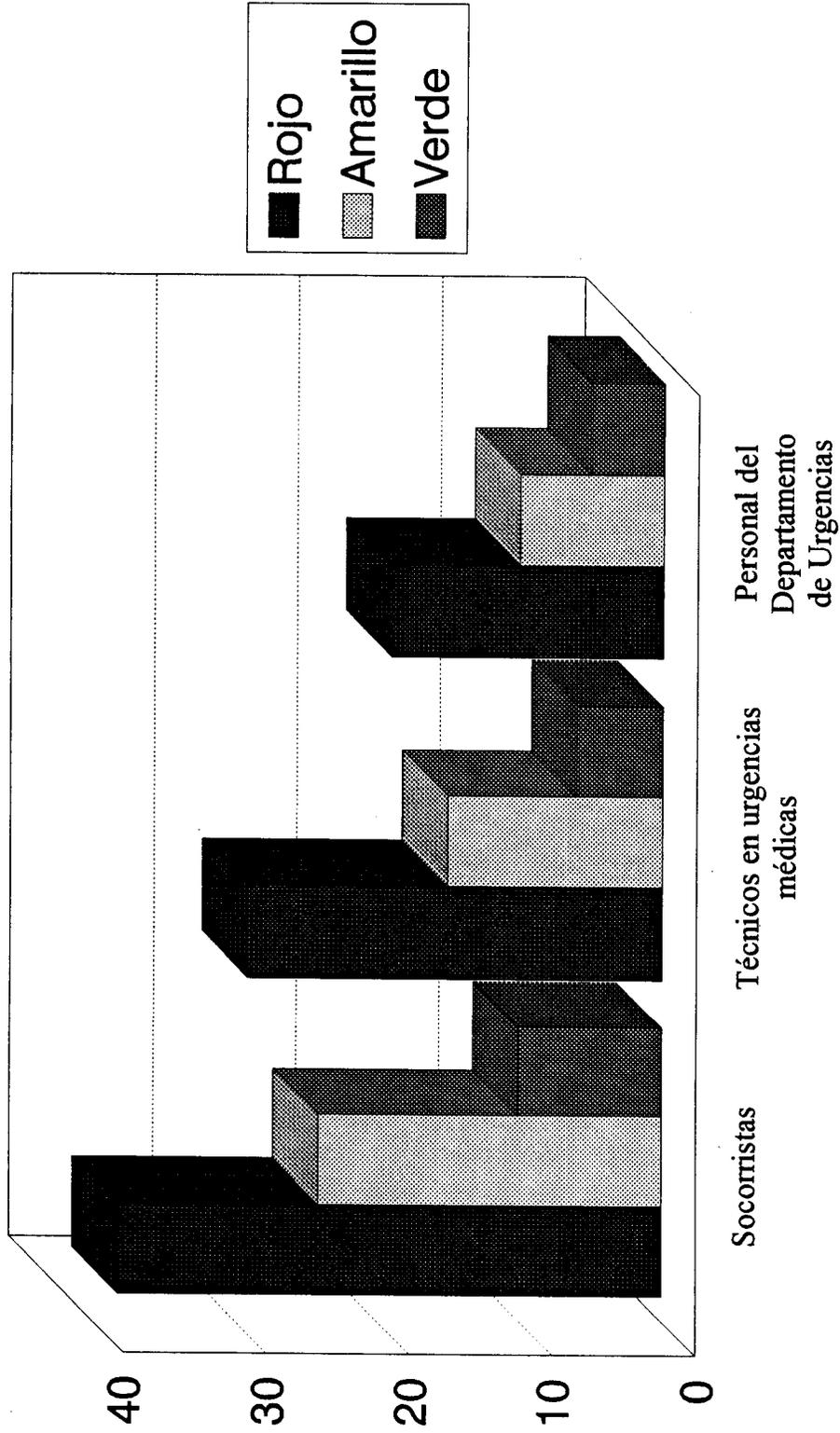
En un estudio de 15 simulacros de socorro realizados en la zona del Caribe se demostró que cuando se utiliza una codificación por colores en el triaje, el porcentaje de clasificaciones incorrectas disminuía en función de la experiencia; es decir, los socorristas cometían más errores de clasificación, seguidos por los Técnicos de Urgencias Médicas y en último término por el personal médico de urgencia (Figura 6.)

Sin embargo, si se agrupan las víctimas con código rojo y amarillo en la categoría de “víctimas agudas” y las de código verde en la categoría de “víctimas no agudas”, el porcentaje de clasificaciones incorrectas se reduce significativamente (Figura 7.)

Los resultados de este estudio demuestran que es difícil para un voluntario o un socorrista, que no está habitualmente expuesto a situaciones de triaje, distinguir claramente entre las víctimas con código rojo y amarillo, pero le resulta mucho más fácil diferenciar las víctimas agudas y las no agudas. Por otra parte, les lleva más tiempo y trabajo a los socorristas anotar los datos en la tarjeta de triaje codificada que al personal adiestrado.

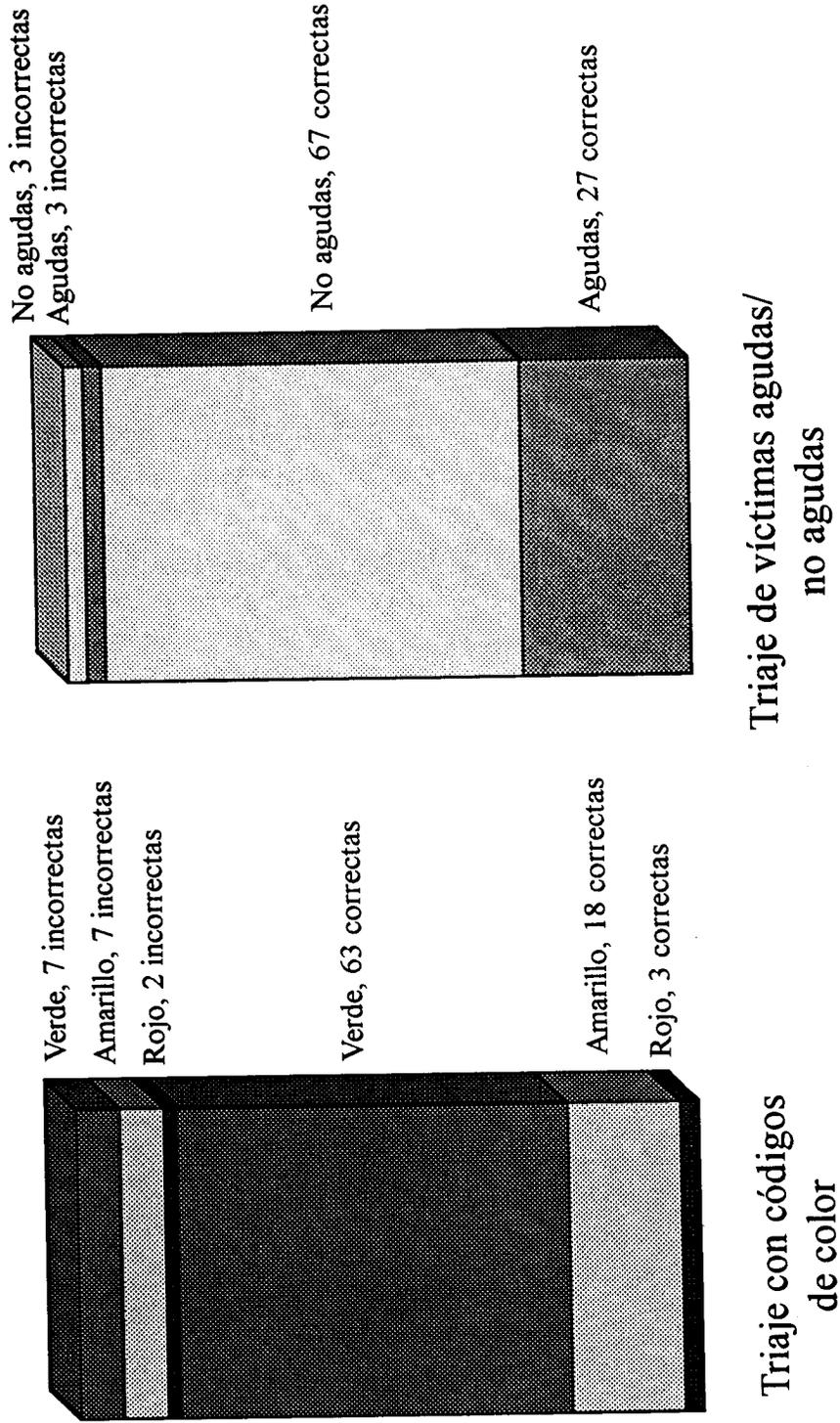
Pese a la loable actitud de los voluntarios, no es posible resolver estos problemas mediante instrucción teórica, sino sólo a través de una mayor exposición a situaciones reales. Esto puede ser difícil de organizar si se trata de voluntarios que no participan regularmente en operaciones de socorro de emergencia.

FIGURA 6. TRIAJE
Porcentaje de clasificaciones incorrectas



Promedio de 15 simulacros

FIGURA 7. TRIAJE Nivel de socorrista



Clasificación de 100 víctimas

Se espera que el triaje en foco permita identificar a las víctimas que necesitan atención médica inmediata (transporte rápido al Puesto Médico de Avanzada) y a las que pueden esperar; en otras palabras, para clasificar a las víctimas en agudas (rojo y amarillo) y no agudas (verde y negro).

A las víctimas agudas podría opcionalmente no colocárseles tarjeta de triaje, sino amarrarles una cinta roja larga dejando un extremo suelto. Las víctimas no agudas se identificarán con una cinta verde. De esta manera, los camilleros podrán ubicar fácilmente, y desde cierta distancia, a los pacientes que deben trasladar de inmediato al Puesto Médico de Avanzada.

Con este procedimiento de evaluación, clasificación, identificación y transporte de las víctimas al Puesto Médico de Avanzada se reducirán significativamente el tiempo de triaje y el porcentaje de clasificaciones incorrectas.

2.1.2 Triaje médico

Este triaje lo realizará al ingreso al Puesto Médico de Avanzada el personal profesional presente con más experiencia.

Aunque en la mayoría de desastres hay lesionados, determinados incidentes (como intoxicaciones masivas por alimentos o productos químicos, naufragios) generan víctimas que requieren únicamente terapia intensiva. Más aún, el tratamiento inicial para el estado de shock grave en un traumatismo múltiple es la reanimación intensiva. En consecuencia, toda vez que sea posible, es conveniente que se encargue del triaje un médico de urgencias o, en su lugar, un anestesiólogo o un cirujano, en ese orden.

El objetivo del triaje médico es determinar el nivel de atención requerido. La tarjeta con código de colores se utiliza en esta etapa, cuando puede recogerse información más precisa sobre el estado de las víctimas. Según lo convenido, los códigos de color asignados a las víctimas serán:

Rojo = Requiere estabilización inmediata y comprende a las víctimas con:

- Estado de shock por cualquier causa
- Dificultad respiratoria
- Traumatismo craneoencefálico con pupilas asimétricas
- Hemorragia externa profusa.

Esta atención inmediata (atención intensiva en el lugar del siniestro) que se presta a los pacientes con una razonable probabilidad de sobrevivir, les permitirá tolerar el traslado al hospital y los preparará para recibir tratamiento. También permite reclasificar a las víctimas de código rojo a amarillo (por ejemplo, drenaje de tórax para tratar un neumotórax a tensión).

Amarillo = Requiere vigilancia directa, pero puede diferirse un poco la atención. Esta categoría abarca víctimas con:

- Riesgo de shock (por ejemplo, ataque cardíaco, traumatismo abdominal importante)
- Fracturas abiertas
- Fractura del fémur o de la pelvis
- Quemaduras severas
- Estado de inconsciencia o traumatismo craneoencefálico
- Estados de diagnóstico incierto.

A todas estas víctimas se les instalará una línea endovenosa, se pondrán bajo vigilancia estricta para detectar posibles complicaciones y se les administrará tratamiento tan pronto como sea posible.

Verde = Puede esperar o no requiere tratamiento, incluye víctimas con:

- Fracturas menores
- Heridas y quemaduras menores

Estos pacientes, después de aplicarles un apósito o entablillado, esperarán el final de la atención en el lugar del incidente.

- Las víctimas gravemente lesionadas y sin esperanza de supervivencia, al término de la atención en foco, serán trasladadas al establecimiento de atención de salud.

Negro = Muerto.

Circunstancias particulares determinarán diferentes respuestas: Una víctima con quemaduras en el 50% de la superficie corporal se clasifica en general con código rojo. A tal efecto, el tratamiento inmediato es esencialmente la perfusión endovenosa. En un accidente con un número pequeño de víctimas y recursos de atención suficientes, esta persona debe recibir atención inmediata y ser transferida rápidamente a una unidad de cuidados médicos especializados.

En un evento con víctimas en masa donde los recursos de atención son limitados, el tratamiento inicial de una víctima con quemaduras puede diferirse una hora siempre y cuando no tenga problemas respiratorios. Esto quiere decir que ya no es prioritario el traslado inmediato a un hospital. Esta víctima se clasificará entonces con código amarillo.

