

III. PLAN DE DESASTRE EXTERNO

1. Justificación del Plan:

Para unirse a la responsabilidad de hacer frente a las situaciones de desastre en el sitio del accidente, el Hospital Santo Tomás debe contar con un Plan de Desastre Externo basado en sus capacidades; sea para proveer primeros auxilios o preparar los casos de emergencia para trasladarlos a otros hospitales para tratamiento definitivo.

1.1 Coordinación del Plan

El Plan de Desastre Externo debe llevarse a efecto en conjunto con otras entidades que prestan atención de urgencias a la comunidad: organismos del Sistema Nacional de Salud, Seguridad Social, Fuerzas de Defensa, Cruz Roja, Sistema de Protección Civil en Casos de Emergencias, Bomberos y demás entidades que prestan atención de urgencias, de tal manera que se hagan las provisiones logísticas adecuadas para la proyección de las actividades del Hospital, en coordinación con las actividades de las otras entidades.

1.2 Planeamiento

El planeamiento debe incluir consultas con las autoridades civiles de la localidad y con los representantes de las otras instituciones médicas para establecer una efectiva cadena de mando y hacer ~~una~~ provisiones jurisdiccionales apropiadas. Como consecuencia de este planeamiento se hará un triage en el sitio del Desastre, haciendo la distribución de pacientes en

forma tal que permita la mejor utilización de los servicios y de las instalaciones que se tengan a la mano.

1.3 Capacidades y Limitaciones

El Hospital Santo Tomás debe informar a la comunidad de sus capacidades y de sus limitaciones en el manejo de una situación de desastre.

Las capacidades o recursos del Hospital Santo Tomás deben ser claramente identificadas para el conocimiento de la Policía local, unidades de rescate y los grupos de ambulancias.

1.4 Simulacros

El Plan de Desastre debe ser ensayado dos veces al año.

Debe existir evidencia de que se ha hecho un esfuerzo en conjunto para usar el Plan, en un simulacro bien coordinado, en el cual los servicios de urgencias de otras instituciones participan.

Los ensayos deben ser ajustados a la realidad y en ellos debe participar el personal médico, paramédico y administrativo del Hospital.

La evacuación de pacientes durante el simulacro es opcional. Debe hacerse un informe escrito y evaluación de todos los ejercicios.

1.5 El Plan de Desastre debe propender dentro del Hospital por:

1.5.1 Un sistema eficiente de notificación y asignación de personal.

- 1.5.2 Un comando médico unificado.
- 1.5.3 Una capacidad de suministro del material y equipo médico básicos.
- 1.5.4 Un método de identificación de pacientes quienes serán inmediatamente atendidos o trasladados y que implica estar provisto de los medios de transporte.
- 1.5.5 Conversión de todos los espacios aptos para hacer el triage, observación y áreas de tratamiento.
- 1.5.6 Un pronto traslado de pacientes, cuando sea necesario, a las entidades que cuentan con instalaciones apropiadas para prestar una atención completa, de acuerdo con el Plan Regional de Operación.
- 1.5.7 El uso de una historia clínica especial para desastre o una tarjeta médica que acompaña al paciente todo el tiempo y que contiene información específica requerida.
- 1.5.8 Asignación de un Centro de Información al público con una persona asignada para cumplir esta misión.
- 1.5.9 Seguridad para minimizar la presencia de personas y vehículos no autorizados dentro o cerca de las áreas de triage, observación y áreas de tratamiento. Adicionales medidas de seguridad pueden ser requeridas cuando los casos de emergencia han resultado en desórdenes, tumultos y desobediencia civil.
- 1.5.10 Un sistema de comunicaciones por radio, pre-establecido, para ser utilizado cuando el sistema de comunicación

telefónico esté fuera de servicio o sobrecargado.

1.5.11 Instrucciones acerca del uso de los ascensores. El servicio de ascensores es fundamental para el transporte y atención rápida del paciente en los diferentes pisos. El personal de heridos tendrá prioridad de transporte.

1.6 Amenaza de Desastre:

Esta circunstancia se puede presentar bien sea en el mismo Hospital Santo Tomás, en su vecindad o en la ciudad; por lo tanto, hay que tomar las medidas preventivas del caso para dicha situación, manteniéndose en alerta con el personal y equipo disponible para cubrir cualquier emergencia.

2. EJECUCION DEL PLAN

2.1 Misión General:

La misión principal del Plan es la de prestar atención médica quirúrgica a todos los enfermos o heridos que la requieran, como consecuencia de la situación de desastre.

