

## **ATENCIÓN DE HERIDOS EN MASA**

**JUAN PABLO SARMIENTO PRIETO M.D.**  
Coordinador Nacional del Plan de Preparativos para  
Emergencias y Desastres.  
Ministerio de Salud Colombia

## **MANEJO DE REACCIONES PSICOLÓGICAS ANTE UNA SITUACIÓN DE DESASTRE**

**LIGIA ESTRADA GONZALEZ**  
Psicóloga, Coordinadora de Salud,  
RESURGIR (Fondo de Reconstrucción)  
Caldas Colombia

**JUAN PABLO SARMIENTO PRIETO M.D.**

Este manual fue impreso gracias al aporte técnico  
y Financiero de la Organización Panamericana de la Salud  
1987

## INDICE

ATENCIÓN DE HERIDOS EN MASA	9
– Comunicaciones	10
– Suministros	
– Transporte	
– Seguridad	
– Atención Médica	
1. Atención en el área del desastre	11
1.1 Cordón de seguridad	
1.2 Búsqueda y rescate de heridos	
1.3 Transporte de víctimas	
1.4 Clasificación de heridos	
2. Transporte	17
2.1 Transporte adecuado	
2.2 Registro pacientes evacuados	
2.3 Programación y coordinación del traslado	
2.4 Reabastecimiento de elementos	
3. Atención en centros médico-asistenciales	18
3.1 Activación planes de emergencia hospitalarios	
3.2 Triage	
4. Redistribución entre hospitales	21
ANEXO 1	
Conformación de un equipo de triage	23
Funciones	

## INTRODUCCION

*La atención de heridos en masa cambia el concepto tradicional de la atención individual de pacientes, para lo cual ha sido capacitado y entrenado el personal de Salud. El incremento de las consecuencias de los desastres naturales y el aumento inusitado en desastres creados por el hombre, ameritan un cambio radical en la atención de pacientes, en donde se involucran sistemas como el triage que permitan racionalizar la atención, otorgándoles posibilidades de supervida al mayor número de personas.*

*El capítulo sobre el manejo de las reacciones psicológicas ante una situación de desastre, cobra día a día mayor interés y ha sido motivo de estudio de muchos investigadores; se pretende con este artículo proponer una organización, una clasificación y un modelo de atención que permita tener en cuenta aspectos de salud mental desde la fase previa al desastre, pasando por la etapa de emergencia y culminando con la de rehabilitación.*

<b>ANEXO 2</b>	
Tabla de registro pacientes de triage	25
<b>ANEXO 3</b>	
Sistema de atención de emergencias y desastres	26
<b>ANEXO 4</b>	
Sistema de Información	27
Tablero de ambulancias	28
Instructivo para el registro individual de pacientes atendidos remitidos SIE 1	29
Formulario SIE 1	30
Instructivo registro pacientes transportados SIE 2	31
Formulario SIE 2	
Manejo del registro diario de consulta en puestos de socorro SIS 1	33
Formulario SIS 1	34
Formulario de egreso hospitalario SIS 110	35
<b>MANEJO DE LAS REACCIONES PSICOLOGICAS ANTE UNA SITUACION DE DESASTRE</b>	<b>37</b>
Introducción	
1. Objetivos	41
1.1 Objetivo general	
1.2 Objetivos específicos	
2. Sujeto de trabajo	41
3. Recurso Humano	41
4. Evolución del comportamiento ante desastres	41
4.1 Fase de amenaza	42
4.1.1 Asignación de tareas	
4.1.2 Realización de talleres de simulación	
4.1.3 Efectuar simulacros	
4.2 Fase de choque	43
4.3 Fase de readaptación	44
4.4 Secuelas	45

# **ATENCION DE HERIDOS EN MASA**

Por: Juan Pablo Sarmiento P.

## ATENCION DE HERIDOS EN MASA

La atención de heridos en masa, constituye un capítulo fundamental en la formación de personal médico y paramédico. Hasta la fecha son contadas las universidades que han incluido en su currículum algunos temas relacionados con desastres. No solo en el campo de la Medicina, Enfermería, Bacteriología, Psicología, Trabajo Social, Nutrición, Promotores de Salud, sino que debiera extenderse a otras áreas como Agronomía, Arquitectura, Ingeniería y otras profesiones, que han tenido que participar intensamente en la atención de Emergencias ocurridas en los últimos años.

Es indispensable contar con una organización a nivel local, regional y nacional que se reúna periódicamente, tanto en épocas de normalidad como de emergencia, con el fin de establecer responsabilidades en la planeación de la prevención y atención de Desastres.

En los mencionados comités deben hacerse presentes autoridades locales, fuerzas armadas, entidades de socorro, bomberos, representantes del sector salud y otros miembros que se estimen necesarios en la atención de una Emergencia, teniendo en cuenta que el número de participantes no debe ser mayor de 10 ya que dificulta la operatividad del comité.

En condiciones de normalidad, se deben hacer los análisis de vulnerabilidad definiendo claramente los riesgos, inventarios de recursos y los planes de ACCION para cada región y evento posible; planteamientos que marcarán la eficiencia y la oportunidad en la atención del desastre.

Hay cinco áreas que deben cubrirse inmediatamente ocurre una Emergencia y su responsabilidad debe establecerse con anterioridad al evento:

**Comunicaciones:** De acuerdo al inventario de recursos se fijará un Centro de Comunicaciones, en lo posible fuera del área de riesgo, pero inmediato a ésta, con fuentes de energía propia; se anotarán las frecuencias a utilizar en caso de una emergencia, con la responsabilidad de intercomunicar a todos los grupos participantes en el evento. Se integrará un sistema de información para efectuar solicitudes Nacionales e Internacionales. Constituyéndose en el grupo de apoyo más importante en caso de Emergencia.