2.1.3 Triage de evacuación

Este procedimiento clasifica a las víctimas según su prioridad para el traslado al hospital preparado para recibirlos.

Si el Puesto Médico de Avanzada proporciona una atención adecuada deberá disminuir el número de víctimas con código rojo y será necesario reclasificarlas antes de la evacuación.

El médico encargado del Puesto Médico de Avanzada decidirá, según el estado de las víctimas y en comunicación con el Puesto de Mando y el hospital, quiénes serán trasladados en primer término y a qué lugar, con qué tipo de vehículo y tripulación.

Los códigos de color del triaje indican lo siguiente:

Rojo = Traslado inmediato o lo antes posible a un hospital de tercer nivel en una ambulancia equipada con tripulación especializada. Estos casos comprenden:

- Víctimas que necesitan cirugía para sobrevivir
- Víctimas que necesitan cirugía para salvar funciones
- Víctimas que deben ser internadas en la Unidad de Terapia Intensiva.

Amarillo = Traslado, después de evacuar a todas las víctimas con código rojo, al hospital de tercer nivel, en ambulancia y bajo cuidado de socorristas:

- Víctimas sin problemas potencialmente mortales que necesitan atención hospitalaria.

Verde = Traslado, al término de las actividades en foco, a establecimientos de salud en los vehículos disponibles. Esta situación incluye los siguientes casos:

- Heridas y quemaduras menores: al Centro de Salud o Policlínico, nunca al hospital principal,
- Heridos sin esperanza de supervivencia: al hospital principal.

Negro = Traslado a la morgue.

2.2 Primeros auxilios

2.2.1 Personal

Los voluntarios, los bomberos, el personal de la policía y de unidades especiales, los Técnicos de Urgencias Médicas y el personal médico pueden prestar primeros auxilios.

2.2.2 Lugares donde se practican los primeros auxilios

- Directamente en foco, antes de mover a la víctima,
- En la Zona de Acopio de Heridos,
- En el "área verde" del Puesto Médico de Avanzada,
- En la ambulancia mientras se traslada a las víctimas a los establecimientos asistenciales.

2.2.3 Acción

Pueden prestarse los primeros auxilios clásicos, como control de vías respiratorias, funciones cardíaca y respiratoria, posición adecuada de la víctima, control de hemorragias, inmovilización de fracturas, colocación de apósitos y confort. Sin embargo, los socorristas deben tener en cuenta que la prioridad más importante es trasladar, cuanto antes, a

las víctimas agudas al Puesto Médico de Avanzada sin dejar de prestar los primeros auxilios principales (es decir, mantener abiertas las vías respiratorias, controlar hemorragias). No es recomendable aplicar reanimación cardiopulmonar (RCP) en el lugar donde ha ocurrido un incidente con gran número de heridos porque demanda mucho tiempo y recursos humanos.

2.3 Puesto Médico de Avanzada (PMA)

2.3.1 Propósito

Uno de los principales objetivos del rescate y la atención en un evento con víctimas en masa es reducir la pérdida de vidas proporcionando cuanto antes atención eficaz a todas las víctimas. Cuando, debido a la limitación de recursos y a la falta de espacio, un hospital no puede admitir y tratar adecuadamente a las víctimas de un incidente masivo, deberán proponerse otras soluciones. Una posibilidad sería distribuir a las víctimas en diferentes nosocomios, pero esto supone la existencia de otros establecimientos a razonable distancia del lugar del accidente y la disponibilidad de transporte y coordinación.

Si la distancia es excesiva o no se cuenta con suficientes recursos de transporte, se incurrirá en retrasos para el traslado de las víctimas, lo que eleva el grado de riesgo que corren. En ese caso, será necesario estabilizar localmente a los heridos en la medida de lo posible para que puedan tolerar la espera hasta llegar al hospital.

La atención en el foco del incidente no puede improvisarse ni debe estar en manos de personas no adiestradas. Se requiere una organización bien preparada y el establecimiento de un área específica de tratamiento. Esta área, constituida por una estructura médica sencilla de primera línea, es lo que se denomina Puesto Médico de Avanzada, PMA.

2.3.2 Ubicación

El PMA debe ubicarse a corta distancia (50 a 100 metros) de la zona del impacto:

- En un área segura
- Con acceso directo a la ruta de evacuación
- Cerca del Puesto de Mando
- En una zona sin interferencias para telecomunicaciones.

En circunstancias especiales, por ejemplo en un sitio donde existan materiales peligrosos, el PMA se instalará más lejos, pero en un lugar seguro lo más cerca posible de la zona del impacto. En ese caso, el traslado de las víctimas de la zona del impacto al PMA requiere una organización diferente. Si las condiciones climáticas (lluvia, sol, temperatura, viento) lo permiten, puede instalarse al aire libre, aunque es preferible ubicarlo en un edificio o debajo de una carpa.

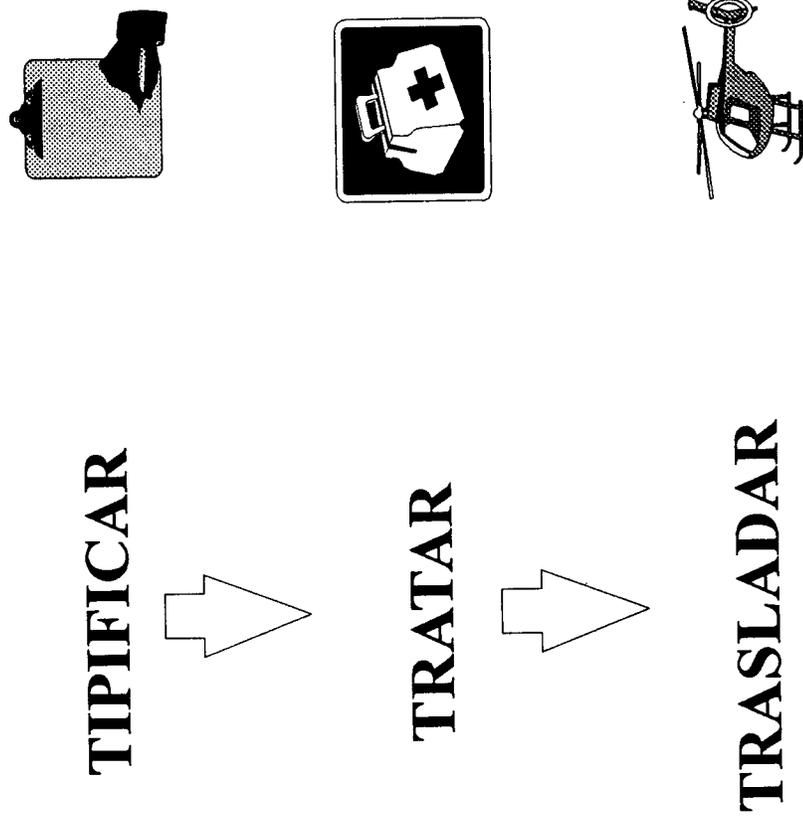
2.3.3 Funciones

El objetivo principal del PMA es estabilizar en el foco a las víctimas del siniestro. Como ha sido señalado (C.2.1.2), el triaje médico se hará al ingreso al puesto a fin de identificar a las víctimas que requieren atención inmediata.

La estabilización en foco abarca procedimientos de intubación, traqueostomía, drenaje del tórax, farmacoterapia del shock, analgesia, reemplazo de volumen sanguíneo, fasciotomía, inmovilización de fracturas y colocación de apósitos.

Además de la estabilización, otro de los objetivos del personal del Puesto Médico de Avanzada es reclasificar tantos pacientes como sea posible del código rojo al código amarillo. La función final del puesto es organizar el traslado de los pacientes a los hospitales preparados. Estas funciones pueden representarse por medio del principio de las tres "T": tipificar (clasificar), tratar, trasladar (véase la figura 8).

FIGURA 8. PUESTO MÉDICO DE AVANZADA
Principio de las tres “T”



2.3.4 Personal

Para proporcionar el nivel de atención que necesitan las víctimas en el PMA, es menester que éste cuente con personal médico capacitado. El nivel de la atención proporcionado en el puesto es similar al que se espera en el Departamento de Urgencias de cualquier hospital, por lo que deberán asignarse los médicos y enfermeras de urgencias más idóneos.

En la mayoría de comunidades y países es probable que el Departamento de Urgencias cuente con personal al cual se puede recurrir de inmediato, por lo menos un médico y una enfermera. Este personal deberá movilizarse lo antes posible para constituir el núcleo del Puesto Médico de Avanzada.

El grupo inicial que se encarga del puesto será reforzado progresivamente con otros médicos, anestesiólogos, cirujanos y personal de enfermería de urgencias. Además, se integrarán paramédicos, Técnicos en Urgencias Médicas y socorristas al personal médico hospitalario.

2.3.5 Organización del Puesto Médico de Avanzada

i. Estructura interna

Diseño

El diseño (Figura 9) incluye los siguientes componentes:

- Una entrada fácil de identificar,
- Un área de recepción/triaje donde se atenderán como máximo dos víctimas simultáneamente,
- Un área de tratamiento para 25 víctimas simultáneamente, dividida en:
 - El área de víctimas agudas (es decir, con tarjetas rojas y amarillas); ésta será el área más grande,
 - El área de víctimas no agudas (tarjetas verdes y negras).
- Una salida.

El diseño del PMA estándar (Figura 10) incluye:

- Dos entradas (agudos y no agudos);

cada entrada deberá identificarse con una bandera roja (para las víctimas agudas) y verde (para las víctimas no agudas),

- Dos áreas adyacentes de recepción/triaje interconectadas para facilitar el traslado de las víctimas de una a otra,
- Un área de tratamiento agudo, conectada al área de triaje correspondiente, dividida en:
 - Área de tratamiento roja (inmediatamente adyacente al área de triaje),
 - Área de tratamiento amarilla (ubicada después del área de código rojo).
- Un área de tratamiento no agudo, conectada al área de triaje correspondiente, dividida en:
 - Área negra (inmediatamente adyacente al área de triaje),
 - Área de tratamiento verde (ubicada después del área negra).

Se identificará con una bandera del color correspondiente cada una de las áreas de tratamiento.

- Un área de evacuación, donde los heridos estabilizados esperarán su traslado al hospital.

Superficie

El Puesto Médico de Avanzada, por ser un área de paso, no debe alojar un alto número de víctimas a la vez. En promedio, el espacio debe ser suficiente para 25 víctimas y el personal del puesto. A continuación se indican las recomendaciones sobre la superficie del puesto:

- Por norma, se requiere una superficie mínima de 2,6 m² por víctima para tratamiento y circulación,
- La superficie mínima para el área de triaje es 8,3 m², debido al intenso tránsito humano,
- La superficie mínima para las áreas de tratamiento en un puesto básico es de 65 m²,