El Plan será aplicable al sitio del accidente y sus alrededores, según la disponibilidad de camas, de personal, de equipo y facilidades locativas del Hospital Santo Tomás.

2.2 Concepto de la Operación

La operación consistirá en encauzar el esfuerzo hospitalario a la recuperación del paciente proveniente de las circunstancias expuestas.

2.3 Estructura del Plan (Ver Anexo No.4)

2.3.1 Comité de emergencia del Hospital

2.3.2 Organización:

- Director General del Hospital
- Subdirector de Atención Médica
- Subdirector Administrativo
- Subdirector de Educación Médica
- Jefe del Departamento de Medicina
- Jefe del Departamento de Cirugía
- Jefe del Depto. de Obstetricia y Ginecología
- Jefe del Depto. de Patología y Laboratorio Clínico
- Jefe del Servicio de Radiología
- Jefe del Servicio de Enfermería
- Jefe de los Servicios Administrativos
- Jefe del Servicio de Urgencias
- Jefe del Departamento de Mantenimiento

3. Misiones Generales y Particulares del Comité de Emergencias

- 3.1 Asesorar permanentemente al Director en las responsabilidades de dirección, coordinación y decisiones científicas y administrativas.
- 3.2 Asignar funciones precisas al personal médico, paramédico y administrativo de los diferentes servicios.
- 3.3 Apoyar administrativa y logísticamente a la parte asistencial para el desarrollo del Plan de Desastres.
- 3.4 Elaborar planes de adiestramiento para la atención de víctimas en masa.

- 3.5 Adiestrar al personal técnico y paramédico y vigilar su trabajo.
- 3.6 Establecer parámetros de procedimientos de emergencia en los diferentes servicios.
- 3.7 Desarrollar prácticas periódicas en las áreas científica y administrativa.
- 3.8 Revisar y actualizar el Plan.
- 3.9 Coordinar el Plan con otras entidades hospitalarias de la comunidad.

4. MISIONES PARTICULARES

Teniendo en cuenta la magnitud del Plan, el Director del Hospital se reservará el derecho de asignar algunas tareas particulares en forma directa, adicionarlas o modificarlas.

4.1 Subdirector de Atención Médica:

Responde por la Coordinación de la atención médica y la quirúrgica.

4.2 Subdirector Administrativo:

Responde por la Coordinación de las actividades administrativas apoyando a la parte asistencial para que el Hospital Santo Tomás pueda poner en actividad el Plan de Desastres.

4.3 Subdirector de Educación Médica

El Subdirector de Educación Médica con la colaboración del Jefe de residentes e internos, de acuerdo a la magnitud del desastre, distribuirá en la forma más adecuada a todo el personal de residentes e internos, con el fin de cubrir las necesidades inmediatas en los Departamentos de Medicina y Cirugía.

4.4 EJECUCION DEL PLAN

Misión General

La misión principal del Plan es la de prestar atención médico-quirúrgica a todos los enfermos o heridos que la requieran como consecuencia de la situación de desastres. La operación consistirá en encauzar el esfuerzo hospitalario a la recuperación.

4.4.1 Activación del Plan

4.4.2 Servicio de Comunicaciones: Toda comunicación que entre al Hospital Santo Tomás relacionada con una situación de desastre debe ser referida al operador del Conmutador.

4.5 El operador debe obtener la siguiente información:

4.5.1 Quién está llamando

4.5.2 Naturaleza del desastre

4.5.3 Localización del desastre

4.5.4 Número de víctimas que serán enviadas al Hospital

4.5.5 Posible hora de llegada

4.5.6 Método de llegada Ej.: ambulancia, helicóptero, otros

4.5.7 Número del teléfono de la persona que dá la información telefónica.

4.6 El Operador: No tiene la autoridad para declarar en actividad el Plan de Desastres. Notificará en su orden a las siguientes personas autorizadas:

4.6.1 Director del Hospital

4.6.2 Subdirector de Atención Médica

4.6.3 Subdirector Administrativo

4.6.4 Subdirector de Educación Médica

4.6.5 Jefe del Servicio de Urgencias

4.6.6 El Residente más antiguo del Servicio de Urgencias

4.7 Notificación de Urgencias

La notificación de que el Plan de Desastres se ha activado se hará hasta tanto una de las personas autorizadas haya dado la orden.

Dada la orden de activación del Plan, el operador transmitirá todas las informaciones relacionadas con el desastre.