**Suministros:** El comité establecerá los lugares de acopio, garantizando el correcto y funcional almacenaje, con un inventario permanentemente actualizado y con la seguridad del establecimiento escogido.

**Transporte:** Al igual que en el caso de las comunicaciones, debe planearse la utilización de los recursos disponibles, tanto públicos como privados y oficiales, organizando un sistema de apoyo: aéreo, terrestre y acuático según el área donde ocurra el suceso; fijando claras responsabilidades y un puesto de mando a cargo de autoridades de tránsito o fuerzas armadas que garantice orden y eficiencia en todas las labores.

**Seguridad:** A cargo de las Fuerzas Militares o Policivas encargadas del orden público, que colaboren en las labores de la atención y apoyen los puntos mencionados ya que cuentan con una logística, preparación y disponibilidad permanente.

**Atención Médica:** Motivo del presente trabajo:

1. Atención en el área de Desastre
2. Transporte de lesionados
3. Atención en centros médicos asistenciales
4. Redistribución de pacientes entre hospitales

## 1. ATENCION EN EL AREA DE DESASTRE

La experiencia nos muestra claramente que durante las primeras horas, quienes participan en las labores de búsqueda y rescate de víctimas, son los mismos sobrevivientes, razón por la cual es tan importante la capacitación de la comunidad en labores de primeros auxilios, planes de evacuación, etc.; posteriormente acuden grupos de salvamento, fuerzas armadas, voluntarios aislados, gran cantidad de curiosos y saqueadores. Debe diseñarse un sistema de control para organizar el flujo de personas hacia el área de desastre, para así cubrir en la forma más eficiente las necesidades, entre las cuales mencionamos de acuerdo al orden de secuencia:

- 1.1. **Cordón de Seguridad:** A cargo de las autoridades y Fuerzas Armadas locales, con refuerzos de acuerdo a las necesidades, evitando así el ingreso de personal no calificado y el saqueo, colaborando en las labores de rescate.
- 1.2. **Búsqueda y rescate de heridos:** Esta fase es simultánea a la anterior, estará a cargo de personal calificado y su función como su nombre lo indica es la búsqueda, rescate y estabilización in situ si es posible basándose en medidas básicas de primeros auxilios.
- 1.3. **Transporte de víctimas:** Una vez rescatados los heridos es necesario trasladarlos a un área inmediata al sitio de desastre, donde se encuentren fuera de peligro.
- 1.4. **Clasificación de heridos:** En el área mencionada en el punto anterior se van a iniciar las labores de triage y tagging.
  - 1.4.1. Entendiendo triage como clasificación de heridos para establecer la prioridad de atención médica y transporte teniendo en cuenta, la magnitud del desastre, localización del área del desastre, el recurso humano y físico disponible.

**Magnitud del desastre:** Es indispensable conocer el número aproximado de víctimas, con el fin de establecer una clasificación lo más eficiente posible, pu-

diendo ser necesario organizar más de un sitio de triage o instalar un centro de atención médica in situ, o permitir una evacuación pronta y ágil hacia centros asistenciales los cuales ya deben de tener planes de emergencia hospitalaria interna y externa en forma operativa para garantizar la captación de heridos en una forma óptima.

**Localización del área del desastre:** una vez ocurrido el desastre, deben elaborarse las cartas geográficas del lugar, estableciendo la zona de triage, localizando las vías de acceso, áreas de evacuación, campamentación y centros de atención médica, indicando las características del hospital y sus capacidades para optimizar la remisión y atención de pacientes, ubicar helipuertos, aeropuertos y puertos tanto permanentes como provisionales, acciones que en lo posible deben estar ya consignadas previamente en los "Análisis de vulnerabilidad", en los cuales se identifican las zonas de riesgo, estableciendo un inventario de recursos disponibles y un plan de acción en caso de presentarse la emergencia.

**Recurso humano y físico disponible:** De acuerdo al tipo de personal disponible en el área: Médicos, Especialistas, Enfermeras, etc., del equipo y medios con que se cuente, se podrá pensar en establecer en forma pronta Centros de Atención Médica de acuerdo al triage establecido en el mismo lugar del desastre o procederse a evacuar pacientes a Centros Asistenciales próximos o distantes, de acuerdo al tipo de lesiones, a las características de los hospitales y al tipo de transporte disponible en este momento. Características que van a determinar en forma directa el triage, el cual partiendo de una base netamente clínica, podrá variar para casos médicamente idénticos de una región a otra, y entre mayor sea la desproporción entre demanda y oferta de asistencia médico asistencial, la necesidad de un triage adecuado es cada vez más importante para otorgarle atención al mayor número de personas y postergar la atención de aquellos en los cuales localmente o de acuerdo a las posibilidades de remisión, difícilmente se podría mejorar su pronóstico de vida.

1.4.2. El tagging es en sí la materialización de la labor de triage, consistente en consignar en tarjetas previamente elaboradas, los datos de identificación, tipo de lesión, medicamentos y/o procedimientos realizados para la estabilización del paciente y establecer la prioridad de transporte (ver gráfica de las tarjetas).

**Identificación:** Es un proceso esencial en la clasificación de heridos en donde corrientemente se falla, omitiendo información fácil de consignar en las tarjetas de triage en el momento inicial, con graves consecuencias posteriores. En pacientes cuyo nombre o edad no es factible establecer por el estado del herido, se debe anotar la edad aproximada, sexo, tipo de lesión, la zona donde fue rescatado, fecha y hora, datos que ayudarán a la identificación posterior del paciente.

**Numeración de las tarjetas:** Permite un fácil registro estadístico y a la vez un control en las remisiones.

**Esquinas Superiores:** Deben ser desprendidas por el socorrista o el transportador según sea quien haga la anotación del triage.