FIGURA 9. PUESTO MÉDICO DE AVANZADA BÁSICO

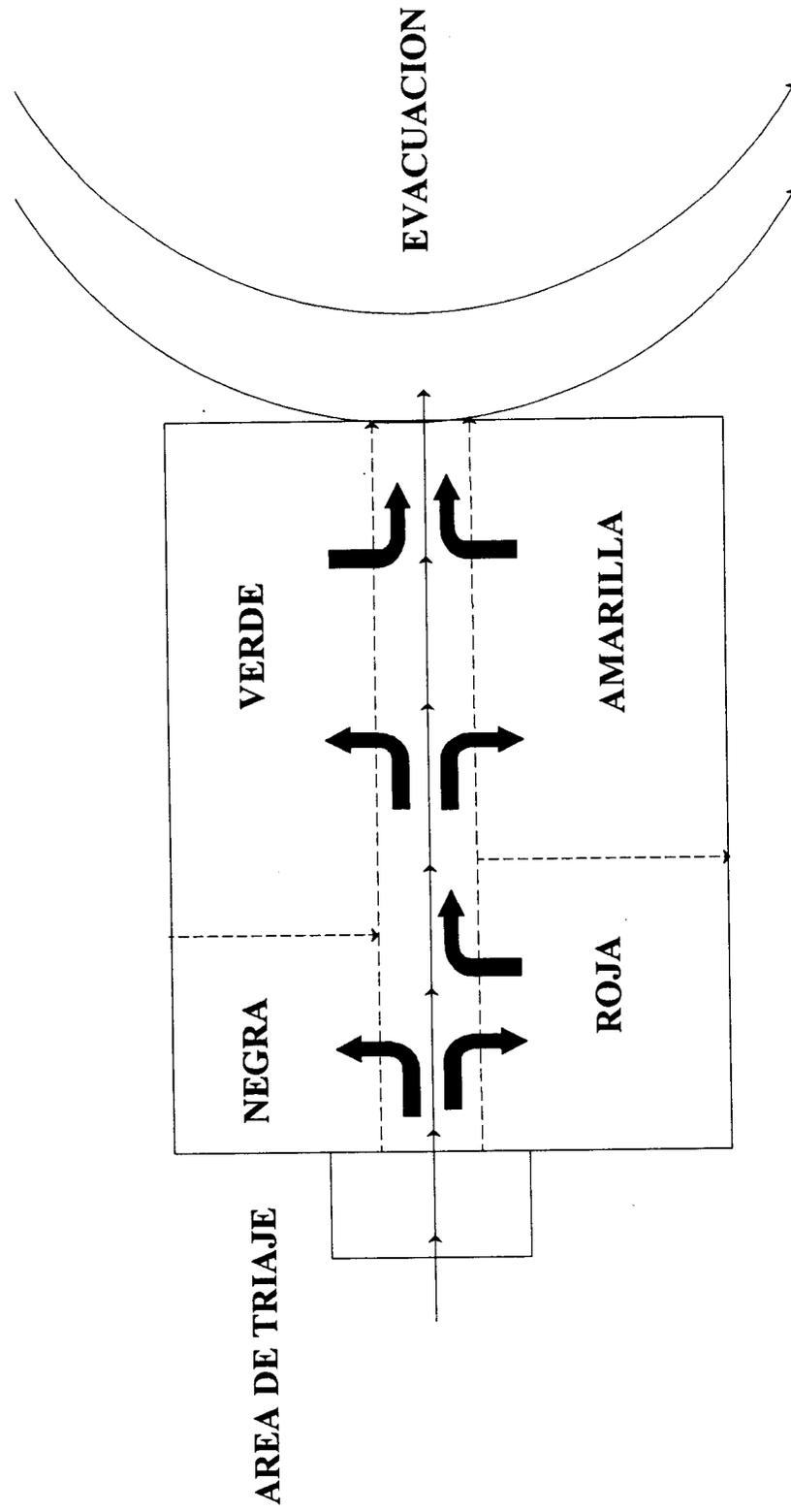
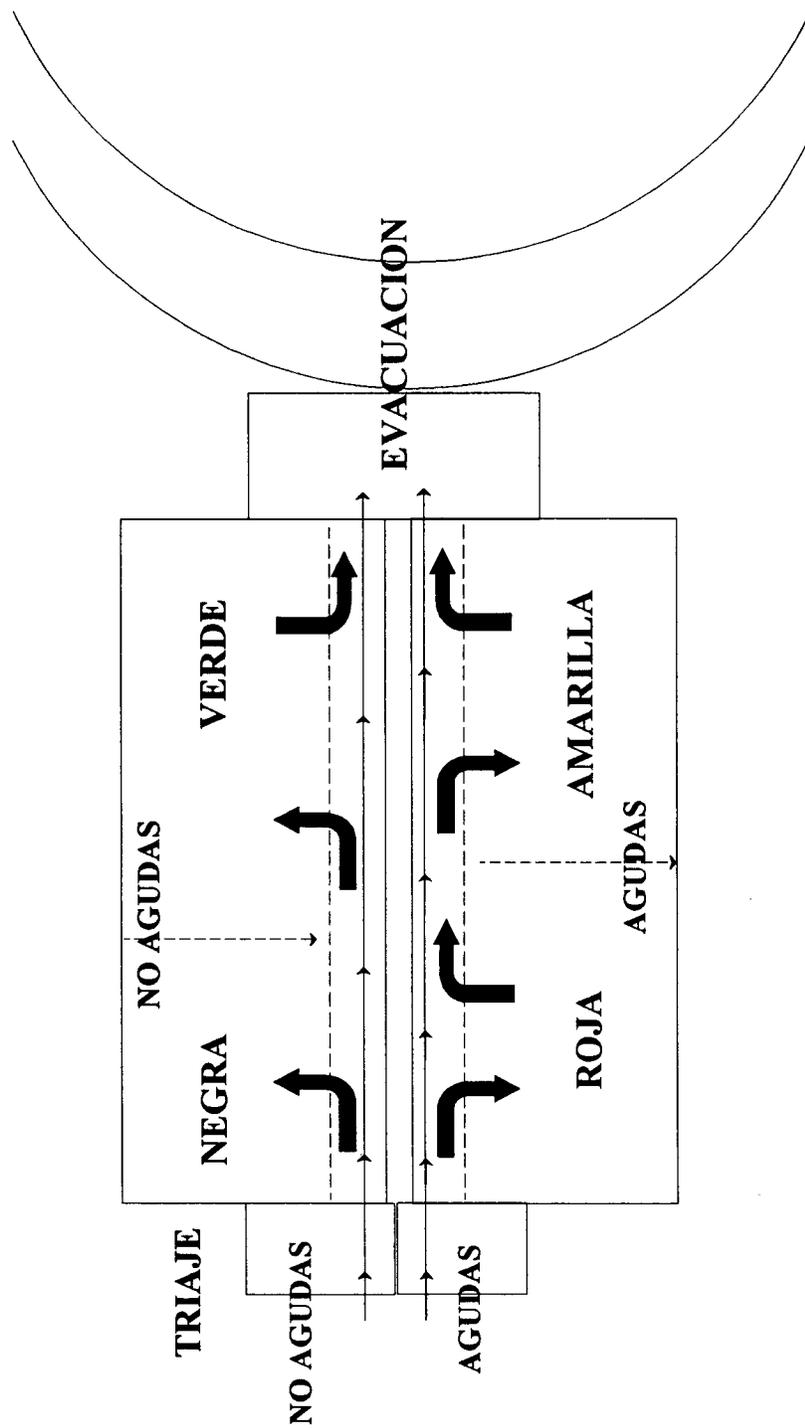


FIGURA 10. PUESTO MÉDICO DE AVANZADA ESTÁNDAR



- La superficie mínima para las áreas de tratamiento en un puesto estándar es de 130 m²,
- Para el área de espera previa a la evacuación se requiere una superficie de 26 m².

Por consiguiente, la superficie mínima requerida para un Puesto Médico de Avanzada es de aproximadamente 73 m².

ii. Flujo de víctimas

Las víctimas llevadas por camilleros llegarán a la entrada del área de triaje correspondiente, en cuyo interior deberán atenderse como máximo dos víctimas al mismo tiempo.

Las víctimas deberán portar tarjetas de color ROJO, AMARILLO, VERDE o NEGRO. El registro se hará simultáneamente y las víctimas serán trasladadas a las subáreas adecuadas de tratamiento, donde se procurará estabilizarlas.

Una vez estabilizadas pasarán al área de evacuación donde se llena el registro de salida.

2.3.6 Personal para un Puesto Médico de Avanzada estándar

i. Área de triaje (recepción):

Víctimas agudas:

- Oficial de Triaje: el médico más experimentado (en el siguiente orden de experiencia: médico de urgencias, anestesiólogo, cirujano). Sólo una persona a la vez deberá encargarse del triaje,
- Enfermera, Técnico en Urgencias Médicas o socorrista (en ese orden),
- Empleado administrativo de registro (oficinista/ enfermera/socorrista).

Víctimas no agudas:

- Oficial de Triaje: la enfermera, paramédico o Técnico en Urgencias Médicas con más experiencia,
- Socorrista,

- Empleado administrativo (que también podría prestar primeros auxilios).

En un puesto básico, el mismo equipo de triaje atenderá a todas las víctimas. Este equipo estará integrado de la misma manera que en el caso del puesto estándar para víctimas agudas.

En el área de triaje no se administrará ningún tratamiento.

ii. Áreas de tratamiento

Tratamiento de agudos:

- a. Director de tratamiento de agudos: preferentemente un paramédico adiestrado o un Técnico en Urgencias Médicas, con experiencia en organización con posterioridad a un desastre. Si se cuenta con suficiente personal adiestrado, un médico experimentado puede asumir esta responsabilidad. Sus funciones serán proveer de suministros al área, coordinarse con otras áreas, organizar la eliminación de los desechos y dirigir las radiocomunicaciones. Será asimismo el director del PMA.
- b. Equipo de tratamiento rojo:
 - Líder del equipo: Anestesiólogo, médico de urgencias o paramédico adiestrado,
 - Enfermera anestésista o enfermera de la unidad de urgencias,
 - Técnico en Urgencias Médicas.
 - Camilleros.
- c. Equipo de tratamiento amarillo:
 - Líder del equipo: enfermera (anestésista o de la unidad de urgencias) o paramédico,
 - Técnico en Urgencias Médicas o socorrista,
 - Camilleros.

Tratamiento de no agudos:

- d. Equipo de tratamiento verde:
 - Líder del equipo: el Técnico en Urgencias Médicas más experimentado, asistido por otro técnico o un socorrista,
 - Camilleros.
- e. Área de fallecidos (código negro): Requiere únicamente personal de seguridad.

iii. Área de evacuación

- a. Líder: Paramédico o Técnico en Urgencias Médicas experimentado, que esté en condiciones de:
 - Evaluar la estabilidad del paciente
 - Evaluar la seguridad del equipo
 - Efectuar una breve vigilancia antes del transporte
 - Supervisar la colocación de las víctimas a los vehículos
 - Proporcionar cuidados básicos.
- b. Empleado administrativo
- c. Oficial de Transporte: Oficial superior del cuerpo de bomberos o del servicio de ambulancias. Mantiene el enlace con el director del PMA y con el Puesto de Mando.

2.3.7 Equipamiento (requisitos mínimos)

i. Área de triaje:

- Dispositivos de identificación para el área y el personal
- Tarjetas de triaje
- Equipo de oficina
- Caballetes (sólo cuatro)
- Equipo de alumbrado
- Esfigmomanómetro, estetoscopio, linterna y guantes

ii. Área de tratamiento de agudos (cantidades requeridas para un mínimo de 25 pacientes):

- Dispositivos de identificación para el director del área (chaqueta roja con la inscripción "Director") y para cada líder

de equipo (brazaletes rojos y amarillos)

- Equipo de iluminación
- Caballetes
- Camillas
- Frazadas
- Equipo de oficina
- Esfigmomanómetro/estetoscopio/linterna/guantes
- Estuche médico para casos de desastre, que contenga:

Equipo para vías respiratorias, que consta de:

- Oxígeno
- Dispositivos para intubación
- Instrumental para traqueostomía
- Equipo para drenaje del tórax
- Bolsa ventilatoria

Equipo cardiovascular, que consta de:

- Equipo de venoclisis y líquidos
- Medicamentos para el tratamiento del shock
- Pantalones antishock (MAST)

Equipo eléctrico y neumático, que consta de:

- Succión
- Iluminación
- Cardioscopio y desfibrilador
- Respirador
- Baterías o generador

Estuche de curación, que consta de:

- Compresas, esparadrapo
- Equipo de sutura
- Guantes
- Antisépticos
- Frazada de supervivencia
- Férulas (incluidas minirvas)

iii. Área de tratamiento de no agudos

- Equipo especial de iluminación
- Apósitos y férulas
- Equipo de oficina
- Camillas
- Esfigmomanómetro/estetoscopio/linterna/guantes

iv. Área de evacuación

- Luz
- Camillas
- Equipo de oficina
- Esfigmomanómetro/estetoscopio/linterna/guantes

3. Centro de Coordinación de la Evacuación (CCE)

Cuando las situaciones de desastre tienen múltiples zonas de impacto y cada una requiere instalar un Puesto Médico de Avanzada, se debe establecer un nivel intermedio para coordinar la evacuación. Si cada puesto despacha directamente las víctimas al hospital de tercer nivel sin coordinación alguna se perderá en eficiencia.