4.7.1 Instrucciones al Operador:

4.7.1.1 El operador cesará de recibir llamadas, a excepción de las procedentes del servicio de urgencias o en respuesta a una llamada hecha en relación al desastre.

4.7.1.2 Se asignará un operador para que inicie las llamadas de notificación del desastre. Notificará a:

- Servicio de Urgencias
- Servicio de Seguridad del Hospital
- Servicio de Enfermería
- Administración
- Salas de Cirugía
- Servicio de Anestesia
- Centro de Esterilización
- Servicio de Laboratorio Clínico y Patología.

- Servicio de Rayos X
- Servicio de Bioestadística
- Servicio de Trabajo Social
- Oficina de Relaciones Públicas
- Servicios Religiosos
- Servicios de Admisión

4.7.2 El operador se comunicará con los demás servicios y departamentos del área asistencial, administrativa y docente.

4.7.3 Todos los operadores reasumirán sus servicios en el conmutador en forma normal.

4.7.4 Todas las llamadas de la prensa serán dirigidas a la Oficina de Relaciones Públicas.

4.7.5 Todas las solicitudes de información de los empleados del Hospital serán dirigidas al Centro de Información.

4.7.6 Todas las llamadas de los familiares de las víctimas serán dirigidas al Centro de Información.

4.7.7 Notificación a Personas

El Servicio de Comunicaciones es responsable de llamar solamente a aquellas personas que aparecen en la lista de notificación para desastres, o aquéllas que especifique el Director del Hospital.

Toda solicitud sobre colaboración al desastre o información será dirigida al Centro de Información.

5. SERVICIO DE URGENCIAS

5.1 Después de notificar al Servicio de Urgencias que el Plan de desastres está en actividad, se tomarán las siguientes medidas:

5.1.1 El informante

Notificará a la Enfermera Jefe de Turno que el plan de desastre está en actividad.

Informará a todas las personas que se encuentran en la sala de emergencias para ser atendidas, que serán vistas de acuerdo con el turno y en relación con la severidad del caso.

Conducirá a los familiares de los pacientes a una sala de espera del hospital.

5.1.2 La Enfermera Jefe de Turno

Procederá a colocar un brazalete anaranjado a todo el personal del Servicio de Urgencias.

Entregará la hoja de instrucciones al personal de enfermería y personal auxiliar.

Asignará dos enfermeras al área de tratamiento mayor y una al área de tratamiento menor.

Estas serán las enfermeras encargadas de las áreas específicas y por lo tanto darán las instrucciones respectivas.

5.1.3 El Médico Más Antiguo del Turno

Asignará un médico para cada una de las áreas de triage, de tratamiento mayor y tratamiento menor; estos

médicos serán los encargados de dichas áreas y seguirán el plan de acuerdo con las hojas de instrucciones sobre desastres para el personal del servicio de urgencias.

5.1.4 El Técnico de Ortopedia

Se encargará de los camilleros asignados al área de triage.

Deberá estar seguro de que los pacientes sean trasladados a las ambulancias a las camillas en forma adecuada.

Cuando se notifique que el Plan de Desastre ha cesado, el médico más antiguo del servicio de urgencias completará el formulario de informe sobre el área de desastre y lo enviará al Director del Hospital (Presidente del Comité de Emergencia).

5.1.5 Servicio de Seguridad del Hospital

5.1.5.1 El Supervisor de Turno:

- Solicitará la ayuda necesaria para ejercer un mejor control.
- Debe estar seguro de que los siguientes puestos están abiertos:
 - Areas de tratamientos
 - Almacén de Suministros
 - Morgue
 - Centro de Información
 - Entrada principal

- Verificará que todas las áreas estén plenamente identificadas con nombres y señales.
- Enviará las tarjetas de identificación de pacientes al área de triage.
- Tomará contacto con la Oficina que controla los lugares de estacionamiento, y de común acuerdo asignará un área para los vehículos de los familiares y amigos de las víctimas del desastre;
- Dará las instrucciones del caso para:
 - Dirigir todos los vehículos que lleguen con víctimas del desastre a la entrada del Servicio de Urgencias.
 - Dirigirá todas las emergencias de pacientes regulares a la entrada del servicio de emergencias.
 - Dirigirá los vehículos de los familiares y amigos de las víctimas al área de estacionamiento asignado.
 - Dirigirá los vehículos del personal de la prensa al área de estacionamiento asignado y designará el lugar donde se reunirán los reporteros en la sala de espera del Servicio de Urgencias.