**Tipo de Accidente:** Se refiere al evento que ocasiona la situación, Ej.: Accidente automovilístico.

**Lesiones:** Debe anotarse la Patología más sobresaliente que causa el estado morbozo.

**Remisión:** Centro asistencial al cual se evacúa el paciente.

**Colores:** La franja de color inferior indica la prioridad establecida; de requerirse una superior deberá desprenderse la(s) inmediatamente inferior(es).

**Drogas o procedimientos:** En esta casilla se anotan todos los medicamentos y procedimientos efectuados, con el fin de iniciar una historia clínica y así evitar duplicación de esfuerzos y errores de terapéutica.

Nº 657295

Nº 657295

TRATAMIENTO ADMINISTRADO EN EL SITIO DEL ACCIDENTE

Socorrista

Transportador

REPUBLICA DE COLOMBIA SISTEMA NACIONAL DE SALUD CLASIFICACION DE VICTIMAS

Nº 657295

HORA \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre del responsable M  O  Enf  Otro

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

RESUMIDO A \_\_\_\_\_

Lugar del evento \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO INICIAL EN EL HOSPITAL

TIPO DE ACCIDENTE \_\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_

LESIONES \_\_\_\_\_

Nombre del responsable M  O  Enf  Otro

PRIORIDAD DE TRASLADO



657295

657295



Nº 657295



657295

Prioridad de Evacuación: Consistente en establecer un orden en la necesidad de evacuación utilizando cuatro colores para la clasificación así:

- NEGRA: Mínima
- ROJA: Inmediata
- AMARILLA: Diferida
- VERDE: No es necesaria

Esta norma debe ser conocida no solo por los médicos, sino por el personal de socorro, transporte y apoyo. Es importante saber que la clasificación se basa en el beneficio que los heridos puedan esperar de la atención Médica y no con base únicamente a la severidad de las lesiones, ya que la conducta de selección es totalmente diferente a una situación normal, de cualquier servicio de urgencias, donde el más grave tiene prioridad sin tener en cuenta el pronóstico.

#### Criterios para la clasificación:

**Tarjeta Roja:** Pacientes con necesidad inmediata de evacuación, por tanto tiene la primera prioridad de atención como de transporte, definiéndose como pacientes críticos recuperables incluyendo dentro de este grupo las siguientes lesiones:

- Problemas respiratorios no corregibles en el sitio de desastre.
- Paro cardíaco (presenciado).
- Pérdida apreciable de sangre (más de un litro)
- Pérdida de conciencia
- Perforaciones torácicas o heridas penetrantes abdominales.
- Algunas fracturas graves:
  - . Pelvis
  - . Tórax
  - . Fracturas de vértebras cervicales
- Fracturas o luxaciones con compromiso vascular
- Conmoción severa.
- Quemaduras asociadas a lesiones sobre vías respiratorias.

**Tarjeta Amarilla:** Pacientes que permiten diferir su atención y su evacuación, requieren de cuidados, pero sus lesiones no son de tal gravedad como para que sus vidas corran peligro.

Dentro de éstas:

- Quemaduras de segundo grado que compromete más del 30% de la superficie corporal.

- quemaduras asociadas a lesiones sobre tejidos blandos y fracturas.
- Quemaduras de tercer grado que cubren más del 10%.
- Quemaduras de tercer grado que involucran manos, pies, cara, sin compromiso de vías respiratorias.
- Pérdida moderada de sangre (500 a 1000 cc.).
- Lesiones con o sin daño de columna vertebral.
- Pacientes con trauma craneoencefálico importante, que muestre alguno de los siguientes signos:
  - . Otoliquía o rinoliquía
  - . Aumento rápido de presión sistólica
  - . Vómitos de proyectil
  - . Alteraciones del ritmo o frecuencia respiratoria
  - . Pulso menor de 60 por minuto
  - . Edema o equimosis periorbitaria
  - . Pupilas anisocóricas
  - . Colapso
  - . Respuesta motora débil o no presente

**Tarjeta Verde:** Pacientes con la tercera prioridad de evacuación. Pertenecen a este grupo:

- Fracturas menores, como dedos, dientes, etc.
- Lesiones menores como abrasiones, contusiones.
- Quemaduras menores:
  - . Quemaduras de segundo grado que cubren menos del 15%.
  - . Quemaduras de tercer grado que cubren menos del 20%.
  - . Quemaduras de primer grado que cubren menos del 20% , excluyendo manos, pies y cara.

**Tarjeta Negra:** Pacientes fallecidos; sin pulso o respiración; que estuvieron por más de 20 minutos en esta condición.

En la mayoría de los textos hay un grupo de pacientes que se clasifica dentro de la tarjeta amarilla, pero que por efectos prácticos debe individualizarse de ésta y los denominemos como críticos no recuperables, que son aquellos pacientes cuyas lesiones hacen impo-

sible maniobras de resucitación o que por los medios disponibles no es factible estabilizar siquiera; el tiempo a utilizar en estos lesionados podría ser dedicado a pacientes con posibilidad de recuperación:

- Quemaduras de segundo y tercer grado de más del 40% .
- Quemaduras de iguales características a las anteriores asociadas a fracturas, lesiones craneoencefálicas, torácicas, etc.
- Trauma craneoencefálico con tejido cerebral expuesto y paciente inconciente.
- Trauma craneoencefálico con paciente inconciente asociado a fracturas mayores.
- Lesiones columna vertebral con ausencia de sensibilidad y movimiento.
- Pacientes mayores de 70 años con lesiones mayores.