Para facilitar la coordinación, los múltiples PMA deberán transferir a las víctimas al establecimiento con las mejores instalaciones

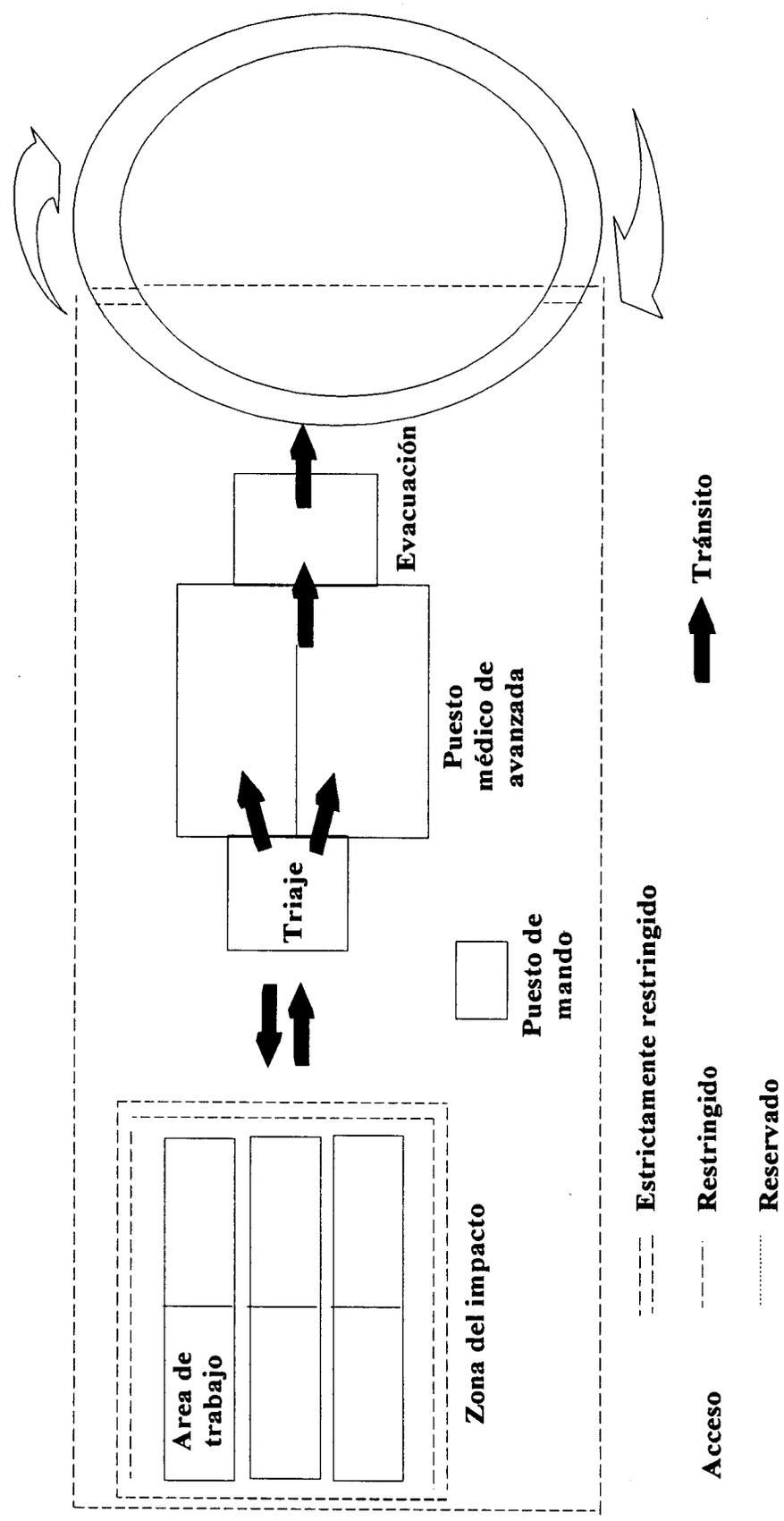
de estabilización y evacuación, el cual coordinará el traslado subsiguiente, que puede ser a un hospital de campaña, un policlínico, un hospital de 2do nivel u otros establecimientos apropiados. Este Centro de Coordinación de la Evacuación se ocupará de:

- Recoger y reunir a todas las víctimas de los PMA
- Re-evaluar a las víctimas
- Mejorar o continuar la estabilización
- Transferir a las víctimas.

D. PLAN DE ACTIVIDADES EN EL LUGAR DEL SINIESTRO

La figura 11 muestra la organización general que se requiere en una situación con víctimas en masa.

**FIGURA 11. ATENCION DE VICTIMAS EN MASA
EN EL LUGAR DEL SINIESTRO**
Organización General



4. ORGANIZACIÓN DEL TRASLADO

A. DEFINICIÓN

La organización del traslado comprende los procedimientos implementados para la transferencia segura, rápida y eficiente de las víctimas, en los vehículos apropiados, a los hospitales adecuados y preparados para recibirlas.

B. PREPARACIÓN PARA LA EVACUACIÓN

1. Procedimientos Generales

1.1 Traslado a un solo establecimiento

Cuando sólo un hospital puede recibir a las víctimas, se establecerá un enlace directo (por radio o teléfono) entre el Director del Área de Tratamiento de Agudos y el Departamento de Urgencias o Puesto de Mando del hospital. El hospital debe mantener un censo actualizado del espacio disponible.

1.2 Traslado a diferentes establecimientos

Cuando se dispone de varios hospitales para recibir a las víctimas, el director del Área de Tratamiento de Agudos notificará al Médico del Puesto de Mando cuál es el estado de los pacientes y qué tipo de tratamiento requieren (triaje de evacuación).

El Médico del Puesto de Mando se pondrá en contacto con los establecimientos que recibirán a las víctimas para confirmar la disponibilidad de espacio y notificar el traslado. El Médico del Puesto de Mando transmitirá el lugar de destino al director del Área de Tratamiento de Agudos (ATA).

Este último, a su vez, proporcionará al Oficial de Transporte la siguiente información:

- Tipo de vehículo requerido
- Tipo de tripulación requerida
- Destino

El Oficial de Transporte notificará al área de evacuación si el tipo de transporte requerido está disponible. Si no se cuenta con el transporte o la tripulación adecuados, el Oficial de Transporte propondrá otros medios al director del ATA. Si el líder del equipo aprueba alguna de las opciones, se procederá al traslado. Si el líder del equipo no está de acuerdo, se mantendrá al paciente bajo vigilancia médica hasta que se disponga del transporte adecuado.

El Oficial de Transporte notificará al Puesto de Mando cada vez que se transfiera una víctima.

2. Preparación Para el Transporte

El Oficial de Evacuación se encargará de:

- a. Evaluar la estabilidad del paciente mediante el control del pulso, la presión arterial, su respiración o ventilación y presencia de hemorragias. Cualquier anomalía debe notificarse al director del ATA.
- b. Evaluar la seguridad del equipamiento, para lo cual deberá:
 - Controlar que los tubos y dispositivos estén correctamente aplicados y no se desprendan del paciente durante el traslado. Cuando sea posible, deberán corregirse las defi-

ciencias; de lo contrario, deberá notificar al director del Tratamiento de Agudos.

- Asegurar la eficiencia de las medidas de inmovilización (minervas, férulas, etc.)
- Asegurar que la tarjeta de triaje esté firmemente colocada y claramente visible.

Puede ser necesario vigilar durante breves períodos a las víctimas si se sobrecarga la capacidad de tratamiento del Puesto Médico de Avanzada, si no se dispone de inmediato de transporte, si los vehículos vienen en camino o si el hospital que recibe a las víctimas solicita una pausa. En esos casos, el Oficial de Evacuación mantiene a las víctimas en observación y notifica todo deterioro de su estado al director de Tratamiento de Agudos. Esta vigilancia sólo debe ser necesaria en casos excepcionales, dado que el Área de Evacuación es sólo un punto de verificación de las víctimas antes de su traslado.

C. PROCEDIMIENTOS DE EVACUACIÓN

1. Regulación de la Evacuación

1.1 Principios

Es menester mantener un control estricto del número y destino de las víctimas evacuadas para no sobrecargar los hospitales. Una de las funciones de la primera brigada de socorristas que llega al lugar del incidente será detener la evacuación espontánea por parte de los testigos. Ese traslado sin control es inseguro y el acceso a hospitales que no están preparados pone en riesgo la vida de los lesionados y altera la ejecución sistemática del manejo de víctimas en masa; además, pone en riesgo la vida de los que lleguen posteriormente.

1.2 Reglas

Ninguna víctima se trasladará del Puesto Médico de Avanzada a los hospitales antes de:

- Estar en la condición más estable posible,
- Estar adecuadamente equipada para el traslado,
- El hospital que la recibirá esté debidamente informado y listo para la recepción,
- Disponer del mejor vehículo y tripulación asequibles.

2. Control del Flujo de Víctimas

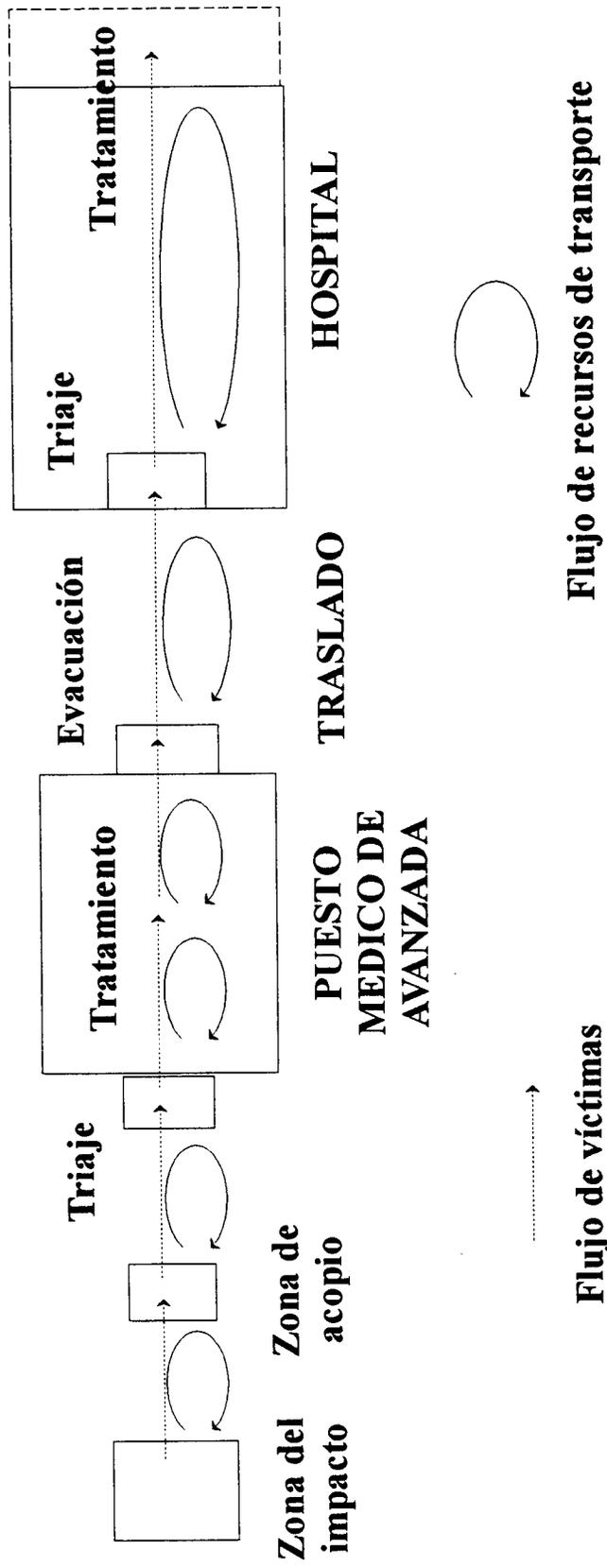
2.1 El "principio de la noria"

El movimiento del paciente (caminando, en camilla o en vehículo) debe ser "en un solo sentido" y sin cruzarse. La trayectoria que recorran las víctimas de la zona del impacto a la zona de acopio, de ésta a la entrada del Puesto Médico de Avanzada, y seguidamente a las áreas de tratamiento, evacuación, recepción del hospital y áreas definitivas de atención médica, deberá asemejarse a una "banda transportadora", en la cual el paciente pasa progresivamente de los primeros auxilios básicos hasta el nivel de atención médica más complejo (Figura 12).

En un siniestro con demanda masiva no es posible disponer de un vehículo para cada víctima, por lo que cada nivel deberá emplear sus recursos de transporte en forma rotativa para trasladar a todos los pacientes de su nivel al próximo. La eficiencia de la movilización entre niveles será mayor si se logra controlar la circulación en un solo sentido.

Esta progresión unidireccional de un nivel a otro mediante la rotación de los recursos de transporte recibió el nombre de "noria" en 1916, durante la batalla de Chemin de Dames, Verdún, Francia, que tuvo lugar en la Primera Guerra Mundial, por su similitud con la máquina utilizada para extraer agua de un pozo.

FIGURA 12. FLUJO DE VICTIMAS
Sistema de “banda transportadora”



2.2 Control del tránsito de ambulancias

El tránsito de ambulancias ordenado y eficaz requiere:

2.2.1 Enlaces radiofónicos

Deben establecerse enlaces radiofónicos entre:

- El Oficial de Transporte del Puesto Médico de Avanzada
- El Departamento de Urgencias del hospital
- El Puesto de Mando
- La Central de Ambulancias

El Oficial de Transporte debe estar enterado de la ubicación exacta de cada ambulancia.

Cinco minutos antes de la llegada al Departamento de Urgencias o al PMA, el personal de la ambulancia debe notificar su próximo arribo a la unidad o al Oficial de Transporte.

2.2.2 Responsabilidad del conductor de la ambulancia

El conductor sólo recibirá órdenes del Oficial de Transporte.

Mientras espera el siguiente viaje o durante la carga y descarga de las víctimas, el conductor deberá permanecer en el vehículo atento a la radio. En caso extremo ayudará a mover al paciente.

Mientras espera el siguiente viaje el vehículo debe estacionarse en el área designada por el Oficial de Transporte de manera que sea accesible y fácil de mover.

2.3 Control vial

Para facilitar el recorrido circular de las ambulancias, el comando central debe organizar, por intermedio de la policía, un firme control de las vías de acceso entre los hospitales y el Puesto Médico de Avanzada (por ejemplo, control de cruces viales).

El PMA puede solicitar al Puesto de Mando que disponga una escolta motorizada para abrir el paso a ambulancias que trans-

portan a determinados pacientes (por ejemplo, pacientes inestables con hemorragia interna).

D. EVACUACIÓN DE LAS VÍCTIMAS NO AGUDAS

Estas víctimas se evacuan al final de las operaciones en el lugar del incidente. Pueden incluirse en el proceso de evacuación general cuando:

- Se dispone de hospitales de nivel 1
- Se dispone de transportes no médicos (buses, camionetas)
- No se interfiere con el traslado de víctimas agudas (sincronización, recursos, caminos).