- Coordinará para que un miembro de las Fuerzas de Defensa Nacional preste el servicio de Guardia y establecerá comunicación por radio con el encargado de la seguridad del hospital.
- Coordinará la conducción de los ascensores a las Salas de Cirugía.
- Cuando se notifique que la situación de desastre ha cesado, el Servicio de Seguridad se encargará de lo siguiente:
 - Suspenderá el suministro de tarjetas de identificación de pacientes; asegurará las puertas y quitará de sus sitios respectivos las señales del desastre.
 - Completará el formulario de información del área de desastre y lo enviará al presidente del Comité de desastres (Director del Hospital).

5.1.6 Presidente del Comité de Desastres

5.1.6.1 El Presidente del Comité de Desastres o uno de los Subdirectores será notificado por el operador del conmutador sobre el desastre ocurrido, y recibirá la siguiente información:

- Nombre y número de la persona que hizo la llamada.

- Naturaleza del desastre.
- Localización del desastre
- Número de las víctimas que serán remitidas al hospital.
- Hora aproximada de llegada
- Forma de llegada, ejemplo: ambulancia, helicóptero y otros.

El Presidente del Comité de desastres del Hospital, después de poner en ejecución el Plan, ordenará lo siguiente:

- Instruirá al operador del conmutador para que inicie las notificaciones sobre el desastre de acuerdo con los procedimientos establecidos.
- Informará inmediatamente a la primera autoridad de la localidad sobre donde está ubicado el sitio del desastre.
- Verificará que el personal de turno en el servicio de urgencias esté asignado al grupo inicial de triage y a las horas de tratamientos mayor y menor.
- Verificará que se haya asignado a una persona para manejar el teléfono durante el desastre.

- Verificará que el sistema de comunicaciones esté operando en todas las áreas de la zona del desastre.
- Iniciará un directorio telefónico de la zona del desastre.
- Cuando el Presidente del Comité de emergencia determine que la situación de desastre ha cesado:
 - Notificará al servicio de comunicaciones y al personal de reserva que inicie los procedimientos para terminar la operación.
 - El Presidente del Comité será responsable de recolectar los formularios de información de los servicios del hospital que han participado, a fin de que sean revisados en la próxima reunión del Comité de Desastres.

5.1.7 Administrador del Hospital

5.1.7.1 Cuando el Administrador del Hospital o su reemplazante es notificado de que el plan de desastre ha entrado en actividad, tomará las siguientes acciones:

- Asignará un asistente para que atienda el teléfono de desastres.

- Asignará uno o dos asistentes al área de personal de reserva.
- Se reportará inmediatamente al Centro de Información sobre desastres.
- Verificará que el suministro de tarjetas de identificación para desastres se haya llevado a efecto en sus áreas respectivas;
- Verificará que el personal de seguridad esté dirigiendo y controlando el tráfico dentro de las áreas del hospital.
- Llamará a la Oficina del Médico Director y solicitará que los Jefes de Servicios de los Departamentos Clínicos sean notificados de que el plan de desastres ha entrado en vigencia, y se asegurará que todo el personal médico, paramédico y administrativo disponible concorra al área del personal de reserva.
- Controlado el sistema de comunicaciones en el Centro de Información sobre desastres, y en coordinación con la Jefa del Servicio de Enfermería, verificará la disponibilidad de camas e iniciará la movilización del personal libre a medida que sea necesario. También coordinará con el servicio de enferme-

ría el traslado o salida del personal hospitalizado, así como el traslado de víctimas, previa consulta con el Director del Hospital.

- El Centro de información sobre desastres mantendrá comunicaciones con el puesto de mando concerniente al número y seriedad de las víctimas del desastre; asimismo mantendrá coordinación con la Oficina de Relaciones Públicas acerca del suministro de información a los familiares de las víctimas y a la prensa.
- Cuando se notifique al administrador que la situación de desastre ha terminado, completará el formulario relacionado con la información pertinente al área del desastre y lo enviará al Presidente del Comité sobre Desastres (Director del Hospital).

6. ORGANIZACION DE LA ATENCION MEDICA EN EL SITIO DEL DESASTRE

6.1 Dependiendo de la localización y de la magnitud del desastre se establece en el sitio del desastre un primer nivel de atención para efectuar las labores de socorro y primeros auxilios a las víctimas.