Debe considerarse que si el número de pacientes con tarjeta roja es muy poco, o no hay, se revisarán todos los casos de pacientes críticos no recuperables con el fin de ofrecerles una oportunidad de sobrevivencia. Si el tipo y magnitud del desastre hace necesario practicar el triage dentro de la zona misma de desastre, aún antes de realizar el rescate de las víctimas, éstos deberán ser removidos de acuerdo al siguiente orden:

Atrapados o sepultados:

1. Pacientes con tarjeta roja
2. Pacientes con tarjeta amarilla
3. Pacientes con tarjeta verde
4. Pacientes no atrapados o sepultados así:
  - 4.1. Pacientes con tarjeta roja
  - 4.2. Pacientes con tarjeta amarilla
  - 4.3. Pacientes con tarjeta negra
5. Pacientes con tarjeta negra

## 2. TRANSPORTE

Deberá efectuarse respetando las prioridades establecidas por el grupo de triage y cumplirá en lo posible los siguientes requisitos:

- 2.1. **Transporte adecuado:** Al tipo de lesión, como camillas rígidas en trauma de columna, aviones presurizados en patología pulmonar, etc., garantizando el posterior manteniendo estable el paciente y procurando en lo posible iniciar tratamiento.
- 2.2. **Registro de pacientes evacuados:** No existe emergencia tal, que no permita un registro completo de los pacientes a trasladar, anotando con claridad el destino del herido.
- 2.3. **Programación y coordinación del traslado:** La evacuación debe corresponder a una planeación, utilizando en lo posible las características de los hospitales y sus capacidades, para la remisión de los diferentes tipos de lesiones en la forma adecuada; procurando evitar la disgregación familiar.
- 2.4. **Reabastecimiento de elementos:** Los elementos utilizados en el transporte de pacientes, deben ser regresados al área del desastre para no obstaculizar las labores de rescate, al igual que la evacuación misma.

### 3. ATENCION EN CENTROS MEDICO-ASISTENCIALES

- 3.1. **Activación Planes de Emergencia Hospitalaria:** De acuerdo al tipo de desastre, a la cercanía a centros asistenciales y a los medios de transporte disponibles, los hospitales tendrán que imponer el alerta rojo o el alerta verde del plan de Emergencia para así prepararse al recibo de pacientes en masa.
- 3.2. **Triage:** Al arribo de pacientes al hospital deberá efectuarse un nuevo triage, con el fin de detectar cambios en cuadros clínicos, que ocasionen variación en las prioridades.

Es en este punto donde se deben tener en cuenta clasificaciones más objetivas para evaluar la severidad del trauma y poder así clasificar mejor los grupos de pacientes críticos recuperables (Tarjeta Roja) de los críticos no recuperables (Tarjeta Negra) y de los diferibles (Tarjeta Amarilla), haciendo énfasis en la dificultad de diferenciar los dos primeros.

Al utilizar la escala denominada en inglés CRAMS o en español CRAMP empleamos 5 variables sencillas para evaluar el trauma así:

C	Circulación
R	Respiración
A	Abdomen
M	Motor
P	Palabra o expresión

Dándole los siguientes valores:

**Circulación:**

– Llenado capilar normal o Presión sistólica mayor de 100	2
– Llenado capilar lento o Presión sistólica entre 85 y 100	1
– No hay llenado capilar Presión sistólica menor de 85	0

**Respiración:**

– Normal	2
– Anormal (Disnea, Respiración Abdominal o frecuencia respiratoria mayor de 35)	1
– Ausente	0

**Abdomen:**

– Abdomen y tórax no comprometidos	2
– Abdomen y/o tórax comprometidos	1
– Abdomen rígido, tórax inestable o heridas penetrantes o tórax o abdomen	0

**Motor:**

– Normal (obedece órdenes)	2
– Respuesta al dolor únicamente	1
– Posturas en flexión o hiperextensión	0

**Palabra o Expresión:**

– Normal	2
– Confuso o Incoherente	1
– Ininteligible o ausente	0

Estas tablas fueron aplicadas a 2.110 pacientes con los siguientes resultados: (\*)

En el servicio de Urgencias:

CRAMP	No. Pacientes	No. Muertes	% Muertes
0	25	24	96
1-6	90	17	18,9
7 ó +	1995	1	0,05

En el servicio de Urgencias y el Hospital:

CRAMP	No. Pacientes	No. Muertes	% Muertes
0	25	25	100
1-6	90	46	51
7 ó +	1995	3	0,15

Pudiéndose deducir del presente trabajo, aplicándolo a nuestra clasificación:

Críticos no recuperables	CRAMP 0	Tarjeta Negra
Críticos recuperables	CRAMP 1-6	Tarjeta Roja
Diferibles	CRAMP 7 ó +	Tarjeta Amarilla y Verde

Este método debería ser parte de todos los servicios de Urgencias en especial de los Hospitales Universitarios, para servir de base al entrenamiento de estudiantes y personal hospitalario, que los capacitará en la forma más adecuada para una eventualidad de atención a heridos en masa.

(\*) The journal of trauma 1.985  
 0022 - 5282/85/2503/0188  
 0022 - 5282/85/2501/0060  
 0022 - 5282/85/2506/0482

#### 4. REDESTRIBUCION DE PACIENTES ENTRE HOSPITALES

Una vez se inician los tratamientos en los hospitales regionales y locales, se deberá realizar un censo de recurso físico y humano para contemplar la posibilidad de redistribuir pacientes, teniendo en cuenta las capacidades, especialidades y medios con que cuenta cada Centro Médico-Asistencial.

NOTA: La experiencia en la atención de heridos en masa de gran magnitud como la ocurrida el 13 de Noviembre de 1985 en Armero (Colombia) muestra la dificultad de la utilización de las tarjetas cuando el número de víctimas es muy alto; el desastre en mención ocasionó más de 2.000 heridos, movilizados en 48 horas aproximadamente; deben estudiarse mecanismos sencillos y prácticos que puedan suplir inicialmente las tarjetas de triage en ciertos eventos. Durante los simulacros de emergencia hospitalaria efectuada en Diciembre de 1985 en el Departamento de Nariño (Colombia), se utilizó cintas adhesivas de colores rojo, amarillo, verde y negro en la frente del paciente y en forma de brazalete, complementando con información de identificación y drogas suministradas anotadas en un esparadrapo (vendaje adhesivo) adherido a una extremidad. Medidas éstas que a pesar de ser rudimentarias guardan los lineamientos mínimos establecidos para las tarjetas de triage; demostraron ser de fácil adquisición, bajo costo, utilización sencilla para aquellas situaciones en donde por diversos motivos no se encontraban disponibles las tarjetas impresas de triage.