Este traslado será coordinado por el jefe del Equipo de Tratamiento Verde, el Oficial de Evacuación, el Oficial de Transporte y el Puesto de Mando.

En todo momento debe darse prioridad a la evacuación de víctimas agudas.

La figura 13 presenta una lista de verificación de los elementos de la organización en foco para la atención de víctimas en masa.

E. ESTUDIO DE CASO

Durante un terremoto, Juan Pérez, un hombre de 33 años de edad, quedó atrapado en un edificio que se derrumbó. Seguiremos a la víctima a través de todo el sistema.

La brigada de búsqueda y rescate libera al Sr. Pérez y examina las lesiones y su estado (traumatismo toracoabdominal, piernas aplastadas, consciente, respiración algo laboriosa, pulso: 100); lo clasifica como víctima aguda (cinta ROJA).

La víctima es trasladada de inmediato al Puesto Médico de Avanzada, donde el médico lo categoriza con código ROJO (PA: 85/60, pulso: 120, FR: 20, roncantos bilaterales).

FIGURA 13. SISTEMA DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS EN MASA

Lista de comprobación de la organización en el lugar del siniestro

- ✓ **EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN**
- ✓ **INFORME AL NIVEL CENTRAL**
- ✓ **PREIDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE TRABAJO**
 - **SEGURIDAD**
 - **PUESTO DE MANDO**
 - **RADIOCOMUNICACIONES**
 - **CONTROL DE CURIOSOS Y TRÁNSITO**
 - **BUSQUEDA Y RESCATE**
 - **TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN**
 - **EVACUACIÓN CONTROLADA**

La víctima es recibida en el área de tratamiento ROJA, donde se dispone lo siguiente:

Perfusión endovenosa de líquidos (2 líneas)

Administración de oxígeno

No hay fractura obvia de costillas, estertores roncales bilaterales (¿contusión del pulmón?)

Abdomen: levemente distendido y doloroso

Fractura del fémur izquierdo

Fractura abierta de tibia y peroné derechos

No hay pulso pedio derecho

A pesar de la rápida administración EV de 2 litros de líquidos, la PA se mantenía en 85/60

Creciente distensión del abdomen

Diagnóstico: Sospecha de hemorragia interna abdominal, síndrome por aplastamiento de la pierna derecha, sospecha de contusión del pulmón.

El jefe de tratamiento del equipo solicita la evacuación prioritaria del paciente a un establecimiento quirúrgico en ambulancia equipada y con acompañamiento del Técnico en Urgencias Médicas.

El director de Tratamiento de Agudos:

- Solicita al Puesto de Mando que indique el hospital que recibirá al paciente dado su estado y la solicitud del médico tratante,

- Contacta al Oficial de Transporte para que asigne ambulancia y tripulación.

Se identifica un hospital a 10 km del siniestro con quirófanos y equipo de cirujanos disponibles de inmediato. El oficial de evacuación evalúa y acondiciona la víctima en la ambulancia y dispone su traslado al hospital.

Cronología:

T+0	Incidente
T+2 min	Advertencia
T+5 min	Llega la primera brigada al lugar de los hechos
T+15 min	Se ubica a la víctima
T+18 min	La víctima se encuentra en la entrada del PMA
T+20 min	La víctima es recibida en el área de tratamiento roja
T+30 min	Se decide su evacuación
T+38 min	Se coloca a la víctima en la ambulancia
T+45 min	La víctima llega al hospital
T+55 min	La víctima ingresa al quirófano

Esta cronología supone el despliegue de un Puesto Médico de Avanzada en el foco tan pronto se declare el siniestro con víctimas en masa.

Este ejemplo recalca la necesidad de la rápida estabilización y el traslado apropiado de la víctima según el tipo de lesión. Por estabilización se entiende no sólo administrar líquidos endovenosos e inmovilizar a la víctima, sino también detener el deterioro o mejorar su estado.

En este escenario, la víctima recibió atención para estabilización 20 minutos después del incidente. Si se hubiera rescatado del edificio y enviado directamente al hospital, la atención de estabilización habría comenzado después de 31 minutos, vale decir:

15 min (desde el incidente hasta su localización)

+05 min (partida de la ambulancia)

+07 min (llegada al hospital)

+02 min (traje)

+02 min (inicio de la atención)

TOTAL: 31 minutos

Más aún, en el modelo de evacuación inmediata se somete a la víctima al estrés físico del transporte antes de estabilizar su estado.

5. ORGANIZACIÓN EN EL HOSPITAL

A. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se describe la organización requerida en un hospital para responder a un evento con víctimas en masa. Esta organización, empleando procedimientos preestablecidos y comprobados, facilitará:

- La movilización activa y el manejo de los recursos disponibles (humanos y materiales)
- Los enlaces con la organización prehospitalaria
- El manejo de los enfermos hospitalizados y del flujo de víctimas
- El manejo de la atención
- El manejo de las evacuaciones secundarias
- La información actualizada a las autoridades y familiares de las víctimas.

La oportuna implementación de una organización con estas características no puede ser improvisada y requiere una fase preparatoria bien conducida que incluya:

- La redacción de un plan específico para atención de demanda masiva, que forma parte del Plan Hospitalario para Desastres, así como del Plan Nacional de Emergencias,
- La divulgación de los planes a las personas y sectores interesados (personal del hospital, Ministerio de Salud, Policía, Bomberos, Organismo Nacional para Desastres),
- La comprobación y actualización periódicas del plan a nivel hospitalario y multisectorial.

Todo hospital debe estar en todo momento en condiciones de responder conforme a sus capacidades a siniestros con demanda masiva.

B. ACTIVACIÓN DEL PLAN HOSPITALARIO PARA ATENCIÓN DE DEMANDA MASIVA

1. Proceso de Alerta

El mensaje de alerta originado en el Centro de Comunicaciones debe transmitirse directamente al Departamento de Urgencias (por línea telefónica directa o radio). Este mensaje debe ser atendido personalmente por la enfermera de servicio o el médico de guardia.

En colaboración con el oficial administrativo de guardia (Enfermera Administrativa, Administrador del hospital, Director Médico), se tomará la decisión de activar el plan. En este momento, el operador telefónico del hospital empezará a llamar a las personas de la lista establecida.

2. Movilización

2.1 Brigada móvil para casos de desastre

Si el lugar del siniestro está en un radio de 20 minutos de viaje, la brigada móvil para casos de desastre del hospital se dirigirá de inmediato al lugar. Si queda a más de 20 minutos, la brigada móvil sólo se desplazará si así lo dispone la autoridad hospitalaria o provincial.

En aquellas circunstancias especiales que generan víctimas masivamente (accidentes aéreos, incendio a bordo de naves) la brigada móvil del hospital debe enviarse automáticamente al lugar del siniestro.

2.2 Personal del hospital

2.2.1 Personal clave

Ciertas personas claves del hospital deben presentarse de inmediato a su puesto de trabajo (Administrador del hospital, Superintendente Médico, Jefa de Enfermeras, Jefe de Suministros, Farmacéutico, Encargado de Economía, personal de la lavandería y todo el personal de turno).

2.2.2 Personal de refuerzo

Movilización interna del personal del hospital

A medida que el personal del Departamento de Urgencias se dirige al lugar del siniestro deberá ser sustituido por otras personas. Además, deberá asignarse a personal de otros pabellones para asistir al personal que despeja determinados pabellones.

Movilización centrípeta del personal del hospital

Deben reforzarse los departamentos claves, es decir, Urgencias, Cirugía, Quirófano, Laboratorio, Unidad de rayos X y Terapia Intensiva; y llamar al personal encargado de determinadas funciones, por ejemplo, enfermeras y personal de cocina, lavandería, mantenimiento, suministros, seguridad y operadores telefónicos. Para mejorar la eficiencia es menester planificar cuidadosamente y escalonar los refuerzos de manera tal que se logre una rápida rotación de personal en las áreas con mayor demanda (por ejemplo, Departamento de Urgencias, quirófanos). Esto evita la sobrecarga de trabajo del personal durante la atención de demanda masiva y asegura el pronto retorno a las actividades rutinarias con personal adecuado.

2.3 Coordinación con otros sectores

De conformidad con el Plan Nacional de Emergencias, los hospitales coordinarán con los siguientes sectores:

2.3.1 Policía

El Plan Nacional debe prever las medidas necesarias para que se despache automáticamente al hospital un escuadrón policial tan pronto se declare un desastre. Este escuadrón reforzará la seguridad en el hospital prestando especial atención al área de recepción y las entradas.

Si en 15 minutos de notificado el desastre el escuadrón policial no se ha presentado en el hospital, el operador telefónico debe notificar al Centro de Comunicaciones, al Centro de Operaciones de Emergencia o a la Estación Central de Policía.

2.3.2 Coordinación con la Cruz Roja

La Cruz Roja puede participar enviando al hospital brigadas de voluntarios específicamente adiestrados desplegados en dos grupos, uno para el Departamento de Urgencias y otro para asignarse donde fuera necesario.

2.3.3 Radioaficionados

Los radioaficionados se pondrán a las órdenes del Administrador del Hospital y operarán el equipo según las instrucciones recibidas. Si en 30 minutos el Administrador no ha recibido tal apoyo se pondrá en contacto con la Cruz Roja y la Asociación de Radioaficionados directamente o mediante el Centro de Operaciones de Emergencia.

3. Puesto de Mando del Hospital

En todo hospital deberá identificarse una sala que hará las veces de puesto de mando en situaciones de emergencia. Esta sala deberá estar pre-equipada con radio y teléfono o contará con las conexiones necesarias para facilitar la comunicación inmediata. Debe ser sufi-

cientemente amplia para alojar a un máximo de 10 personas y fácilmente identificable.

Las siguientes personas constituirán el núcleo del Puesto de Mando del Hospital:

- Administrador del Hospital
- Superintendente Médico
- Jefa de Enfermeras
- Secretaria
- Relacionista Público (enlace con familiares y medios de comunicación)

4. Preparación para Recibir las Víctimas

Deberán prepararse camas para alojar a las víctimas del siniestro. El Puesto de Mando del Hospital debe instaurar de inmediato los procedimientos preestablecidos para que los hospitalizados en condiciones de hacerlo desalojen el establecimiento.

5. Cálculo de la Capacidad de Atención del Hospital

La capacidad de recepción de un hospital no sólo está vinculada al número de camas disponibles, sino también a su capacidad para prestar atención médica. En un siniestro que genera gran número de politraumatizados la eficiencia de la atención médica dependerá definitivamente de la capacidad quirúrgica y de terapia intensiva del hospital que reciba a las víctimas, porque allí es donde se producen los embotellamientos (Figura 14).

Una víctima con traumatismo múltiple necesitará como mínimo dos horas de atención quirúrgica. El número efectivo de salas de operaciones (que incluye la disponibilidad del quirófano, del cirujano, del anestesista y del equipo simultáneamente) determina la capacidad de tratamiento quirúrgico y por lo tanto la capacidad de atención hospitalaria.

Si un hospital con tres quirófanos disponibles recibe simultáneamente 12 víctimas con código rojo que necesitan atención quirúrgica inmediata podrá tratar, en promedio, a tres pacientes cada dos horas. Esto significa que tres de estas doce víctimas tendrán

acceso al quirófano seis horas después de su arribo al hospital. Esta situación puede poner en grave riesgo la vida de estas víctimas si no se logra estabilizarlos con terapia intensiva.

Tomando en cuenta estas limitaciones sería más eficiente organizar la evacuación rápida de estas víctimas a hospitales que estén en condiciones de prestarles la debida atención en menos tiempo. Además, en una situación de esa índole, el Puesto de Mando del Hospital debe informar al Puesto de Mando en Foco que no puede recibir más víctimas con código rojo y que es necesario llevarlas a otro establecimiento.