6.2 Normas mínimas de Organización y Coordinación en el Sitio del Desastre, cualquiera que este sea:

- Establecimiento de un puesto de Comando que coordine las actividades de emergencia, mediante el buen uso de los recursos disponibles y evitando conflictos de funciones.
- Rápida evaluación de la magnitud del desastre y del número de víctimas, localización y necesidades urgentes.
- Selección del área o zona que servirá como primer nivel de clasificación (triage) e identificación (tagging) de los heridos antes de traslado a los centros de asistencia.
- Administración de primeros auxilios a los heridos, tales como inmovilización, control de hemorragias, mantenimiento de las vías respiratorias y en algunos casos reemplazo de volumen sanguíneo. La administración de primeros auxilios debe observar los criterios de prioridad otorgados en el área de triage.
- Establecimiento de las vías de comunicación con el Hospital Santo Tomás y demás hospitales regionales o unidades satélites a fin de dar "la voz de alarma" para que los es-

tablecimientos hospitalarios activen y pongan en ejecución sus respectivos planes de emergencia para la atención de heridos en masa.

- Una vez que el Hospital Santo Tomás y demás centros asistenciales hayan tenido conocimiento del desastre y activado su propio plan para situaciones de emergencia, movilizarán sus recursos para la atención in situ. Según la magnitud del desastre, trasladarán los equipos médicos o enviarán equipos de rescate y solamente con entrenamiento en primeros auxilios.

6.3 Los Hospitales Móviles

En un desastre de magnitud que haya afectado las estructuras del Hospital Santo Tomás o sobrepasado la capacidad de atención del Hospital, podría estar justificada, con ciertas limitaciones, la utilización de hospitales móviles como un medio alternativo para funcionar como hospital de referencia, hospital de tratamiento o sólo como centro de primeros auxilios.

Sin embargo, es de advertir que la experiencia ha demostrado la poca eficacia de este tipo de hospitales debido a los costos de movilización e instalación, la poca autonomía de recursos materiales y humanos y su complejidad.

Es aconsejable que antes de instalar un hospital móvil se considere su autosuficiencia en todo sentido.

La coordinación de las funciones de estos hospitales debe ser

manejada por un Comando único local, que distribuya, apoye y supervise las funciones de estas unidades según el plan nacional de salud para desastres.

6.4 Hospital Móvil para Primeros Auxilios

Deberá ser un centro asistencial diurno encargado de brindar a los pacientes ambulatorios los primeros auxilios y tratamientos de contusiones, laceraciones, esguinces y heridas pequeñas, así como mantener los servicios médicos asistenciales primarios que son necesarios para la población que se enferme en el área del desastre.

6.5 Hospital Móvil de Referencia

Será una unidad con personal médico y paramédico limitado o reforzado con voluntarios.

Recibirá a los pacientes que ya han sido tratados y que sólo necesiten vigilancia médica mínima o cuidados sencillos de enfermería antes de ser reincorporados a su comunidad.

Al igual que los anteriores, este tipo de hospital deberá ser autosuficiente.

Este tipo de unidades son indispensables para poder agilizar el hospital de tratamientos; un hospital móvil de primeros auxilios instalado en el área del desastre, así como otros hospitales móviles y equipos móviles vendrán a servir de reemplazo y/o refuerzo a las unidades médico-asistenciales en el área del desastre, dependiendo de la integridad física o de personal y equipo de éstas.

6.6 Unidades de Rescate y Salvamento

Este personal debe estar capacitado en primeros auxilios y además poseer la capacidad de organización para movilizarse inmediatamente a la zona del desastre.

Tendrán la misión de rescate de lesionados y prestación de primeros auxilios que permitan trasladar al hospital a las víctimas más cercanas a la zona del desastre.

Estos grupos realizan al mismo tiempo un primer triage o clasificación de lesionados, para lo cual deberán llevar consigo un sistema de tarjetas (Ver Anexo No.5)

Si la extensión de los daños y víctimas y el número de personas entrenadas para rescate y salvamentos es escaso, será conveniente establecer puestos de atención de lesionados en zonas periféricas al área de desastre, a fin de que éstas puedan ser trasladadas a dichos puestos.

7. CLASIFICACION E IDENTIFICACION DE HERIDOS (TRIAJE Y TAGGING) Ver Anexos Nos. 5 y 6

La clasificación o agrupamiento de los heridos en masa, en base al criterio médico de posibilidades de sobrevivencia (triage) es una medida necesaria para poder tratar a un gran número de heridos con recursos médicos limitados, ya que el Hospital Santo Tomás no tiene capacidad para almacenar recursos que afronten situaciones de emergencia colectiva.

Se debe decidir en el sitio del desastre cuáles son los casos que pueden esperar para ser atendidos, cuáles deben ser conducidos a

unidades médicas más adecuadas, y cuáles no tienen posibilidades de sobrevivencia.