## BIBLIOGRAFIA

- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD  
Organización de los servicios de salud para situaciones de  
desastre. 1983.
- GREENSPAN, L.; McLELLAN, B.  
Abbreviated Injury Scale and Injury Severity Score: A  
Scoring Chart.  
The journal of trauma 0022-5282-85-2501-0060
- KANE, G.; NEGELHARDT, R.  
Emperical Development and Evaluation of Prehospital  
Trauma Triage Instruments.  
The journal of trauma 0022-5285-85-2506-0482
- CIEMMER, T.; ORME, J.  
Prospective Evalucion of the crams scale for Triagine  
mayor trauma  
The jornal of trauma 0022-5282-85-2503-0188
- BAKER, J.  
The management of Mass Casualty Disasters.  
Priorites in Multiple Trauma. Publicación ASPEN, London,  
England, 1980.

## ANEXO I

### CONFORMACION DE UN EQUIPO DE TRIAGE

La composición del Equipo de Triage, varía en forma importante como ya se mencionó de acuerdo a la magnitud del Desastre, a la localización del área del Desastre y al Recurso Humano y Físico disponible. Sin embargo, consideramos tres recursos humanos mínimos para efectuar la labor en una forma rápida, oportuna y eficaz:

- MEDICO Jefe del Grupo de Triage
- ENFERMERA
- SOCORRISTA O VOLUNTARIOS
- PERSONAL DE APOYO

#### FUNCIONES:

- MEDICO Jefe del Grupo de Triage:
  - Examinar en forma ágil e integral a las víctimas, con el fin de determinar la prioridad de Atención Médica como de transporte o evacuación.
  - Controlar el llenado de las tarjetas de Triage.
  - Ordenar las medidas, procedimientos y terapéutica necesarios de iniciarse en forma inmediata.
  - Definir el tipo de transporte más adecuado, de acuerdo al tipo de lesiones y elegir el Centro asistencial según la complejidad de la Patología existente, como también de las Instituciones.
  - Finalizada su labor, deberá reforzar el área de Urgencias o en caso de estar alejado del centro hospitalario iniciará las labores propias de atención a los accidentados.

– **ENFERMERA** del Grupo de Triage:

- Colaborará con el Médico Jefe de Triage en las labores de clasificación.
- Colaborará e instaurará las medidas, procedimientos y Terapéutica ordenados por el Médico.
- Controlará el llenado de las tarjetas de Triage.
- Será la responsable de garantizar la fijación de la tarjeta al cuerpo del accidentado. (Mediante cordel, cinta adhesiva, etc.).
- Garantizará el cumplimiento de la orden sobre tipo de transporte, posición adecuada, destino del paciente.

– **VOLUNTARIO, SOCORRISTA** del Grupo de Triage:

- Será el responsable de registrar los datos, las indicaciones y las prioridades establecidas por el Médico jefe del grupo de Triage.
- Colaborarán en las medidas, procedimientos y terapéuticas indicados de antemano, pero siempre de acuerdo a las capacidades individuales y primando el sentido de responsabilidad.
- Serán los responsables del transporte de los lesionados, respetando las indicaciones de posición, tipo de transporte y derivación.
- Mantendrán un permanente sistema de comunicaciones entre el sitio del Desastre, la zona de triage, los centros de atención primaria y las Instituciones asistenciales.
- Llevarán el registro estadístico de los pacientes atendidos y remitidos, ver ANEXO 2.

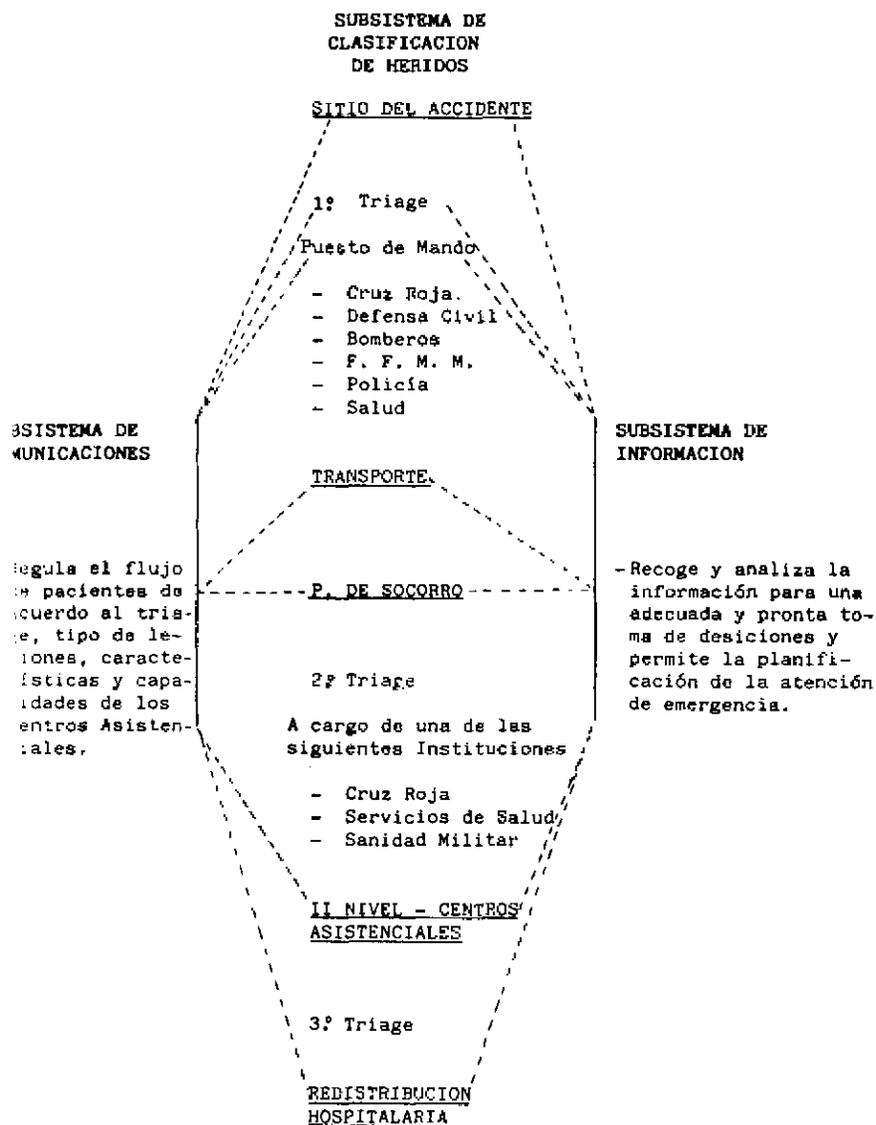
– **PERSONAL DE APOYO** del Grupo de Triage