C. RECEPCIÓN DE LAS VÍCTIMAS

1. Ubicación

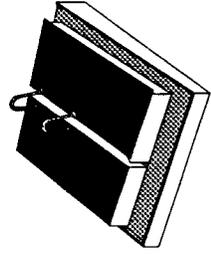
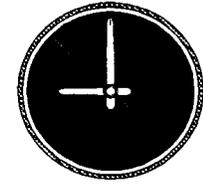
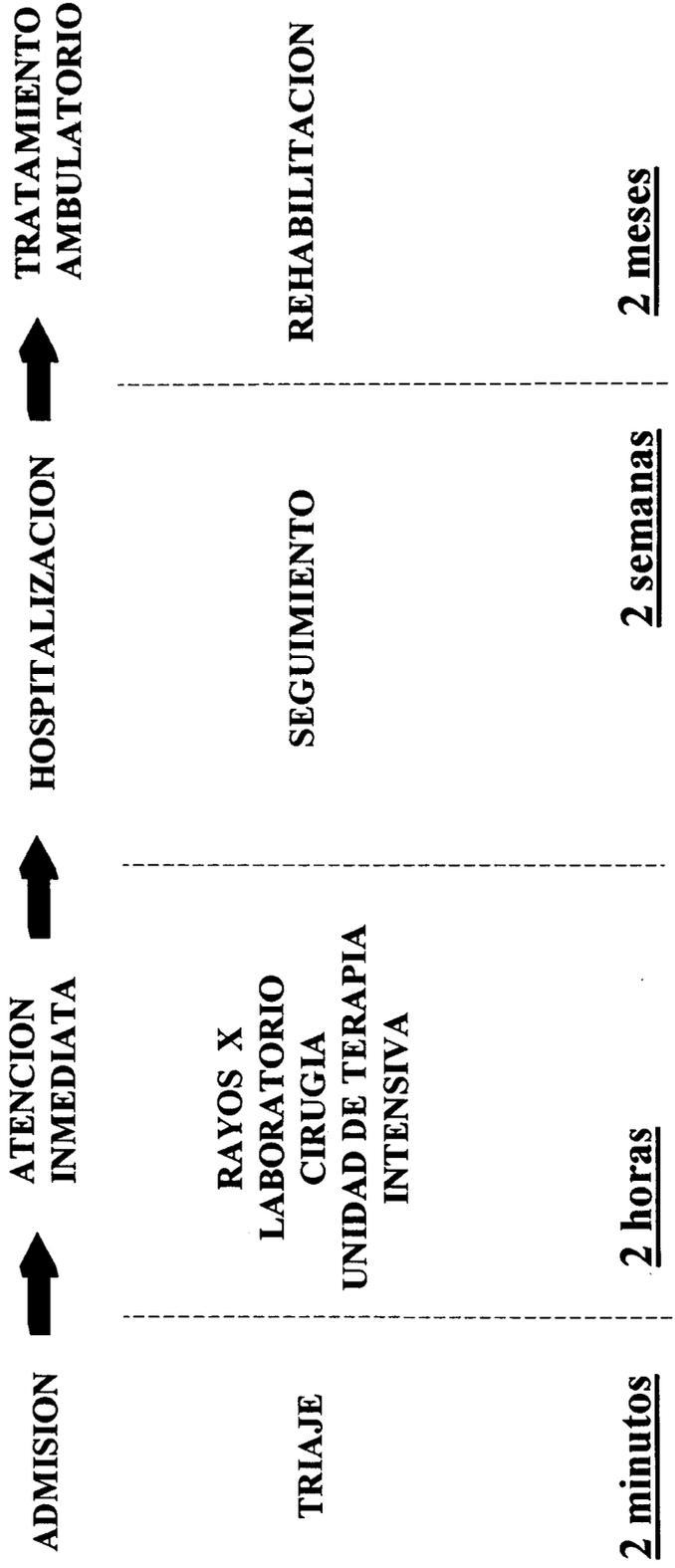
El área de recepción del hospital es donde se efectúa el triaje y debe satisfacer los siguientes requisitos:

- Acceso directo desde el área de descarga de las ambulancias,
- Debe ser un área cubierta,
- Tener iluminación adecuada,
- Fácil acceso a los sectores claves de atención como Departamentos de Urgencias, Cirugía y la Terapia Intensiva.

Cuando el manejo prehospitalario de las víctimas es eficaz, el flujo controlado de las que llegan al hospital permitirá, después del triaje, su traslado inmediato al área apropiada de atención. Sin embargo, si falla el sistema de manejo prehospitalario y llegan muchas víctimas al hospital sin control alguno, será necesario mantener a las víctimas después del triaje en una sala grande adyacente donde serán estabilizadas y vigiladas antes de ser transferidas. Esta situación puede sobrecargar excesivamente la capacidad del nosocomio.

FIGURA 14. MANEJO DE DESASTRES EN EL HOSPITAL

Cronología



2. Personal

El oficial de triaje del hospital evaluará a cada víctima para confirmar el triaje previo o reclasificarla. Si el manejo prehospitalario es eficaz, el triaje del hospital podría estar en manos de una enfermera experimentada del área de urgencias.

Si el manejo prehospitalario no fue eficaz, deberá ser un médico o anestesiólogo experimentado del área de urgencias quien se encargue del triaje.

3. Enlaces con el Lugar del Siniestro

En un sistema bien establecido debe mantenerse una comunicación constante entre el Puesto de Mando del Hospital, el Puesto Médico de Avanzada y el Puesto de Mando en Foco (Figura 15).

Dentro del hospital debe haber un flujo constante de información entre las áreas de triaje, departamentos clave y el Puesto de Mando.

Las ambulancias establecerán contacto con el área de triaje del hospital 5 minutos antes de su llegada.

D. ÁREAS DE TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL

1. Área de Tratamiento Roja

Se requiere un mínimo de dos horas de atención quirúrgica para tratar un paciente politraumatizado. En una zona con un limitado número de quirófanos, será imposible proporcionar atención quirúrgica simultánea a muchas víctimas que requieran tal atención. En consecuencia, es necesario acondicionar un área específica donde las víctimas con código rojo recibirán atención apropiada. Esta área, de atención de Shock-Trauma, se llamará "Área de Tratamiento Roja", deberá estar a cargo de un especialista en urgencias o un anestesiólogo y preferentemente ubicada

en el Departamento de Urgencias, acondicionada para tratar pacientes en gravedad extrema súbita.

2. Área de Tratamiento Amarilla

Las víctimas con código amarillo serán enviadas inmediatamente después del triaje a un pabellón quirúrgico que se ha despejado durante la fase de activación para ese fin. Esta área estará bajo las órdenes de un médico del hospital.

Debe vigilarse continuamente el estado de la víctima, revalorarse, y mantenerse la estabilización. Si su estado empeora, debe ser trasladada al área roja.

3. Área de Tratamiento Verde

Estas víctimas no deben ser trasladadas al hospital principal sino referidos a los centros de salud o consultorios. Sin embargo, cuando falla el sistema de manejo prehospitalario, llegarán al hospital muchas víctimas de esa categoría. En consecuencia, deberá planificarse un área de espera para estas víctimas, siendo lo más conveniente ubicarla lejos de las otras áreas de atención. Toda vez que sea posible, estas víctimas deberán ser trasladadas a un centro o consultorio de salud de las cercanías.

4. Área de Víctimas sin Esperanza de Supervivencia

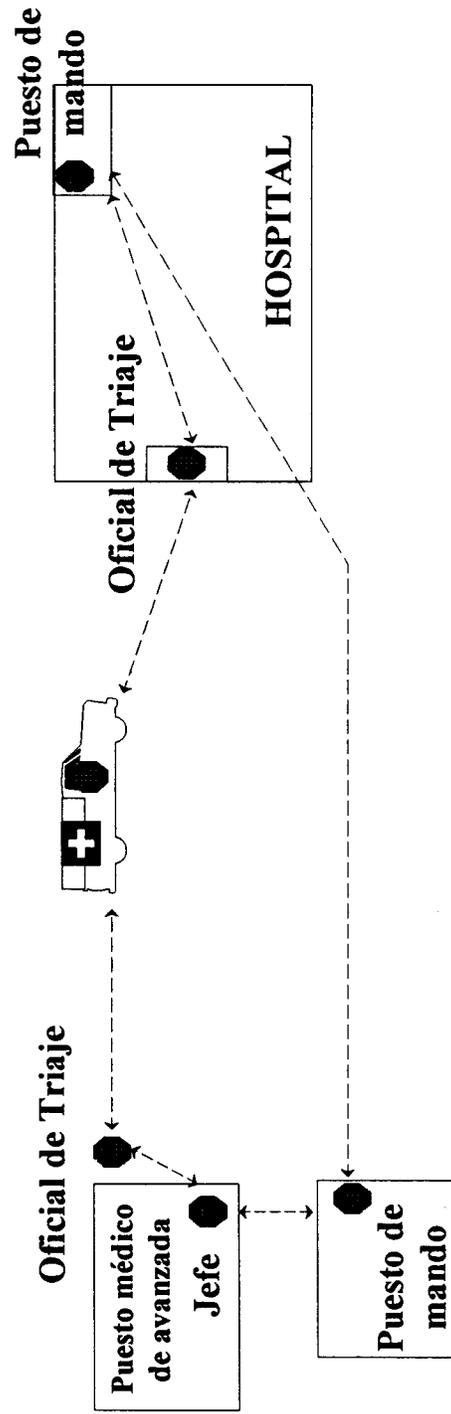
Para estos pacientes, que sólo requieren atención de apoyo, se recomienda mantenerlos en un pabellón médico previamente despejado durante la fase de activación.

5. Área de Fallecidos (Categoría Negra)

En el plan deberá contemplarse un espacio lo suficientemente amplio para acomodar un mínimo de diez cadáveres en condiciones aceptables.

FIGURA 15. RED DE RADIOCOMUNICACIONES

Entre el lugar del siniestro y el hospital



E. EVACUACIÓN SECUNDARIA

En ciertas circunstancias —por ejemplo, cuando se ha superado excesivamente la capacidad del hospital o una víctima requiere atención muy especializada (neurocirugía, por citar un caso)-, será necesario el traslado a un hospital más adecuado, ya sea de la zona o de otra localidad.

El Puesto de Mando del Hospital transmite las solicitudes de evacuación al médico del Centro de Operaciones de Emergencia, quien hará los contactos necesarios y organizará el traslado.

F. ESTUDIO DE CASO (CONTINUACIÓN)

El Sr. Juan Pérez llegó al área de triaje del hospital, donde fue evaluado por el encargado. Éste confirmó su clasificación con código rojo, tal como lo había decidido el Oficial de Evacuación del PMA. Este paciente requería atención quirúrgica inmediata (tenía hemorragia abdominal interna y síndrome por aplastamiento).

El Oficial de Triage se comunicó con el Puesto de Mando del Hospital solicitando acceso inmediato al quirófano. El Sr. Pérez fue trasladado de inmediato y, mientras el anestesiólogo lo preparaba para la operación, se enviaron las muestras sanguíneas al laboratorio para que se efectuasen los análisis de sangre ordinarios y se preparase sangre para la transfusión.

Al Sr. Pérez se le amputó la pierna derecha y se le practicó una esplenectomía porque sufría rotura del bazo.

Se tomó nota de que pese al remplazo de volumen sanguíneo, el paciente no había miccionado desde su ingreso al PMA. Se diagnosticó insuficiencia renal aguda secundaria al síndrome por aplastamiento y la hemorragia masiva.

Dado que no se disponía de equipo para hemodiálisis, el anestesiólogo solicitó al Puesto de Mando del Hospital el traslado del paciente a un establecimiento adecuado.

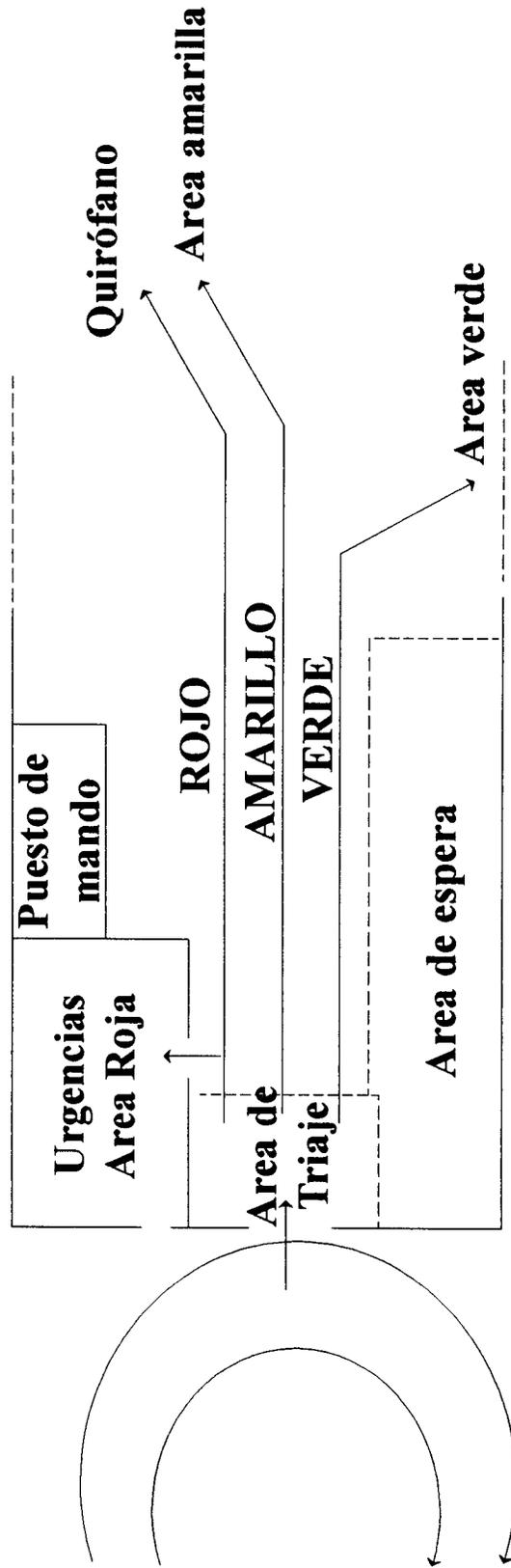
El PMH se comunicó con el Centro de Operaciones de Emergencia solicitando una orden de evacuación. El médico del centro recibió la información debidamente detallada y consultó con establecimientos vecinos. El hospital universitario de una zona vecina aceptó recibir al paciente en su unidad de diálisis. A continuación, el médico del Centro de Operaciones de Emergencia solicitó ayuda al Coordinador Nacional en casos de Desastre para organizar el transporte de la víctima.