La clasificación se basa en el beneficio que los heridos puedan esperar de la atención médica y no en base a la seriedad de las lesiones, ya que la conducta de selección es totalmente diferente a una situación normal donde el más grave tiene prioridad sin tener en cuenta el pronóstico.

La clasificación es un proceso contínuo que se inicia en el sitio del desastre como primer nivel de atención; allí es donde se decide la prioridad de atención que debe darse a la víctima.

El segundo nivel de clasificación puede ser en otro sitio o en la entrada del hospital, e incluso puede existir un tercer nivel de clasificación efectuada dentro del hospital mismo, antes que los heridos sean enviados a las áreas de tratamiento.

7.1 Triage en el sitio del accidente (Anexo No.7)

El Hospital Santo Tomás en una ambulancia enviará un médico al sitio del accidente (Coordinador médico in situ que se encargará del área de triage en donde debe ser atendido todo paciente, sea cual fuere el grado de su lesión.

El médico en el sitio del triage ayudará en lo que respecta a documentación y comunicación, aspectos importantes en el manejo del desastre, que son muy difíciles de establecer en las primeras horas después del accidente.

En la práctica se necesita más de un médico para coordinar los esfuerzos de rescate y proporcionar atención médica.

El Hospital Santo Tomás asignará un "Equipo Médico Coordinador in situ (3 médicos especialistas de los Departamentos de Cirugía, Anestesia y Medicina)

7.2 Equipo Médico Coordinador In situ

Responsabilidad Total

A su llegada al sitio del desastre, los miembros del equipo comenzarían inmediatamente por dejar establecida su presencia en el puesto de mando, dirigir los esfuerzos de rescate y resucitación y trabajar estrechamente con otro personal de rescate.

De acuerdo con otro personal de rescate designarán el área de congregación de víctimas teniendo en cuenta los siguientes factores:

- Debe estar tan cerca como sea posible del puesto de mando, pero no debe obstruir el tráfico que va y viene a dicha área.
- Debe estar cercana al sitio del desastre.
- Debe ser fácilmente accesible para los vehículos de emergencia.

Los coordinadores médicos in situ deben distribuirse entre sí a las tres áreas mayores: puesto de mando, el sitio del desastre y el área de congregación de víctimas.

El coordinador en el puesto de mando debe tener autoridad total y por tanto ser el médico con más antigüedad, de más rango del equipo y ser la persona más familiarizada con el plan de desastre.

7.3 Responsabilidad Individual

7.3.1 Puesto de Mando

El coordinador asignado a esta área establecerá su autoridad como Director de todo el personal médico en la escena del desastre y tendrá contacto directo con aquellas personas a cargo del personal de rescate.

Para evitar confusión y promover la cooperación entre los equipos médicos, el personal estará bajo las órdenes del Coordinador, quien asegurará que el sistema de comunicaciones entra en funcionamiento, mediante estrecha comunicación con los otros dos coordinadores. El Coordinador Jefe estaría constantemente al tanto del progreso, necesidades y problemas en sus áreas.

Con la activación del Plan de Desastre, el equipo de triage de cada hospital se movilizará inmediatamente.

El Coordinador en el Puesto de Mando podría decidir cuando no fueran necesarios todos los equipos de triage y ordenaría a los hospitales en el momento oportuno no enviar sus equipos.

Los equipos médicos que llegasen al lugar del desastre se presentarían inmediatamente al puesto de mando, donde el Coordinador Jefe, después de consultar con los otros dos coordinadores, enviarían los equipos y sus materiales/suministros a las áreas donde fuesen más necesarios.

El Coordinador del Puesto de Mando estaría en comunicación constante con el Hospital Santo Tomás, con las ambulancias, bomberos, Fuerzas de la Defensa Civil, Cruz Roja, Comité de Protección Civil, y demás entidades que presten atención de emergencia en el área para asegurar que ninguno de ellos estuviese sobrecargado con lesiones graves.

El Médico Director de Salud Pública de la comunidad, además de prestar su ayuda a los equipos médicos, es el responsable de difundir a los habitantes de la ciudad las instrucciones relacionadas con salud pública (equipos, medidas sanitarias para el agua y los alimentos, inmunizaciones, etc.) y sería mantenido informado por su representante en el puesto de mando de los asuntos relevantes.

7.3.2 Coordinador Médico en el Sitio del Desastre

El coordinador médico asignado al sitio del desastre deberá comenzar el triage inmediatamente que llegue al sitio.