- Lo integrarán: Trabajadores Sociales, Psicólogos, Estadísticos, etc.
- Colaborarán en sus áreas respectivas en colaboración con los demás integrantes del equipo de triage.



ANEXO No. 3  
SECTOR SALUD

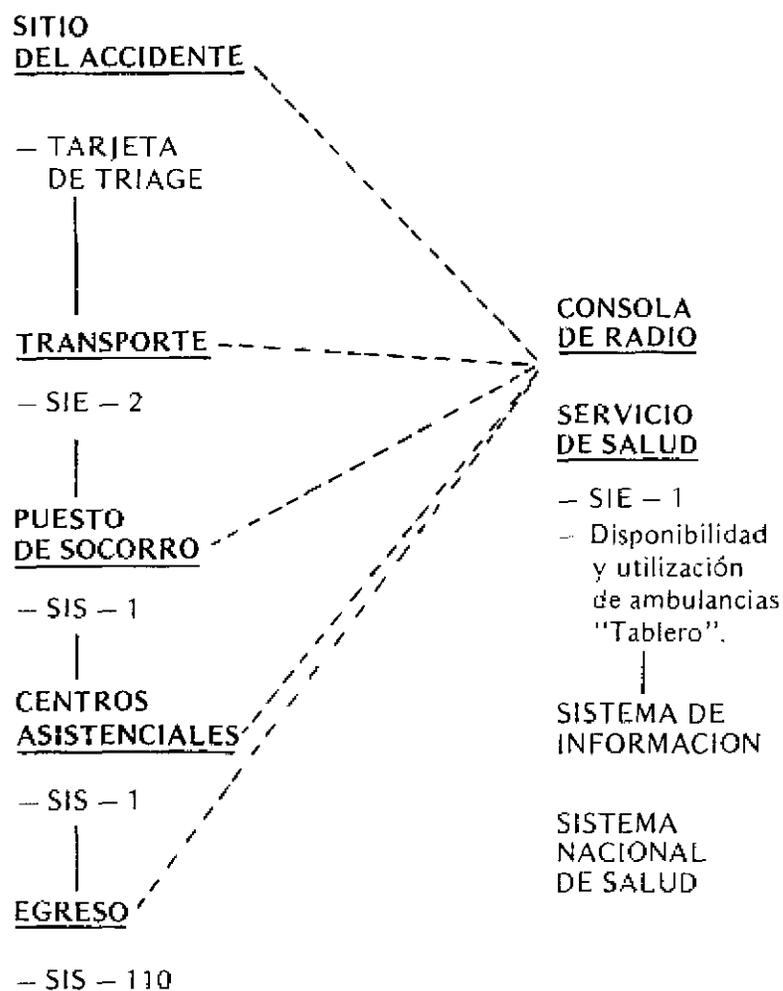
SISTEMA DE ATENCIÓN EN EMERGENCIAS Y DESASTRES



## ANEXO No. 4

### SISTEMA DE INFORMACION

Se utilizan instrumentos especiales para emergencia como sie - 1 sie - 2 y el "tablero" para disponibilidad y utilización de ambulancias, al igual que instrumentos ordinarios sis 1 y sis 110 se anexan los formatos y los instructivos.





## REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES ATENDIDOS REMITIDOS – SIE-- 1 INSTRUCTIVO

### I. NORMAS GENERALES

- Para cada paciente se debe utilizar una sola tarjeta. Cualquier actualización (cambio de estado, segundo traslado y prioridad de traslado) debe hacerse sobre la misma tarjeta.
- La actualización para el caso de cambio de estado y prioridad de traslado, consiste en encerrar con un círculo la información primaria y marcar con una "X" la correspondiente a la nueva. Ejemplo: Si un paciente herido con prioridad de traslado ROJO, llega al hospital de destino muerto, la tarjeta se actualizará así: En la casilla de prioridad de traslado:  N  A  V y en la casilla de estado (de la parte de remisiones del paciente):  
Vivo  Muerto
- Deben abrirse inmediatamente se tenga comunicación con cualquier Puesto de Socorro o Institución que solicite traslado de pacientes.
- Al primer contacto con los Hospitales, debe solicitarse que informen a la consola el estado del paciente (vivo o muerto) al momento de ingreso al Hospital y si el paciente fallece durante su estancia en el mismo. Si hay cambio en su estado, la consola debe actualizarlo en la respectiva tarjeta.
- La información de las tarjetas abiertas cada día, incluyendo las novedades debe transmitirse diariamente entre las 3 y las 5 de la tarde, al Ministerio de Salud, utilizando el medio disponible (Teléfono o Radio-telefón).