Tres horas después de la solicitud de evacuación, el Sr. Pérez fue trasladado del Área de Tratamiento Rojo del hospital al helipuerto y de allí fue transportado en helicóptero, con escolta, al hospital, a donde llegó 40 minutos después.

G. ESQUEMA GENERAL DEL MANEJO EN EL HOSPITAL

La figura 16 muestra el flujo de las víctimas a través del sistema de atención de víctimas en masa del hospital.

FIGURA 16. RECEPCION DEL HOSPITAL
Flujo de víctimas



6. PLAN NACIONAL DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS EN MASA

A. RESPUESTA NACIONAL A SINIESTROS CON DEMANDA MASIVA

Un plan específico para atención de demanda masiva debe ser un componente del Plan Nacional de Emergencias.

En un desastre de grandes proporciones con un elevado número de víctimas se activará el Plan Nacional de Emergencias con su correspondiente componente de atención de víctimas en masa. Si el siniestro se produce en una zona geográfica localizada (por ejemplo, el aeropuerto), sólo se activará el componente de atención de demanda masiva.

Si la magnitud del evento no requiere la activación del plan para atención de víctimas en masa en su totalidad (por ejemplo, el choque de un autobús con un saldo de 20 víctimas), la organización del socorro debe seguir los procedimientos indicados para el sistema de atención de víctimas en masa. En esta situación no es obligatorio activar el Centro de Operaciones de Emergencia.

Cada país definirá en su Plan Nacional de Emergencias lo que constituye un siniestro con demanda masiva y uno de gran magnitud.

B. RESPUESTA DISTRITAL A SINIESTROS CON VÍCTIMAS EN MASA

Por definición general, un distrito es una división administrativa o geográfica de un territorio, cuyo centro es la población con mayor número de habitantes y que generalmente cuenta con una Estación de Policía, una Estación de Bomberos y un Centro de Salud. Cuando se produce un accidente que deja un numeroso saldo de heridos a cierta distancia del nivel central, el personal del distrito será el primer grupo de personas que responda.

Cada distrito tendrá que responder de inmediato con sus propios recursos en cuanto se produzca un evento con víctimas en masa. Puede ser necesario mantener esta respuesta durante largos períodos si las poblaciones se encuentran aisladas (como en el caso de una inundación o una avalancha). En consecuencia, cada distrito debe formular, en coordinación con el nivel central, su propio plan de atención de demanda masiva como componente del plan nacional.

Es esencial la participación de toda la comunidad si el distrito ha de ofrecer una respuesta eficiente. Por consiguiente, en todo plan distrital es menester movilizar y coordinar los recursos comunitarios.

7. ASISTENCIA DE ZONAS O PAÍSES VECINOS

Es probable que un siniestro con gran número de víctimas represente una carga excesiva para una comunidad con recursos limitados. Deberán establecerse planes y procedimientos para identificar y preparar una lista de las fuentes de asistencia externa. Deberán identificarse, consultarse y enumerarse los establecimientos vecinos, teniendo en cuenta la posibilidad de que ya podrían estar trabajando por encima de su capacidad. Toda medida de contingencia, por lo tanto, deberá prever las peores circunstancias posibles.

Deberá establecerse contacto con zonas o países vecinos y solicitar su consentimiento para brindarse apoyo mutuo. Si se atraviesan fronteras internacionales, deberán participar en los acuerdos los Ministerios de Relaciones Exteriores.

A. MOVILIZACIÓN

Una vez que se cuente con planes de asistencia adecuados y suficientes para la gama más amplia de situaciones, debe definirse claramente el tipo de asistencia requerido. La decisión de recurrir a la asistencia externa deberá tomarse lo antes posible, en función de lo que sea más apropiado para las víctimas y de los recursos externos que se soliciten.

Cuando se establece la necesidad de asistencia externa, el organismo legalmente autorizado emitirá la solicitud a los países, organismos regionales o internacionales que estén dispuestos a colaborar. Para facilitar este proceso, deberán adoptarse protocolos con los países y con los principales organismos regionales e internacionales.

Todas las solicitudes de asistencia externa que emanen de diferentes sectores, entidades u organizaciones nacionales deberán canalizarse a través del organismo nacional de protección contra desastres. Si se omite esta coordinación esencial, sólo se crea más confusión.

B. INTEGRACIÓN DEL PERSONAL EXTRANJERO

Los países u organizaciones que prestan asistencia deberán enviar al personal que corresponda a las especificaciones solicitadas. A su llegada, las brigadas de asistencia deberán presentarse directamente al organismo nacional de protección contra desastres, desde donde serán referidas al jefe de un sector específico para que se les asignen las tareas a realizar. Las brigadas extranjeras deberán integrarse en los planes locales y trabajar bajo la coordinación local y de conformidad con los procedimientos adoptados localmente.

Para facilitar la integración de las brigadas extranjeras se recomienda la normalización regional de los procedimientos de respuesta en casos de desastre y la capacitación regional conjunta.

8. IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS EN MASA

Para poner en práctica un Sistema de Atención de Víctimas en Masa deberá seguirse un proceso bien definido, planificado y administrado conjuntamente por el organismo nacional de protección contra desastres y el coordinador sectorial de salud respectivo.

A. FASE 1: ADOPCIÓN DEL SISTEMA COMO POLÍTICA NACIONAL

El Ministerio de Salud funcionará como un catalizador del proceso y asumirá la responsabilidad de presentar los objetivos y principios del sistema a las autoridades políticas del país. La fase 2 del proceso de implementación comenzará tan pronto como se decida:

- Incorporar esta estrategia de respuesta en la política nacional para casos de desastre,
- Apoyar el proceso propuesto de implementación

B. FASE 2: SENSIBILIZACIÓN

La sensibilización a todos los niveles y en todos los sectores es un componente imprescindible para la instauración exitosa del sistema. El Coordinador Nacional de protección contra desastres y el Coordinador Sectorial de Salud comparten la responsabilidad de la sensibilización, la que puede lograrse siguiendo los pasos indicados a continuación.

1. Consulta Nacional

Una reunión de un día de funcionarios a nivel de decisión y directores (de los sectores público y privado) en la cual se enunciará la política nacional y se presentará el marco general del sistema. El objeto de esta consulta es fomentar el consenso y el compromiso general.

2. Consulta Sectorial

Se organizarán consultas verticales dentro de cada sector a efectos de presentar el Sistema de Atención de Víctimas en Masa y definir la función específica de cada sector dentro del mismo. El objetivo es obtener consenso de los diferentes sectores en lo referente a su función y las vinculaciones con los demás.

3. Consulta Multisectorial

Mediante la consulta multisectorial se reúne al personal directivo de todos los sectores interesados con el objetivo de obtener consenso para el enfoque multisectorial y el compromiso con un programa de ejecución.

4. Sensibilización de las Comunidades

Se invitará a representantes de grupos comunitarios y de organizaciones no gubernamentales a la consulta nacional. La sensibilización general de la comunidad será simultánea al proceso de ejecución a través de los medios de comunicación y otros canales comunitarios. La comunidad participará ínte-

gramente en el desarrollo del componente distrital del Plan de Atención de Víctimas en Masa.

C. FASE 3: CAPACITACIÓN

Se capacitará aplicando un enfoque multi-sectorial. Se entrenará a un grupo de personas de los sectores pertinentes para dirigir operaciones en situaciones con demanda masiva a través de una serie de talleres y ejercicios. Cada una de las personas que reciban capacitación se encargará de adiestrar al personal de su sector. Cuando se produzca un siniestro con demanda masiva, las personas que integraron el grupo original dirigirán a sus respectivas brigadas.

Se organizará un simulacro de atención de demanda masiva tan pronto como se alcance un nivel básico de preparación, a efectos de fortalecer los vínculos entre los sectores y, con fines prácticos, para evaluar la puesta en marcha del sistema.

Se impartirán cursillos de manejo de crisis para los políticos y directores de alto nivel jerárquico.

D. INSTITUCIONALIZACIÓN DEL SISTEMA

La viabilidad del sistema dependerá de su grado de institucionalización. Cada país debe velar por la adopción de varias medidas básicas. Dado que en ciertos países los recursos podrían ser limitados, se recomienda adoptar un enfoque común dentro de la región.

1. Ley Nacional de Emergencias

Las estipulaciones de esta ley deberán incorporar la función definida de los directivos claves del Sistema de Atención de Víctimas en Masa (Anexo 1).

2. Descripción de Puestos

La responsabilidad de cada oficial en el manejo del sistema deberá ser parte de la descripción de su puesto, la cual también señalará los requisitos mínimos que exige el cumplimiento de esa función (Anexo 2).

3. Capacitación

Todos los médicos, enfermeras, oficiales de policía, oficiales de bomberos y otros socorristas deben recibir capacitación para la atención de víctimas en masa antes de su graduación o de su asignación laboral oficial. Todas las escuelas e instituciones de capacitación pertinentes deben incorporar en sus planes de estudios cursos sobre este manejo.

Deberán organizarse sesiones anuales de adiestramiento con simulacros a diversos niveles, con el objeto de perfeccionar los conocimientos y de que el personal esté siempre preparado. Los servicios de emergencia deben cumplir por lo menos los requisitos mínimos y estar en condiciones de funcionar según lo establecido a nivel regional.

Los establecimientos principales de atención de salud del distrito y los Departamentos hospitalarios de Urgencias deberán estar equipados con un número suficiente de botiquines que contengan equipo y suministros de emergencia para atender a un mínimo de 25 víctimas.

E. MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS EN MASA

El sistema debe evaluarse anualmente mediante un simulacro como parte de la capacitación anual. Cada dos años, este ejercicio será un componente del simulacro nacional que se organice para poner a prueba el Plan Nacional de Emergencias.

Si se produjese un incidente que deje un elevado saldo de heridos durante el año, el simulacro anual será remplazado por una sesión de rendición de cuentas y evaluación.

El Coordinador Nacional para casos de desastre, con el apoyo directo del Coordina-

dor Sectorial de Salud, asume la responsabilidad general de la gestión del sistema. El Ministerio de Salud, a través del Coordinador Sectorial, deberá velar por que se logre la más alta calidad de la atención de salud.

ANEXO 1

TARJETAS DE FUNCIONES

- | | |
|---|--|
| 1. OPERADOR DEL CENTRO DE COMUNICACIONES | 10. DIRECTOR DE TRATAMIENTO AGUDO (DIRECTOR DEL PUESTO MÉDICO DE AVANZADA) |
| 2. BRIGADA DE EVALUACIÓN INICIAL | 11. OFICIAL DE TRIAJE MÉDICO |
| 3. CUERPO DE BOMBEROS | 12. JEFE DEL EQUIPO ROJO |
| 4. BRIGADA DE BÚSQUEDA Y RESCATE | 13. OFICIAL DE EVACUACIÓN |
| 5. OFICIAL DE BÚSQUEDA Y RESCATE | 14. OFICIAL DE TRANSPORTE |
| 6. COORDINADOR DEL PUESTO DE MANDO | 15. EMPLEADO ADMINISTRATIVO DEL ÁREA DE TRIAJE |
| 7. OFICIAL DE BOMBEROS DEL PUESTO DE MANDO | 16. EMPLEADO ADMINISTRATIVO DEL ÁREA DE EVACUACIÓN |
| 8. OFICIAL DE POLICÍA DEL PUESTO DE MANDO | 17. CONDUCTOR DE LA AMBULANCIA |
| 9. FUNCIONARIO DE SALUD DEL PUESTO DE MANDO | |
-

Tarjeta de funciones**1. OPERADOR DEL CENTRO DE COMUNICACIONES**

- Recibe la llamada inicial o el mensaje de advertencia sobre el incidente
- Establece:
 - nombre y número telefónico de la persona que llama
 - naturaleza del incidente
 - ubicación exacta del incidente
 - hora en que sucedió
 - número aproximado de víctimas
- Comprueba la información (si se trata de un observador no calificado)
- Moviliza y envía una brigada al lugar de los hechos para efectuar una evaluación inicial
- Informa a los socorristas potenciales (que deberán mantenerse alertas)
- Recibe el informe de la evaluación inicial
- Despacha los recursos necesarios

Tarjeta de funciones**2. BRIGADA DE EVALUACIÓN INICIAL**

- Se desplaza rápidamente al lugar de los hechos
- Se identifica al jefe
- Establece:
 - ubicación precisa del incidente
 - hora en que sucedió
 - tipo de incidente
- Estima:
 - número de víctimas
 - otros riesgos potenciales
 - población expuesta
- El Jefe de la Brigada notifica la información inicial al Centro de Comunicaciones
- Traza un mapa sencillo de la zona, indicando:
 - principales características topográficas
 - áreas de riesgo potencial
 - víctimas
 - caminos de acceso
 - diversas áreas locales
 - límites de las áreas de acceso restringido
 - puntos cardinales
 - dirección del viento
- Dirige los recursos que llegan hasta que arribe un alto funcionario al lugar de los hechos
- Entrega el mapa y presenta un informe al primer alto funcionario que arribe
- Se presenta en la estación donde fue reasignado