Una vez que el equipo de triage llegue, asumirá un papel de supervisión, dando instrucciones al equipo (si fuese necesario) sobre la responsabilidad de que las víctimas estén debidamente rotuladas y de que se inicien las medidas de resucitación cuando estas fuesen indicadas, así como de dirigir la evacuación de

las víctimas del sitio del desastre al área de congregación de las víctimas.

El coordinador debe estar constantemente al tanto de los problemas en el sitio del desastre, de tal forma que puedan ser comunicados al puesto de mando.

7.3.3 Area de Congregación de Víctimas

Las víctimas que lleguen a este área deberán ser agrupadas por orden de seriedad de las lesiones, de tal forma que el Coordinador pueda designar los equipos de rescate eficientemente y coordinar la evacuación de las víctimas por orden de prioridad.

Con la llegada de los equipos de triage el coordinador deberá asumir un papel de supervisión, asegurando que haya un nivel de cuidados consistente, instruyendo al equipo de triage, si fuese necesario, y ayudando al equipo si se requiriese.

Mantendrá al coordinador en el puesto de mando informado acerca del número y diferentes tipos de lesiones que necesitan trasladarse al hospital para asegurar su distribución apropiada, y sobre si los materiales son adecuados.

En esta área es esencial la continua re-evaluación de las víctimas.

Si la condición de una persona empeora mientras aguarda para ser trasladada, el tratamiento debe ser inicia-

do o intensificado inmediatamente y la prioridad de esta víctima para ser trasladada debe ser reconsiderada.

7.3.4 Equipos de Triage (Anexo No. 8)

Cada hospital, de acuerdo a su Plan de Desastre, es responsable por delegar y enviar un equipo de triage a la escena del desastre.

A su llegada a la escena del desastre, los equipos de triage se presentarán inmediatamente al coordinador en el puesto de mando que los enviará al sitio del desastre o al área de congregación de las víctimas.

La primera tarea es determinar la magnitud del desastre. El siguiente paso es identificar aquellos pacientes que requieran atención inmediata y su envío urgente al hospital.

El tratamiento en el sitio del accidente debe reducirse a las medidas básicas de resucitación necesarias para salvar la vida.

Si varios pacientes necesitan de esas medidas, o están atrapados y seriamente lesionados, el Coordinador Médico de triage en el sitio del accidente solicitará la colaboración de una Unidad Médica Móvil.

Cuando el número de heridos sea crítico y los recursos insuficientes un hecho no usual es de vital importancia: distinguir aquéllos que puedan responder al tratamiento de los que inmediatamente van a morir.

Debe reservarse un adecuado medio de transporte para los últimos.

Las defunciones deben ser certificadas para evitar que se pierda tiempo tratando de utilizar personal médico para que confirme dichas muertes.

7.3.5 Tagging o Identificación

Siempre que sea posible, la identificación del paciente con el uso de tarjetas (tagging) debe ser simultáneo con la tarea de clasificación; esto consiste en colocar tarjetas, generalmente de colores (Ver Anexo) que reporten un grado determinado de lesión y de prioridad para la evacuación.

7.3.6 Tarjeta Roja

Esta tarjeta significará lo siguiente: Pacientes con primera prioridad en la evacuación. Necesitan cuidados inmediatos y se encontrarían en alguna de estas categorías:

- Problemas respiratorios no corregibles en el sitio
- 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
 - Vertebras cervicales

- Fracturas o luxaciones donde el pulso no puede detectarse por debajo del sitio de fractura o luxación
- Conmoción severa
- Quemaduras (complicadas con problemas respiratorios)

7.3.7 Tarjeta Amarilla

Se trata de los pacientes que tienen prioridad secundaria en evacuación. Requieren cuidados, pero sus lesiones no son de tanta gravedad como para que sus vidas corran peligro; corresponderían a esta categoría:

- Quemaduras de segundo grado que cubran más del 30% del cuerpo
- Quemaduras de tercer grado que cubran el 10% del cuerpo
- Quemaduras complicadas por lesiones mayores a tejidos blandos o fracturas menores
- Quemaduras de tercer grado que involucran áreas críticas como manos, pies o cara, pero sin que existan problemas respiratorios
- Pérdida moderada de sangre (de 500 a 1000 cc)
- Lesiones dorsales con o sin daño de columna vertebral;
- Pacientes conscientes con daño importante en la masa encefálica (tan serio como para causar un hematoma subdural o confusión mental). Estos pacientes mostrarán uno de los siguientes signos:

- Salida de líquido cefálico por oído o nariz
- Aumento rápido en la presión sistólica
- Vómitos en proyectil
- Cambios en la función respiratoria
- Pulso menor de 60/mts
- Equimosis palpebral
- Pupilas anisocóricas
- Colapso
- Respuesta motora débil o no presente
- Reacción débil a la estimulación sensitiva (estupor profundo)

7.3.8 Tarjeta Verde

Se utilizaría en aquellos pacientes a los que se les da la tercera prioridad de evacuación y estarían definidos en las siguientes categorías:

Lesiones Menores:

- Fracturas Menores (dedos, dientes, etc.)
- Otras lesiones menores, abrasiones, contusiones
- Quemaduras Menores:
 - Quemaduras de segundo grado que cubren menos del 15% del cuerpo
 - Quemaduras de tercer grado que cubran menos del 2% de la superficie corporal
 - Quemaduras de primer grado que cubran menos del 20% del cuerpo, excluyendo manos, pies y cara

7.3.9 Lesiones Mortales

- Quemaduras de segundo y tercer grado de más del 40% del cuerpo en las que la muerte parece razonablemente cierta.
- Quemaduras de segundo y tercer grado de más del 40% del cuerpo, con otras lesiones mayores, así como fracturas mayores, lesiones cráneo-encefálicas mayores, lesiones torácicas, etc.
- Lesiones craneales donde el tejido cerebral está expuesto y el paciente se encuentra inconsciente.
- Lesiones cráneo-encefálicas donde el paciente está inconsciente y tiene fracturas mayores.
- Lesiones de columna vertebral donde hay ausencia de sensibilidad y movimiento,
- Paciente mayor de 60 años con lesiones mayores.

Existe una línea muy tenue entre estos pacientes y los de tarjeta roja. Si hay algunos pacientes con tarjeta roja habrá que decidir el uso de este sistema. Si no hay otros pacientes con tarjeta roja, los pacientes con tarjeta amarilla con aparentes lesiones mortales se convierten en candidatos para colocarle tarjeta roja.

La razón es simple, si hay muchos pacientes con tarjeta roja con posibilidades de sobrevivir, y pacientes con tarjetas amarillas que podrán ser salvados debido

a sus lesiones, el tiempo usado en los lesionados moribundos podría ser dedicado entonces al paciente con posibilidades de sobrevivencia.

7.3.10 Tarjeta Negra

Corresponde a los fallecidos. Serían los pacientes sin pulso o respiración que estuvieran en esa condición por más de 20 minutos o cuyas lesiones hicieran imposibles las medidas de resucitación.

7.3.11 Material Médico

El Hospital Santo Tomás enviará un botiquín de triage al sitio del desastre. Debe contener un cantidad suficiente de material y equipo para mantener a los enfermos de resucitación.

7.3.12 Ejemplos de Suministros Médicos en el Cajón de Triage

- Laringoscopio	3
- Fonendoscopios	3
- Lactato de Ringer x 1000 cc	18
- Equipos para transfusión	18
- Tablillas para el brazo	24
- Agujas de cateterización calibres 14, 16, 18, 20	30 de C/U
- Torniquetes	6
- Agujas:	
- 5/8" Calibre 25	100
- 1½" Calibre 22	100
- Jeringuillas 10 cc	60

- Torundas con alcohol	200
- Tijeras	6
- Parches oculares	5
- Gasa 4" x 4"	25
- Compresas para amputación	
- 8" x 6"	12
- 10" x 12"	12
- Vendas	
- 2"	8
- 6"	8
- Adhesivo	
- ½"	3
- 1"	3
- 3"	2
- Gasa 3"	4
- Elastopla 3"	3
- Elastocrepe	
- 6"	6
- 4"	6
- 3"	6
- Lidocaína amp.	12
- Bicarbonato de Sodio amp.	12
- Dextrosas surtidas	
- Epinefrina amp.	6
- Cloruro de Calcio amp.	6
- Demerol amp.	20
- Morfina amp.	20

- Equipo para venoclisis	36
- Férulas surtidas (cajas)	2
- Cánulas traqueales	36
- Tubos endotraqueales surtidos	36
- Sondas nasogástricas	12
- Mascarillas para oxígeno	12
- Tijeras grandes para cortar vendajes	3
- Set para traqueotomías	6
- Set para tricotomía	6
- Set para disección venosa	6
- Set para pequeña sutura	12
- Botellas para drenaje del tórax	10
- Jeringas desechables surtidas.	