### II. DILIGENCIAMIENTO

Para el diligenciamiento de cada tarjeta debe usted seguir las siguientes instrucciones de acuerdo con la información suministrada por el responsable del Puesto de Socorro o Institución que reporta.

1. **Seccional:** Anote el nombre del Servicio Seccional de Salud donde está ubicada la consola.
2. **Día:** Anote, en números arábigos, el día del mes de diligenciamiento.
3. **Código Consola:** Anote el número de identificación de la consola.
4. **Número de Paciente:** Anote el número de identificación del paciente (TRIA-GE).

5. **Hora Recibo Información:** Ante la hora en la cual la consola recibe la información y marque con una "X", la casilla correspondiente a a.m. o p.m.
6. **Código Informante:** Anote el Código del Puesto de Socorro u organismo de salud que informa (según lista de Códigos).
7. **Prioridad de Traslado:** Marque con una "X", la inicial del color, según prioridad de traslado (N: Negro - R: Rojo - A: Amarillo - V: Verde).
8. **Fecha Triage:** Anote el día y hora de fecha del triage y marque con una "X", si es a.m. o p.m.
9. **Nombre y Apellidos o Características del Paciente:** Anote el nombre y apellidos del paciente o las características informadas.
10. **Tipo de Identificación:** Anote las iniciales del tipo de identificación así: C.C. Cédula de Ciudadanía; TI. Tarjeta Identidad, PP: Pasaporte; CE: Cédula de Extranjería; OT: Otro
11. **Número de Identificación:** Anote el número correspondiente al número de Identificación
12. **Edad:** Anote edad informada. Si el paciente es menor de 1 año, anote "00".
13. **Sexo:** Marque con una "X", la casilla correspondiente.
14. **Diagnóstico - Morbilidad:** Sólo utilice este campo, para anotar el diagnóstico de morbilidad si el paciente está vivo en el momento del reporte.
15. **Causa Externa de la Muerte:** Sólo utilice este campo para anotar la causa externa de la lesión si el paciente está muerto en el momento del reporte.

### REMISIONES DEL PACIENTE

16. **Institución, Municipio y Departamento:** Anote el nombre de la Institución, Municipio y Departamento a donde se traslada el paciente.
17. **Unidad de transporte:**
  - Tipo: Anote la clase de Unidad donde se transporta el paciente: Ej. Ambulancia, Helicóptero.
  - Placa: Anote el Nro. de Identificación de la Unidad de Transporte.
18. **Recibo Paciente:** Marque con una "X", si el paciente fué recibido o no, en la Institución de remisión.
19. **Estado Paciente:** Marque con una "X", el estado en que fué recibido el paciente.
20. **Fecha Recibo:** Anote el día y hora de recibo del paciente y marque con una "X" si es a.m. o p.m.

NOTA. Si existe un segundo traslado del paciente, seguir las instrucciones del interior.

UNIDAD NACIONAL DE SALUD  
 CLASIFICACION DE INFORMACION

REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES ATENDIDOS-REMITIDOS

NUMERO PACIENTE

SECCIONAL DIA CODIGO CONSULTA

HORA DECISO

CODIGO INFORMANTE

PRIVILEGIO TRAELEDO

FECHA TRAELEDO

NOMBRE-APellidos \* CARACTERISTICAS PACIENTE TIPO IDENT NUMERO DE IDENTIFICACION EDAD SEXO

DIAGNOSTICO-MORBILIDAD CAUSA EXTERNA DE LA MUERTE

REMISIONES DEL PACIENTE

INSTITUCION MUNICIPIO DEPARTAMENTO

UNIDAD DE TRANSPORTE Placa-Matricula

FECHA DECISO PACIENTE ESTADO PACIENTE FECHA DECISO PACIENTE

DIAS HORA

SI 1 NO 2 VIVO 1 MUERTO 2

AM PM

INSTITUCION MUNICIPIO DEPARTAMENTO

UNIDAD DE TRANSPORTE Placa-Matricula

FECHA DECISO PACIENTE ESTADO PACIENTE FECHA DECISO PACIENTE

DIAS HORA

SI 1 NO 2 VIVO 1 MUERTO 2

AM PM

## INSTRUCTIVO PARA EL MANEJO DEL REGISTRO DE PACIENTES TRANSPORTADOS –SIE 2–

### I. NORMAS GENERALES

- El formulario se debe diligenciar en el momento de iniciar y de terminar cualquier traslado, utilizando un renglón por **CADA** paciente transportado.

Si el traslado no corresponde a pacientes (por ejemplo: regreso a la sede, transportes de suministros, etc.) anote la razón del traslado en la columna: Nro. de paciente o nombre.

Los formularios deben utilizarse y conservarse hasta que finalice el operativo o hasta que haya cambio de asignación, después de lo cual, los formularios diligenciados hasta ese momento, deben entregarse al responsable del manejo de formularios del Puesto de Socorro u Organismo de Salud, del cual dependa la unidad de transporte.

### II. DILIGENCIAMIENTO

Para el diligenciamiento del registro debe usted tener en cuenta las siguientes instrucciones:

- **Pág. Nro:** Anote en forma secuencial el número de orden de las páginas.
- **UNIDAD DE TRANSPORTE:**
  - **TIPO:** Anote la clase de vehículo que transporta (ambulancia, vehículo oficial, vehículo particular, helicóptero)
  - **PLACA O MATRICULA:** Anote el número de identificación del vehículo.
- **Institución a la que pertenece:** Anote el nombre de la institución a la que pertenece la Unidad de Transporte. (Cruz Roja, Defensa Civil, Secretaría de Salud, etc.).
- **Asignado a:** Anote el nombre o código del Puesto de Socorro u Organismo de Salud, al cual fue asignado en el operativo.
- **Día:** Anote, en número arábigos el día del mes, en que se transporta el paciente.



**INSTRUCTIVO PARA EL MANEJO DEL REGISTRO  
DIARIO DE CONSULTA EXTERNA –SIS– 1  
EN LOS PUESTOS DE SOCORRO**

**I. NORMAS GENERALES:**

- Este formulario será diligenciado únicamente, cuando se atiendan pacientes en los Puestos de Socorro y no requieran traslado.
- Una vez finalice labores, el Puesto de Socorro deberá entregar los formularios al organismo de salud del cual depende, para su posterior envío al Ministerio de Salud, a través de la Sección de Información del Servicio Seccional de Salud.
- Para efectos prácticos de las variables del formulario, solamente se deben diligenciar las siguientes: Día, Nombre del Paciente, Edad, Sexo y Nombre del Diagnóstico.

**II. DILIGENCIAMIENTO**

- **Tipo, Nombre del Organismo y Municipio.** Anote el nombre o código del Puesto de Socorro, que diligencia este formulario y el municipio donde está ubicado.
- **Día (Columna 1).** Anotar en números arábigos, el día del mes, en que se realiza la atención.
- **Nombre del Paciente (Columna 2).** Anote el nombre y apellido del paciente.
- **Edad (Columna 16).** Anote la edad (en años) del paciente. Si es menor de 1 año, anotar "00".
- **Sexo (Columnas 17 y 18).** Marque con una "X" la casilla Correspondiente.
- **Nombre del Diagnóstico (Columna 24).** Anote el diagnóstico del paciente.

**REGISTRO DIARIO DE CONSULTA EXTERNA**

FECHA: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

PROY Y NOMBRE DEL SERVIDOR

SECCION DEL PAIS

NUMERO DE

ASO AÑO

OTRO

RESERVA

EMERGENCIA

EMERGENCIA

CONSULTA EMERGENCIA

CODIGO DEL SERVIDOR

DIA	BY CC (SERVIDOR) C. MOG NOMBRE DEL PACIENTE	TIPO	PACIENTE											CONTROL DE SERVICIOS			DIAGNOSTICO		OTRO																																																																																
			EN EL SERVIDOR			TIPO		RESERVA			OTRO		SERVIDOR		SERVIDOR		SERVIDOR		SERVIDOR																																																																																
			ASO	AÑO	OTRO	ASO	AÑO	OTRO	ASO	AÑO	OTRO	ASO	AÑO	OTRO	ASO	AÑO	OTRO	ASO	AÑO	OTRO	ASO	AÑO																																																																													
			ASO	AÑO	OTRO	ASO	AÑO	OTRO	ASO	AÑO	OTRO	ASO	AÑO	OTRO	ASO	AÑO	OTRO	ASO	AÑO	OTRO	ASO	AÑO																																																																													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

REGISTRO INDIVIDUAL DE EGRESO HOSPITALARIO  
SIS-110 (A-79)

No. DE ORDEN EN EL MES

CODIGO DE LA INSTITUCION

Egreso No. Controlado

HISTORIA CLINICA No.

I - DATOS DEL PACIENTE

Edad: <input type="text"/> años Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		RESIDENCIA HABITUAL: Departamento: <input type="text"/> Municipio: <input type="text"/> Zona Urbana: <input type="checkbox"/> Zona Rural: <input type="checkbox"/>	
TIPO DE DEMANDA O SERVICIOS MEDICOS COMO: Asistencia: <input type="checkbox"/> Suplementaria: <input type="checkbox"/> No Asignada: <input type="checkbox"/>		TIPO DE INSTITUCION ASISTENCIAL: I. S. S.: <input type="checkbox"/> Calle de provision: <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> Mixtura: <input type="checkbox"/>	

II - DATOS DE HOSPITALIZACION

ADMITIDO POR: Consejo Sistema: <input type="checkbox"/> Urgencia: <input type="checkbox"/> Reduccion Hospital: <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>		INGRESO: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Dia Mes Año		EGRESO: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Dia Mes Año		DIAS DE PERMANENCIA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
TITULO DEL SERVICIO DE:				LA HOSPITALIZACION ES PASADIZO?			
Medicina: <input type="checkbox"/> Cirugia: <input type="checkbox"/> Pediatría: <input type="checkbox"/> Otras Especialidades: <input type="checkbox"/>		Especialización: <input type="checkbox"/> Indefinido: <input type="checkbox"/>		Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>			

III - CONCEPTO MEDICO

1) Diagnóstico que justifica la mayor parte de la duración de la hospitalización

2) Otros Hallazgos o diagnósticos

ESPECIFICAR EL PRINCIPAL PRESENTE: Asistencia de trabajo: <input type="checkbox"/> Enfermedad Preexistente: <input type="checkbox"/> No Aplicable: <input type="checkbox"/>		ESTADO DEL PACIENTE AL EGRESO: Mejor: <input type="checkbox"/> Igual o Peor: <input type="checkbox"/>	
Muerte antes de 48 horas de ingreso: <input type="checkbox"/> Muerte después de 48 horas de ingreso: <input type="checkbox"/>			

TIPO DE INTERVENCION REALIZADA EN SALAS DE CIRUGIA O PARTO

EN CASO DE PARTO, ATENDIDO POR: MEDICO QUE AUTORIZA EL EGRESO

Médico: <input type="checkbox"/> Enfermera: <input type="checkbox"/> Asistente DTRA: <input type="checkbox"/> No Aplicable: <input type="checkbox"/>	Nombre: <input type="text"/> Firmado por: <input type="text"/>
---	---