Tarjeta de funciones

3. CUERPO DE BOMBEROS

El Cuerpo de Bomberos será responsable de las siguientes tareas:

- seguridad
- búsqueda y rescate
- reducción de riesgos
- definición de las áreas de acceso restringido
- designación de un oficial superior para colaborar en el Puesto de Mando
- designación de un Oficial de Transporte para colaborar en el Puesto de Mando

Tarjeta de funciones

4. BRIGADA DE BÚSQUEDA Y RESCATE

- Ubica a las víctimas
- Retira a las víctimas de lugares peligrosos y las lleva al punto de reunión (si fuera necesario)
- Efectúa el triaje inicial de las víctimas (agudas/no agudas)
- Proporciona primeros auxilios esenciales
- Traslada a las víctimas al Puesto Médico de Avanzada

Tarjeta de funciones

5. OFICIAL DE BÚSQUEDA Y RESCATE

- Coordina las actividades de búsqueda y rescate mediante:
 - identificación y asignación de brigadas
 - supervisión de las brigadas
 - establecimiento de la Zona de Acopio cuando sea necesario
 - coordinación del traslado de los pacientes de ésta al Puesto Médico de Avanzada
 - comunicación con el Puesto de Mando para reforzar los recursos
 - garantía de la seguridad y el bienestar de las brigadas de Búsqueda y Rescate

Tarjeta de funciones

6. COORDINADOR DEL PUESTO DE MANDO

- Se encarga de la coordinación general de las operaciones en el lugar del siniestro
- Recibe informes de los otros oficiales del Puesto de Mando
- Evalúa continuamente la situación general
- Coordina las solicitudes entre sectores locales
- Asegura los enlaces entre los sectores
- Asegura el bienestar de todo el personal que participa en las operaciones en el lugar del siniestro
- Mantiene un enlace con la sede central (por ejemplo, el Centro de Operaciones de Emergencia)
- Autoriza la entrega de comunicados a los medios de difusión
- Funciona como enlace entre las operaciones en el lugar del siniestro y el sistema de apoyo
- Asegura la comunicación radiofónica adecuada

Tarjeta de funciones**7. OFICIAL DE BOMBEROS DEL PUESTO DE MANDO**

- Coordina las actividades del Cuerpo de Bomberos en el lugar del siniestro (garantiza la seguridad, búsqueda y rescate)
- Ayuda en la organización del transporte
- Administra las necesidades de recursos del Cuerpo de Bomberos mediante:
 - evaluación continua
 - solicitudes de apoyo
 - rotación oportuna del personal
 - retiro del personal que ya no es necesario
- Informa al coordinador del Puesto de Mando

Tarjeta de funciones**9. FUNCIONARIO DE SALUD DEL PUESTO DE MANDO**

- Supervisa la atención local de las víctimas
- Proporciona el enlace con el sistema de salud/médico de apoyo
- Asegura el suministro adecuado de recursos humanos y equipo
- Recibe informes del director del Puesto Médico de Avanzada (Director de Tratamiento de Agudos)
- Despliega y dirige al personal de salud
- Informa al coordinador del Puesto de Mando

Tarjeta de funciones**8. OFICIAL DE POLICÍA DEL PUESTO DE MANDO**

- Asegura el establecimiento y mantenimiento de la comunicación radiofónica
- Ejecuta las medidas de seguridad a efectos de:
 - mantener áreas de acceso restringido
 - proporcionar control de multitudes y tránsito
- Administra los recursos policiales en el lugar de los hechos mediante:
 - evaluación continua de las necesidades
 - redespliegue de los oficiales de policía
 - solicitudes de apoyo
 - abastecimiento adecuado del equipo necesario
- Por lo general, es el coordinador del Puesto de Mando

Tarjeta de funciones

10. DIRECTOR DE TRATAMIENTO AGUDO (DIRECTOR DEL PUESTO MÉDICO DE AVANZADA)

- Supervisa el triaje y la estabilización de las víctimas en el Puesto Médico de Avanzada
- Establece la organización interna del Puesto Médico de Avanzada
- Dirige al personal del Puesto Médico de Avanzada
- Asegura un flujo eficaz de víctimas
- Asegura la disponibilidad de equipo y suministros adecuados en cada área de tratamiento
- En colaboración con el Oficial de Transporte, el funcionario de salud del Puesto de Mando y el hospital que recibe a las víctimas, organiza el traslado de los pacientes
- Decide el orden del traslado de las víctimas, el modo de transporte, la tripulación y lugar adonde serán llevadas
- Vela por el bienestar del personal
- Informa al funcionario de salud del Puesto de Mando

Tarjeta de funciones

11. OFICIAL DE TRIAJE MÉDICO

- Recibe a las víctimas a la entrada del Puesto Médico de Avanzada
- Examina y evalúa el estado de cada víctima
- Clasifica a los pacientes con una etiqueta según el siguiente código:
Rojo: Estabilización inmediata
Amarillo: Vigilancia directa, la atención puede esperar
Verde: Tratamiento con retrasos menores o ningún tratamiento
Negro: Fallecidos
- Dirige a la víctima al área de tratamiento apropiada
- Informa al director del Puesto Médico de Avanzada

Tarjeta de funciones

12. JEFE DEL EQUIPO ROJO

- Recibe a los pacientes del triaje médico
- Examina y evalúa el estado de la víctima
- Instituye las medidas para estabilizar a la víctima
- Vigila continuamente la evolución de las víctimas
- Re-evalúa y transfiere a las víctimas a otras áreas de tratamiento
- Asigna prioridad de evacuación a las víctimas
- Solicita evacuación según la lista de prioridades
- Informa al Director del Puesto Médico de Avanzada

Tarjeta de funciones**13. OFICIAL DE EVACUACIÓN**

- Recibe a las víctimas que serán evacuadas
- Evalúa la estabilidad de la víctima
- Evalúa la seguridad del equipo conectado a las víctimas y corrige las deficiencias
- Verifica que la inmovilización sea adecuada
- Verifica que la etiqueta esté firmemente sujeta
- Mantiene a las víctimas en observación hasta el momento del traslado
- Supervisa la colocación de la víctima en el vehículo y verifica que la escolta reciba instrucciones
- Informa al director del Puesto Médico de Avanzada

Tarjeta de funciones**15. EMPLEADO ADMINISTRATIVO DEL ÁREA DE TRIAJE**

- Mantiene un registro de todas las víctimas admitidas al triaje médico
 - Registra:
 - nombre o número de identificación
 - edad, en lo posible
 - sexo
 - hora de llegada
 - categoría de lesión asignada
- Recibe órdenes del Oficial de Triaje

Tarjeta de funciones**14. OFICIAL DE TRANSPORTE**

- Coordina y supervisa el transporte de las víctimas
- Identifica las rutas de acceso y comunica el flujo de tránsito a los conductores
- Supervisa a todos los conductores de ambulancias y vehículos asignados
- Recibe solicitudes de transporte
- Asigna tareas apropiadas conforme a necesidades concretas
- Mantiene un registro del movimiento de todos los vehículos bajo su control
- Recibe órdenes del director del Puesto Médico de Avanzada

Tarjeta de funciones**16. EMPLEADO ADMINISTRATIVO DEL ÁREA DE EVACUACIÓN**

- Mantiene un registro de todas las víctimas que salen del Puesto Médico de Avanzada
 - Registra:
 - nombre o número de identificación
 - categoría de lesión
 - hora de salida
 - modo de salida (vehículo) y escolta
 - destino
- Recibe órdenes del Oficial de Evacuación

Tarjeta de funciones**17. CONDUCTOR DE AMBULANCIA**

- Permanece en el vehículo en todo momento
- Responde con prontitud a las directivas del Oficial de Transporte
- Asegura que el vehículo esté estacionado en el área designada y listo para partir
- Transporta a los pacientes de conformidad con las reglas e instrucciones de seguridad
- Recibe órdenes del Oficial de Transporte

ANEXO 2

PERFILES DE PUESTOS

- | | |
|--|---|
| 1. COORDINADOR DEL PUESTO DE MANDO | 5. OFICIAL DE TRIAJE LOCAL DEL ÁREA DE TRATAMIENTO DE NO AGUDOS |
| 2. MÉDICO DEL PUESTO DE MANDO | 6. OFICIAL DE EVACUACIÓN |
| 3. DIRECTOR DEL PUESTO MÉDICO DE AVANZADA | 7. OFICIAL DE TRANSPORTE |
| 4. OFICIAL DE TRIAJE LOCAL DEL ÁREA DE TRATAMIENTO DE AGUDOS | 8. OFICIAL DE BÚSQUEDA Y RESCATE |
-

1. COORDINADOR DEL PUESTO DE MANDO

- Oficial de policía de alto rango
- Adiestrado en el manejo de heridos en masa
- Capacitado en el uso de radiocomunicaciones
- Capacitado en control de tránsito
- Sólidos conocimientos sobre seguridad y vigilancia
- Capacitado en operaciones en el lugar del siniestro
- Capacitado en administración de recursos humanos y materiales

2. MÉDICO DEL PUESTO DE MANDO

- Médico o enfermera
- Adiestrado en atención de víctimas en masa
- Capacitado en el manejo de recursos humanos
- Capacitado en radiocomunicaciones
- Capacitado en operaciones en el lugar del siniestro
- Sólidos conocimientos de los recursos del sector salud
- Sólidos conocimientos sobre la organización del sector salud

3. DIRECTOR DEL PUESTO MÉDICO DE AVANZADA

- Enfermera, paramédico, técnico en urgencias médicas
- Adiestrado en atención de víctimas en masa
- Capacitado en el manejo de atención pre-hospitalaria
- Capacitado en administración de personal
- Capacitado en radiocomunicaciones
- Capacitado en operaciones logísticas
- Sólidos conocimientos de los recursos de atención de salud del país

4. OFICIAL DE TRIAJE LOCAL DEL ÁREA DE VÍCTIMAS AGUDAS

- Médico de Urgencias
- Adiestrado en atención de víctimas en masa
- Capacitado en operaciones en el lugar del siniestro
- Capacitado en atención en el lugar del siniestro
- Sólidos conocimientos de los recursos de atención de salud del país

5. OFICIAL DE TRIAJE LOCAL DEL ÁREA DE VÍCTIMAS NO AGUDAS

- Enfermera, paramédico, o técnico en urgencias médicas
- Adiestrado en atención de víctimas en masa
- Capacitado en atención en el lugar del siniestro
- Capacitado en operaciones en el lugar del siniestro

6. OFICIAL DE EVACUACIÓN

- Paramédico, técnico en urgencias médicas o médico
- Adiestrado en atención de víctimas en masa
- Capacitado en transporte y evacuación médica
- Sólidos conocimientos de los establecimientos de atención de salud
- Sólidos conocimientos de organización del transporte

8. OFICIAL DE BÚSQUEDA Y RESCATE

- Oficial de Bomberos
- Adiestrado en técnicas de búsqueda y rescate
- Adiestrado en operaciones de seguridad
- Adiestrado en atención de víctimas en masa
- Capacitado en dirección de personal
- Capacitado en operaciones en el lugar del siniestro

7. OFICIAL DE TRANSPORTE

- Oficial de bomberos, oficial de policía u oficial del servicio de ambulancias
- Adiestrado en atención de víctimas en masa
- Capacitado en el control de tránsito de ambulancias
- Capacitado en radiocomunicaciones
- Sólidos conocimientos de los recursos de transporte del país
- Sólidos conocimientos de las rutas de acceso a los establecimientos de atención de salud

BIBLIOGRAFÍA

- Butman, A.M., *Responding to the Mass Casualty Incident. A Guide for EMS Personnel*. Akron, Ohio: Emergency Training, 1982.
- Canada, Ministry of National Health and Welfare, Report of the Sub-Committee on Institutional Program Guidelines, *Pre-Hospital Emergency Care Services*, 1985.
- De Boer, J., Baillie, T.W., *Disasters - Medical Organization*. Oxford: Pergamon Press, 1980.
- Garcia, L. Malm, *Disaster Nursing*, Rockville, Md: Aspen Publications, 1985.
- Hafen, B.Q., Karren, K.J., Petersen, R.A., *Pre-Hospital Emergency Care and Crisis Intervention Workbook*, 3rd edition, Englewood, Colo.: Morzon Publishing Co., 1989.
- Noto, R., Hugwenard, P., Larcan, A., *Médecine de Catastrophe*, Paris: Editions Masson, 1987.
- Pons, J. *Mémento de Chirurgie de Guerre*. Paris: Editions ORA/GEF; 1984.
- Savage, P.E.A., *Disasters - Hospital Planning*, Oxford: Pergamon Press Ltd., 1973.
- Seaman, J., *Epidemiology of Natural Disasters*, Basel, Switzerland: S. Karger, 1984.
- Spirgi, R., *Manual de Atención Médica de Emergencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica.