

## DIRECCION NACIONAL DE BOMBEROS

Comisario Inspector NUBER LAZO

### EL GRAN INCENDIO COMO DESASTRE

—La Dirección Nacional de Bomberos, como servicio Técnico Especializado, como Policía del Fuego en toda la República Oriental del Uruguay, tiene como marco jurídico lo que determina la Ley Orgánica Policial en un doble aspecto:

- 1º) Misión de Seguridad y Tranquilidad Pública por un lado;
- 2º) Como función activa de salvar vidas e intereses de la población por otro lado.

Se encuentra así directamente responsabilizado de un triple quehacer concreto dentro del Pueblo Oriental a quien sirve. Estos factores del proceso lógico establecido en el desarrollo de la actividad de esta profesión, son los factores principales que se estructuran como divisiones fundamentales, las que a su vez cada uno de ellos tienen sus temas o títulos propios que forman su compendio.

Esta triple acción se conoce tecnológicamente como:

1º) **LA PREVENCIÓN** de carácter educativa, legal o impositiva, etc. La prevención es una acción de preparar y disponer con anticipación las cosas necesarias para su fin, disposición anticipada para evitar un riesgo o ejecutar una cosa, sistemas de medidas aplicadas para evitar un siniestro o educar a tal fin. Pueden existir muchas técnicas de la Prevención que dependerán del tipo de siniestro que se estudie, considerando la naturaleza o ambiente donde se desarrolla, causas y orígenes posibles, actividad o movimiento existente, etc. (medidas de previsión a adoptar o sistemas educativos o legales adecuados para aplicar, etc.).

2º) **LAS OPERACIONES** o combate al siniestro para eliminarlo, disminuirlo y evitar su propagación. Es la ejecución o las operaciones que llevan a cabo los Bomberos al enfrentar los siniestros, son todos los movimientos o acción para poner en obra o en práctica sus conocimientos y medios con el fin propuesto. Es la actividad conocida como clásica o tradicional de los Bomberos de todo el mundo. El esqueleto principal por lo general de todos los Bomberos se basa en esta faz ejecutiva en cuyos trabajos se practican métodos y aprenden las experiencias más variadas; y donde se ponen en práctica los conocimientos adquiridos en la preparación para dicha actividad y se crean escuelas y métodos de instrucción a tales fines, se usan los medios adecuados a cada caso dentro de los factores tiempo y espacio.

3º) **EL ANALISIS INVESTIGATIVO** o pericial de auxilio a la Justicia, el mejoramiento tecnológico de la fabricación de materiales en la industria, y como retroalimentación a la Prevención. Tiene el significado de hacer diligencias para descubrir el origen, hacer un examen de algo en el caso post-siniestro, es decir, una vez que el siniestro ha sido dominado o extinguido por la actividad ejecutiva es necesario realizar una investigación minuciosa de lo que originó, determinó o dio lugar a ese siniestro, también se investigarán los factores que facilitaron su extinción y las consecuencias que determinó.

Esta labor que da origen a la técnica Investigativa o Pericial de los Bomberos, es una de las actividades importantes, porque no sólo se hace como fin investigativo en sí, sino que aporta a la técnica de Prevención y de Ejecución, es decir, con estos análisis investigativos estamos aportando conocimientos para fortalecer tanto la Técnica Preventiva como la Técnica Operativa, las que se nutren de nuevas experiencias.

Además la Técnica Investigativa traerá como consecuencia la formación de la Investigación Legal del siniestro, si afecta o no leyes del País o si tiene relación con actos criminales (siniestros intencionales).

**EN EL GRAN DESASTRE**, frente a la obligatoriedad de la actuación activa y dinámica que le caracteriza a nuestra profesión, el teatro de las operaciones donde se limita el trabajo de los Bomberos, se convierte en un mundo distinto. El calor, el peligro de derrumbe, el gas tóxico, el humo, el ruido, el espanto, los posibles peligros de vida, el pánico de los vecinos, y las consecuencias socio-sico-

lógicas posteriores forman el mundo del infierno en la Tierra, desatado por el desborde de las fuerzas naturales. en este caso, esa fuerza energética primitiva y tremenda que trajo Prometeo, que es el Fuego.

Para resolverlo intentamos aplicar la ecuación de "A menor tiempo mayor protección en proporción directa a los insumos de medios, deseando obtener resultados eficientes con un mínimo de esfuerzos hombre-hora, brazo-mente".

Nuestra intención es plantear aquí que este esfuerzo hoy, más que nunca necesita del apoyo mancomunado e integrado de y con todos los servicios de Emergencia Nacionales e Internacionales.

La circunvalación del gran siniestro transformado así en un campo complejo y violento que hay que resolver dentro de límites espaciales y temporales, requiere un tratado especial.

Este ambiente de desequilibrio natural biofísico social que provoca el desastre con resultados de pérdidas tangibles en vidas y bienes; y no tangibles como el pánico y el temor a lo sobrenatural de consecuencias imprevisibles, requiere un planteamiento sistemático de las operaciones que no es responsabilidad sólo de Bomberos. Más bien el hecho sinistral es un vacío de previsión técnica-política, si no estuvo dentro de la planificación de un sistema integral de Emergencia Nacional.

Consideramos al siniestro como avería grave con destrucción o pérdida importante que sufre la sociedad, las personas y las propiedades, descartando para Uruguay los peligros volcánicos, sismos, terremotos, tifones y aludes, quedan los no menos peligrosos siniestros que causan las inundaciones, derrumbes, operaciones diversas e incendios de carácter colectivos, como explosiones ya sean criminales o accidentales. Y por sobre todo, la combinación de dos o más de estos siniestros referidos.

El tiempo —tirano de este simposio— obliga a elegir solamente el tema "INCENDIO COMO DESASTRE", considerando al incendio como entidad igneológica compleja: fuego más el conjunto de problemas técnicos y humanos que trae aparejado, como dicen nuestros colegas argentinos, o como decimos nosotros: fuego incontrolado de importancia que destruye o parcialmente lo no destinado a arder.

Como gran incendio, el modelo brasileño del "JOELMA" 1976, con casi 300 muertos, no se adecua en su totalidad para Uruguay, pero no deja de existir la posibilidad ya marcada potencialmente por nuestras estadísticas, de un desastre a nivel similar dentro de las estructuras edilicias de Montevideo, Canelones, Punta del Este, Salto y/o Paysandú en primera instancia. La experiencia recogida por la actuación en el incendio de FOTOTÉCNICA, fábricas y protécnicas, últimamente, lo confirman. Los incendios se clasifican según la naturaleza del material combustible que hayan tomado pero en forma más detallada, es decir, entran a considerarse los valores de los materiales según su estado físico, mientras que la naturaleza considerada para los incendios no tiene en cuenta estos factores de detalle, de íntima constitución sino otros más generales. La magnitud no se considera para fuegos, pero es una forma de clasificación muy importante para los incendios. La naturaleza de un incendio es la esencia, propiedad o características de los elementos u objetos que resulten afectados por el fuego o consecuencias. Se tendrá en cuenta la Naturaleza desde un punto de vista general o principal y también desde un punto de vista particular o en detalle hasta el límite considerado como fuego. Por ejemplo, la naturaleza de un incendio desarrollado en una estructura edilicia como concepto general, a su vez puede tener como naturaleza particular una vivienda de tantas reparticiones y con tales muebles en su interior. Es decir, que se puede referir la naturaleza tanto al continente como al contenido. En la práctica para no hacer grandes diferencias que puedan complicar el sistema administrativo sobre el control de informes de incendio, se consideran muchos fuegos que no serían en realidad incendios (muy común en algunos denominados "principios de incendio"). La división o clasificación de los incendios de acuerdo a la naturaleza, tiene tres grandes tipos a considerar que se diferencian claramente entre sí, por su propia constitución de forma y de fondo como por su composición y estructura física, son los incendios en **ESTRUCTURAS EDILICIAS** los **FORESTALES** y los de **VEHÍCULOS**.

Planteando teóricamente un modelo de **Gran Incendio** concreto, tendríamos una **estructura edilicia** con fines industriales, comerciales, hospitales, viviendas

colectivas o locales de espectáculos públicos, para masas volumétricas de 6.000 a 5.000 m<sup>3</sup>, con un supuesto de carga de fuego uniforme.

Este modelo tipo montevideano de hoy, determinará los siguientes efectos:

**A) Desprendimiento de humo y/o diversos gases tóxicos.** El aire se encargará de transportarnos los diferentes gases nocivos que provoquen las combustiones o los desprendimientos en diversos ambientes donde trabaja el bombero, los vapores que existen en forma permanente de diversos líquidos en exposición, las nieblas de elementos volátiles, los polvos, los humos, etc. Hay cantidad de sustancias corrosivas, y venenos que atacarán la piel, como las anilinas, tetraetilo de plomo, ácido cianhídrico, ácidos sulfúricos, clorhídricos, nítrico y fluorhídrico, los alcalinos familiares como la soda cáustica, potasa y cal cáustica, halógenos, cloruros, bromuros y fluoruros, el fenol y derivados en general de estas sustancias. Como uno de los gases más conocidos por los bomberos que afectan la piel y principalmente las partes delicadas del organismo, es el amoníaco, debiendo tomarse siempre todas las medidas de defensa posible al trabajar en escapes de este gas.

Hay cantidad de sustancias que pueden afectar los órganos respiratorios, como los gases del carbono, ácido sulfhídrico, nieblas de pinturas, evaporaciones de polvos y humos, óxidos, etc. Por la ingestión al tragar saliva o tocarse la boca con las manos, etc., varían desde los compuestos tóxicos como el arsénico, compuestos de plomo, de mercurio, hasta las ingestiones simples de elementos nocivos, descomposición, etc., que suelen haber en locales donde intervienen los bomberos.

**B) Posibilidad de explosiones.** No todos los gases son explosivos, pero las circunstancias en que trabajan los bomberos obliga a que siempre se tenga presente la máxima opuesta, o sea: "que muchos gases son explosivos".

Las precauciones que se deben tomar en este sentido deben ser permanentes, una explosión definida como una combustión instantánea, tiene consecuencias desastrosas. La expansión molecular de los gases en forma violenta provoca desplazamientos de masas de aire que producen presiones destruyendo y empujando todos los materiales que encuentra a su paso, incluyéndose los destrozos provocados a paredes, techos, muebles y recipientes donde se encuentran contenidos los gases, lo que quiero decir que existen varias consecuencias, el desplazamiento y fuerzas de empuje y los numerosos proyectiles que arroja en varias direcciones, sin olvidar el fuego provocado en la ignición, peligro central de la explosión con su consecuente propagación.

Los gases pueden ser explosivos como consecuencia de la combinación con otros gases en condiciones y proporciones adecuadas, debiendo intervenir también en la mayoría de los casos la temperatura ambiente necesaria, pero pueden ser explosivos sin combinación con otros gases, solamente por dilatación extrema a consecuencia de elevadas temperaturas y la falta de escape necesario; puede haber explosión sin necesidad de que los gases se calienten en su masa total, sino simplemente al contacto con una pequeña flama en cualquier parte del ambiente y en fin, pueden ser explosivos al solo contacto con la luz solar.

**C) Eminente peligro de derrumbe.** La estructura de edificación es arquitectónicamente hablando, la construcción de las partes que componen el todo de un edificio; o sea una obra arquitectónica con techumbre y que cumple funciones habitacionales para el hombre. Por lo mismo, se comprenderá que la gran dimensión de edificios que se pueden construir según los fines y usos a que lo destine el hombre, crean una gama diferente de problemas en caso de siniestros que lógicamente deben ser estudiados y resueltos por los responsables o encargados de reducir o eliminar esos siniestros.

Pero el fuego además trae como consecuencia el debilitamiento de la estructura sumándole el problema derrumbe. El derrumbe no sólo se produce por influencias del fuego, sino también por fallas o defectos de construcción, provenientes todas ellas de distintas causas; las principales de ellas son:

1. — Asentamiento de obra.
2. — Roturas o recalques de los terrenos de fundación.
3. — Aplastamiento de los materiales.
4. — Movimientos de una parte de la construcción.
5. — Deslizamientos.

Para reparar las fallas o sostener precariamente la estructura se usa el apuntalamiento. Los apuntalamientos son dispositivos, generalmente hechos con elementos de madera, que tienen por fin asegurar el equilibrio de estructuras, paredes, tierras, etc. Constituyen elementos auxiliares en las obras de construcción de edificios y tienen muy variada disposición según los fines para los cuales son realizados. Tratándose de zanjas o pozos en excavaciones para hacer fundaciones, cuando los terrenos son desmoronables, se debe hacer un apuntalamiento el cual va avanzando con la profundización de la excavación.

Todo este problema se resume en lo siguiente: "Construcción débil mayor peligro para las personas". Muchas veces no son pocas las familias que habitan en un espacio determinado, sino que por lo general en estos casos nos referimos a los agrupamientos muy grandes de familias, donde la evacuación, remoción de escombros, etc., demanda gran esfuerzo.

Estas tres variables descriptas, de gases, explosiones y derrumbes se plantearán dentro de los 5 a 10 primeros minutos de acción, directamente proporcional al orden establecido.

Debemos aclarar "a priori" que frente a estos efectos se requiere atender casi simultáneamente:

- 1) El peligro inminente de vidas o lesiones humanas.
- 2) El factor psicológico que pueda afectar a los seres humanos relacionados.
- 3) Las pérdidas físico, económicas materiales del proceso T.G.A. (Temperatura-Gas-Agua).
- 4) La afectación social con las consecuencias post-siniestros.
- 5) Los problemas legales, concomitantes, jurisdiccionales procesales.
- 6) El tecnológico, o sea el desarrollo y planteamiento de la puesta en marcha del combate u operaciones a cargo de este servicio especializado.

Para esto último se plantea el siguiente despliegue operativo en dos áreas diferentes.

- A) El área de operaciones central, específica de Bomberos.
- B) El área circundante a la zona afectada.

Para la primer área requerimos

- 1º) Cantidad de 50 a 100 hombres, protegidos individualmente con maquinarias fijas, potentes y de larga duración.
- 2º) El trabajo de equipo, preestablecido para rescatar a posibles víctimas en puntos críticos, determinado por el RECONOCIMIENTO.
- 3º) El asesoramiento en presencia de diversos técnicos especializados y debidamente equipados, como arquitectos e ingenieros, muchas veces no entrenados para la emergencia.
- 4º) Planteamiento de la división del trabajo como:
  - a) Reconocimiento de los diferentes problemas a enfrentar;
  - b) Ejecución de los salvamentos y traslados de víctimas al puesto de socorro. En este punto cabe remitirnos a la exposición del Dr. Humberto Arenas, médico del Servicio de Bomberos que nos acompaña.
  - c) Protección y prevención activa de la propagación y/o contaminación;
  - d) El ataque hídrico o químico neutralizante;
  - e) El abastecimiento y los reemplazos;
  - f) El apoyo en iluminación, ventilación, y la energía suficiente;
  - g) El mantenimiento y el control de las máquinas y su rendimiento;
  - h) Las comunicaciones y la inspección;
  - i) El permanente apoyo médico en el lugar íntimo del proceso del trabajo.

Y si eso fuera poco, agregaremos la unificación y coordinación global, para hacer del procedimiento un todo uniforme que brinde una unidad de acción.

El 2º punto es el área circundante a la zona afectada, la que será objeto de otra ponencia por representantes de la mesa por lo que no incursionaremos en este tema. La Policía conoce muy bien: canalizar los desalojos, asegurar el orden, control del tránsito, y la protección del ciudadano.

Los médicos, señores, no quedarán afuera, ni del área central ni del área circundante, canalizarán un flujo móvil de víctimas —graves o no— desde:

- 1º) El propio siniestro, quizás usando el casco del Bombero.
- 2º) En el centro de auxilio, usando como cama, muchas veces, el asfalto.
- 3º) En la línea de traslado con el móvil que tengan a mano.
- 4º) La atención hospitalaria, donde quizás muchas veces la víctima es el propio bombero, cuando no hace las veces de enfermero, realidad que es el símbolo de la urgente necesidad de integración, como un elemento más para resolver la emergencia en una gran desastre, redundando en esta forma, en beneficio directo a los pueblos a quienes servimos.

CRIÓ. INSP. NUBER LAZO.

2do. JEFE DE BOMBEROS DE MONTEVIDEO.

Presidente de la Comisión de Desastre de la Dirección Nacional de Bomberos, R. O. U

## EL SERVICIO MEDICO DE BOMBEROS

La Dirección Nacional de Bomberos tiene desde hace muchos años su Servicio Médico estable con radio de acción estrictamente interno para todos aquellos casos de su personal; instalado en el propio Cuartel Centenario y que es un Centro Auxiliar del Servicio de Sanidad Policial.

Integrado por un Médico Jefe, Médicos y Enfermeros que cumplen guardias de 24 horas. La planta física de este servicio consta de Policlínicas Médica y Odontológica, Servicio de Fisioterapia, Sala de internación con 10 camas para su personal.

A medida que el Cuerpo de Bomberos fue ampliando su radio de acción dicha Dirección Nacional desde hace ya nueve años considerando las múltiples funciones que se cumplen en la actividad profesional como ser incendios, derrumbes, salvamentos de personas, accidentes de tránsito con atrapados, emanaciones de gas, explosiones, inundaciones, concentraciones de humo, etc., consideró oportuno y basado en realidades anteriores dotar a la Unidad de una ambulancia.

Esta presta un invaluable apoyo a las necesidades del Servicio Médico en su funcionamiento interno, así como también en el externo, en el área del siniestro, de acción bomberil, en los momentos de peligro y de lucha en desventaja.

En la actualidad, como dije anteriormente, muchas son las intervenciones de pequeña, mediana y gran magnitud en que intervienen bomberos y cada una de ellas representa para los soldados del fuego, una prueba más de su capacidad, de su arroyo, de su preparación físico, técnico, profesional, en una entrega total para bien de la comunidad.

Con la presencia del Servicio Médico de Bomberos en el lugar del siniestro contando con ambulancia radiocontrolada, con médico y enfermero, modernamente equipada, con equipo pulmator inhalador y aspirador combinado portátil, balones de oxígeno individuales portátiles de un kilo y medio con duración para veinte minutos, botiquín de urgencia, sistema de inmovilización, camilla portátil plegable para salvamentos en pozos de aire, caídas al vacío, camilla portátil de madera para salvamento y traslado de traumatizados de columna.

El Servicio Médico actúa en acción combinada con el Jefe de Servicio y de acuerdo a la magnitud y al tipo de siniestro.

En muchas ocasiones debemos acompañar e introducirnos permaneciendo al lado de aquellos que actúan en la zona central o zona de ataque por si son requeridos nuestros servicios.

En los salvamentos de personas (sepultados en derrumbes, caídas al vacío, pozos de aire, atrapados en accidente de tránsito) es de importancia fundamental tener aquellos medios apropiados a tales fines; equipos de hombres salvamentos, equipos de hombres de cuerdas que cumplirán una función fundamental en el mismo, haciendo digamos la primera etapa y colaborando así con el servicio médico que será el encargado y responsable de las etapas siguientes atendiendo, controlando, canalizando el flujo de víctimas medianamente accidentadas o graves

a centros asistenciales más próximos o aquellos centros específicos considerando las lesiones que cada uno presenta, fracturas, hemorragias, comas profundos, etc.

En los casos de desprendimientos de gases debemos considerar tres casos que son los más comunes: 1º) Las intoxicaciones por desprendimientos de CO (monóxido de carbono) producidos por braseros a carbón, gas de alumbrado, hornallas, etc., y que pueden ocurrir en forma accidental o por intento de autoeliminación. En algunos de estos casos sólo hemos podido comprobar el fallecimiento que ocurrió horas antes, por lo general suceden en la madrugada, y nosotros somos avisados varias horas después. Pero en un porcentaje mucho más alto cuando concurrimos avisados por desprendimientos de gases en fincas y logramos encontrar con vida a la víctima: desde ese momento comenzamos nuestra lucha en el mismo lugar de la escena así como en el traslado al centro asistencial, previniendo la desobstrucción de boca y faringe con residuos de materia vomitada, haciendo respiración artificial, respirador o resucitador si hay pnea; así como carbógeno por sonda nasal u oxígeno puro a presión por careta, calentamiento, analépticos, etc. y en estos casos hemos tenido la enorme satisfacción de ver coronado nuestros esfuerzos.

2º) En segundo lugar en desprendimiento de gas amoníaco, como ser las plantas industrializadoras de pescado, gas éste que produce una acción irritante y corrosiva con lesiones rubefactantes o vetricantes de piel, ojos y mucosa nasal y faringea, bronquios, disfagia, vómitos, en estos casos se actúa de acuerdo a la intensidad de su sintomatología.

3º) Por último debemos mencionar las grandes concentraciones de humo (como el incendio de Caja de Jubilaciones) en ambientes sumamente cerrados con gran área de difusión con desprendimientos de gases mixtos por la gran variedad de elementos en combustión, por la prolongación de las horas de trabajos, en este caso 15 horas.

Todos estos elementos reunidos nos hace proceder de una manera especial, pues debemos pensar y considerar que no sólo la concentración de humo hará su obra sino las largas horas de trabajo, agotamiento, deshidratación, inhalación de gases, sequedad de las mucosas, cuadro de asfixia y que a veces terminan con crisis nerviosas como resultado final.

Por último tenemos los medianos y gran incendio donde siempre se debe actuar y es conveniente estar cerca de aquellos bomberos que están en primera línea, zona de ataque como lo mencione anteriormente; pero no por eso debemos descuidar el área circundante posible de propagación y donde muchas veces cunde el pánico y el temor y puede terminar en un verdadero y gran desastre, como hemos visto en otros países.

En estos dos últimos casos nuestra experiencia nos ha llevado a actuar de una manera particular a saber: instalación del puesto de socorro fijo, atención en el mismo de aquellos que presentan escasa gravedad, canalización de los más graves a centros asistenciales no sin antes prestarles la asistencia que el caso requiere.

Dr. HUMBERTO ARENAS  
Médico del Servicio de Bomberos



## La calidad de un medicamento

es la respuesta terapéutica segura al diagnóstico formulado por el médico,  
es el ingrediente de valor inapreciable incluido en cada fármaco, en  
defensa de la vida de su paciente.

---

## **PLAN PERMANENTE DE OPERACIONES DE EMERGENCIA**

**POLICIA DE MONTEVIDEO - DIRECCION GRUPOS DE APOYO - CUERPO DE POLICIA DE TRANSITO**

### **DEPARTAMENTO DE SERVICIOS**

#### **HOSPITAL DE CLINICAS**

##### **I — SITUACION**

Hipótesis de desastre.

##### **II — MISION**

Facilitar la entrada y salida de ambulancias, así como de personal médico y de servicio, aislando de tránsito la zona del Hospital

###### **a) Idea de maniobra.**

- Bloqueo de tránsito vehicular en la zona de influencia del Hospital, a fin de que no se dificulte la labor de las autoridades.
- Disponer un solo sentido de circulación en las vías de entrada y salida del Departamento de Emergencia

###### **b) Ingreso de ambulancias**

- Sin perjuicio de la dirección de procedencia, las ambulancias deberán acceder al Departamento de Emergencia por el acceso de Av. Italia y salir por la calle Las Heras, de modo de no interferir las que salen con las que llegan y no se obstaculicen al circular en las adyacencias.

###### **c) Velocidad de reacción**

- Ante la comunicación pertinente (M.C.O.), el Cuerpo puede, por su proximidad, implantar un corte de emergencia (4 a 6 efectivos) en un tiempo estimado entre 3 y 5 minutos. De acuerdo a las necesidades y la magnitud del desastre esta cantidad puede ser aumentada a 16 efectivos en 15 minutos, a los efectos de un corte total del tránsito en toda la zona periférica. Para su movilización inmediata se cuenta con motos radiocontroladas y camionetas para traslado de personal.

##### **III) SUGERENCIAS**

###### **a) Distintivos médicos**

Por ser una situación de emergencia extrema, los distintivos deben ser fáciles de conseguir y por tanto se sugiere que los médicos que se dirijan en vehículos, deberían atar un pañuelo (de cualquier color) a la antena de radio del auto, en su defecto apretarlo con la aleta de ventilación de la puerta delantera izquierda y en todos los casos, circular con todas las luces encendidas y haciendo sonar el claxon.

###### **b) Estacionamiento en zona de emergencia**

Dentro de las posibilidades, las vías de acceso y salida del Depto. de Emergencia deben ser despejadas para facilitar el desplazamiento de los vehículos de urgencia.

## AL PRIMER CONGRESO RIOPLATENSE DE EMERGENCIA

Montevideo, Uruguay

12-20 de agosto de 1978

Contribución de la Oficina Sanitaria Panamericana

Claude DE VILLE DE GOYET

En nombre de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud es un verdadero privilegio para mí dar la bienvenida a los participantes del Primer Congreso Rioplatense de Emergencia patrocinado por la Sociedad Médico Quirúrgica de Emergencia del Uruguay y la Sociedad Argentina de Patología de Urgencia.

En el decurso de los años las grandes catástrofes que afectan a las Américas han puesto de manifiesto la necesidad imperiosa de que los países concedan una atención preferente a la preparación adecuada de las autoridades y de los pobladores de las áreas vulnerables a los desastres, ya sean provocados por la naturaleza o por el propio ser humano.

La historia de Argentina y Uruguay en los últimos 30 años demuestra ampliamente la posibilidad de ocurrencia de catástrofes destructoras. Las inundaciones a lo largo del Paraná, los temporales en las provincias costeras y los terremotos en el noroeste están seguramente presentes en la memoria de esta distinguida audiencia. Los incendios de edificios públicos representan una amenaza latente en cada ciudad importante del mundo. El acelerado desarrollo de las zonas urbanas y la industrialización son factores que aumentan la vulnerabilidad de la sociedad a incendios y explosiones que provocan numerosas pérdidas de vidas humanas y daños cuantiosos en los servicios públicos básicos.

Los gobiernos tienen la obligación de velar por la salud de sus pueblos. La cual puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Aunque la sociedad, por intermedio del estado, ha asumido el deber de poner en práctica las medidas conducentes a atender las necesidades de salud de la población, la responsabilidad principal de la preservación de la salud en todas sus formas recae en los propios individuos y familias que constituyen la base de la organización social. Estas dos responsabilidades, la del gobierno y la del individuo y su familia no son excluyentes; al contrario, deben complementarse y apoyarse.

Para que la salud sea patrimonio común, es necesario que la población reciba atención efectiva e inmediata para satisfacer sus necesidades urgentes en caso de accidentes, catástrofes o simplemente de urgencias médicas o quirúrgicas.

Todos los participantes de este Congreso son distinguidos profesionales, técnicos, expertos de representación internacional con plena capacidad de solucionar problemas, sean de carácter técnico o de emergencia en general.

La Organización Panamericana de la Salud con su recién establecida Unidad de Preparativos para Socorros de Emergencia está a disposición de los Gobiernos de los países afectados por desastre, siempre que exista una genuina situación de emergencia y que los recursos nacionales o internacionales no sean suficientes o no estén disponibles en la práctica para atender a las necesidades de salud inmediatas. Tradicionalmente la OPS ha proporcionado materiales especiales o equipos médicos y asistencia técnica en relación con determinados problemas de salud pública, tales como la prevención de brotes de enfermedades transmisibles, la instalación de servicios de agua potable de emergencia, el control de los sectores, la normalización de servicios médicos, etc. Esta ayuda tradicional, aunque ha sido de alta calidad profesional, hasta ahora ha tenido impacto limitado en la planificación de los preparativos para casos de emergencia y en la labor internacional de socorro. En la actualidad se está elaborando un enfoque más sistemático en el que se destaque la planificación para atender casos en el ámbito nacional y se haga uso máximo de la capacidad de los recursos de la Organización.

El establecimiento de una Sociedad Latinoamericana de Emergencia es un paso muy importante para los países del Continente y estoy seguro que contribuirá

a la organización de servicios de urgencia en los servicios de salud de los países así como una respuesta más rápida en caso de catástrofes tan comunes en nuestras áreas.

Todos los aquí presentes, distinguidos delegados del Cuerpo de Bomberos, Policía Caminera del Uruguay, Fuerza Aérea, y especialistas en desastres tenemos la obligación con nuestros gobiernos a dar nuestro conocimiento y contribución a fin de lograr el éxito de este Congreso y contribuir a una atención médica inmediata a todos aquellos que la requieren. Además de la cooperación técnica suministrada por la División de Servicios de Salud para el desarrollo de servicios modernos de urgencias en las zonas urbanas, la Oficina Panamericana de la Salud apoya también los programas nacionales de preparativos para grandes catástrofes. Trabajamos a través de nuestra contraparte nacional en el sector salud. Por lo tanto, en la mayoría de los países hace falta un funcionario nacional que se encargue de elaborar e implementar un plan de desastre con un programa técnico de preparativos dentro del sector salud.

### **ADiestRAMIENTO**

La OPS otorga becas para los funcionarios del sector salud encargados de la dirección de servicios de urgencias o del programa de preparación y de la coordinación de los socorros en caso de desastres. En países que solicitan la cooperación de la organización dentro de un programa nacional de capacitación de su personal, se organizan cursos y seminarios sobre temas específicos que responden a las inquietudes nacionales.

Los manuales, las guías y las conferencias no sustituyen la experiencia práctica en problemas de salud que se plantean durante emergencias de grandes proporciones. La Organización estudia actualmente la factibilidad de facilitar adiestramiento en el terreno al personal de la OPS y al personal local de contraparte durante situaciones de emergencia.

### **INVESTIGACION**

La investigación operativa, es decir, la investigación con miras a la solución de problemas es esencial cuando se ha producido una catástrofe. Se identifican los problemas claves y los recursos se asignan por adelantado a determinadas instituciones o asociaciones de investigación. En caso de emergencia se canalizarán inmediatamente las subvenciones destinadas a investigación. Se está formulando juntamente con la OMS una política de investigación internacional sobre desastres a fin de establecer prioridades y apoyar a los científicos nacionales en sus labores.

Se requiere urgentemente la participación más activa de los científicos del sector salud en la fase de emergencia. Equipos de investigación de casi todas las disciplinas estudiaron a fondo las recientes catástrofes. Lamentablemente, el sector salud no contribuyó de manera significativa. Esto se refleja en la ausencia relativa de publicaciones científicas sobre problemas de salud y su manejo en situaciones de emergencia.

### **COOPERACION TECNICA EN CASO DE EMERGENCIAS NACIONALES**

La Organización responde a las solicitudes de cualquier país miembro afectado por un desastre. Siendo una organización técnica, la OPS dispone de pocos recursos materiales y no puede suministrar una ayuda financiera y material considerable. Sin embargo, la OPS puede movilizar expertos calificados para asistir al Gobierno en la evaluación de sus necesidades en el sector salud y resolver problemas técnicos específicos.

Los recursos de la OPS comprenden 650 profesionales de las diferentes ramas de la salud instalados permanentemente en toda la región, que es el ámbito de

la OPS. La experiencia del personal de la OPS es variada; además de administradores en salud, planificadores, enfermeras, ingenieros y epidemiólogos, hay analistas de sistemas de información, educadores sanitarios, especialistas en rehabilitación, asesores en accidentes de tránsito y radiaciones, etc. Esta reserva de especialistas internacionales, aún no utilizada al máximo, constituye un recurso muy especial para las Naciones Unidas y, en particular, para la Oficina del Coordinador de las Naciones Unidas del Socorro en Casos de Desastre para asistir a los países afectados por desastres en la evaluación de las necesidades en salud y la administración en situaciones de emergencia.

Además, se está compilando una lista de personal de expertos ajenos a la Organización que están asequibles para prestar servicio de corta duración en casos de emergencia. Los aspectos especiales incluirán: evaluación general de las necesidades en salud durante la emergencia, atención de emergencia, vigilancia epidemiológica y control de enfermedades, saneamiento ambiental, clasificación e inventario de suministros de socorro, reorganización de laboratorios, salud mental, etc. Los expertos mejor capacitados para atender las necesidades del momento estarán disponibles para asistir en forma inmediata a los países afectados por una catástrofe.

Con esta labor de planificación y preparación internas se va capacitando la Organización para prestar asistencia y responder de inmediato a las solicitudes de los países del continente.

Para terminar, deseo expresarles nuestro profundo agradecimiento por su presencia en este Congreso Rioplatense de Emergencia y deseo a todos ustedes mucho éxito en estas actividades tan importantes. Muchas gracias.

## **PLAN DE EMERGENCIA EN UN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD**

Dr. Justo SIBURU LIBARONA  
Dra. Emilse CARPINETA DE BURGOS  
Dr. Raúl E. LONGO  
Dr. Julio SANKOWICZ

**DEFINICION DE CATASTROFE:** Evento desgraciado de aparición sorpresiva o de progresión incontenible que compromete la supervivencia de la comunidad anulando o desbordando su capacidad de autoauxilio.

Se presenta el Plan de Emergencia interno elaborado en el Hospital Nacional Ezeiza en oportunidad del Campeonato Mundial de Fútbol y tomando en cuenta la experiencia acumulada en dicho centro asistencial en una catástrofe de gran magnitud ocurrida el 20 de junio de 1973, y los planes oficiales de Emergencia.

**MISION:** Prestar atención médica a la mayor cantidad de personas afectadas con objeto de salvar vidas y disminuir los efectos del accidente. Se deberán utilizar todos los medios disponibles de asistencia y derivación.

**SITUACION Y AREA PROGRAMATICA:** Se debiera considerar la ubicación y el área de influencia del centro asistencial.

**PREVISION Y RECAUDOS:** A) Deberá considerarse la ubicación de centros de concentración importantes de personas (escuelas, estadios, aeropuertos, rutas, vías férreas, fábricas, etc) así como las vías de acceso y de derivación posibles del establecimiento

B) Comunicaciones: Es de fundamental importancia disponer de radioenlace para solicitar la colaboración de otros centros y coordinar con las autoridades correspondientes el plan sanitario general, así como líneas telefónicas para la citación del personal previamente seleccionado y adiestrado para esta eventualidad. Este personal ante la emergencia se concentrará en varios puntos previamente determinados de acuerdo a su zona de residencia a efectos de ser trasladados al Hospital munidos de la identificación provista con antelación. Este traslado debiera realizarse en vehículos utilitarios y en ningún caso se dispondrá de las ambulancias a este fin, las que quedarán afectadas exclusivamente al transporte de heridos.

C) Listado de personal con sus respectivas direcciones y teléfonos actualizados.

D) Selección de materiales y medicamentos a utilizarse en la emergencia y depósito de los mismos en un local adecuado, próximo a la guardia.

E) Contactos preestablecidos con autoridades regionales, sanitarias, hospitales vecinos y centros asistenciales especializados (Quemados, Apoyo Respiratorio, Hemoterapia, etc.) así como bomberos y Junta de Defensa Civil.

F) Confección de tarjetas para clasificación de heridos.

G) Confección de cantidad suficiente de fojas de observación y evolución, útiles para seguimiento y eventual derivación de los pacientes.

H) Confección de brazaletes de identificación para autoridades del operativo.

I) Instrucción previa a médicos clasificadores y jefes operativos.

J) Prever la acción conjunta.

**SITUACION DEL HOSPITAL:** En su área se hallan ubicados el Aeropuerto Internacional de Ezeiza, Escuelas primarias y secundarias, Escuelas militares y penales, Centro atómico, Complejos Polideportivos, Piletas populares, Empresas fabriles y frigoríficas, tres vías ferroviarias y atravesado por un río fácilmente desbordable. Además esta circundado por tres rutas principales y dos accesorias.

**PLAN OPERATIVO:** Producida la catástrofe y alertado el establecimiento, la autoridad máxima del mismo pondrá inmediatamente en marcha el plan pre-estructurado.

1) Evacuación de la mayor parte posible de internados de autocuidado y cuidados intermedios a locales establecidos con antelación (Escuelas civiles o militares). Con esto se logrará disponer de la planta física necesaria que se dividirá en:

A) Centro de Operaciones: Será la sede del Jefe operativo.

B) Area de Guardia: Se utilizará para la atención primaria de agudos, donde se realizará la atención respiratoria, tratamiento del Shock, prácticas de canalización y traqueotomía, etc.

C) Area de Internación: Dividida en sectores para la atención de pacientes quirúrgicos, postoperatorio compensado, comas, politraumatizados y pacientes graves recuperables, fracturas simples y pacientes leves, psicopatías y Terapia Intensiva.

D) Area de pacientes irrecuperables.

E) Areas Quirúrgicas.

F) Morgue Complementaria.

2) Procedimiento: El personal asistencial se distribuyó de la siguiente manera:

A) Jefe Operativo: Cuyas funciones serán de coordinador de las tareas a fin de cumplimentar y ejecutar el plan establecido. Se identificará mediante brazalete color rojo. Tendrá amplias facultades pues todos los sectores del Hospital quedarán subordinados a él. Tendrá médicos asistentes que se identificarán mediante brazalete color azul y cuya misión será actuar de enlace entre los distintos sectores y el jefe operativo.

B) Médico Clasificador: Será el médico interno del día. Se identificará con brazalete color verde. Debe tratarse de un profesional de alta jerarquía asistencial ya que su función consistirá en determinar el destino de los pacientes a las distintas áreas mediante el uso de tarjetas de color:

AMARILLA: Pacientes leves que pueden ser demorados en su tratamiento.

ROJA: Atención médico quirúrgica inmediata.

VIOLETA: Pacientes irrecuperables.

NEGRA: Fallecidos.

Se constituirán equipos de personal asistencial en cada una de las áreas pertinentes de acuerdo al tipo de pacientes que sean asistidos en los mismos y a la disponibilidad de recursos humanos, debiendo tener equipos ya constituidos para un desempeño más rápido y eficaz.

C) Indicaciones para el médico que acompaña a la ambulancia:

—Suministrar los primeros auxilios en el lugar del accidente.

—Evacuar al Hospital los pacientes en el siguiente orden de prioridades:

1º) Pacientes con dificultad respiratoria.

2º) Hemorragia incontrolable.

3º) Heridas penetrantes de abdomen.

4º) Quemaduras de más del 40 %.

5º) Pacientes en coma y heridas penetrantes en cráneo.

6º) Traumatismos graves de huesos y articulaciones.

—No transportar cadáveres.

Al ingresar al Hospital serán clasificados de acuerdo a lo expuesto, identificados por personal auxiliar. Se confeccionará la foja de observación y se destinará al sector correspondiente.

Se debe prever un local adecuado para la atención de familiares y del periodismo, de manera que éstos no entorpezcan la actividad médica a desarrollar.

Cuando la catástrofe supere la capacidad asistencial del establecimiento se procederá a la evacuación de los pacientes posibles de serlo, a los otros Hospitales,

para lo que se deberá requerir a los mismos el envío de ambulancias, así como a la autoridad pertinente la colaboración con helicópteros sanitarios para agilizar los traslados o en caso de bloqueo de rutas.

**CONCLUSION:** Creemos conveniente que cada Institución Sanitaria elabore un Plan de Emergencia Interno, adecuado a sus características propias y de su área de influencia, dado que cada vez es mayor la posibilidad de producción de catástrofes consecuente al adelanto técnico y la moderna urbanización de la vida actual y del futuro.

**RESUMEN:** Se presenta al Primer Congreso Rioplatense Médico-Quirúrgico de Urgencia el Plan de Emergencia elaborado en un Hospital Nacional de complejidad tres ante la posibilidad de presentación de una catástrofe.

Se desglosa en: 1) Definición de catástrofe; 2) Misión del Hospital; 3) Situación y área programática; 4) Previsión y recaudos y 5) Plan operativo a desarrollar producida la catástrofe, así como el rol que desempeña cada profesional actuante.

Hacemos hincapié en la conveniencia de poseer un Plan de Emergencia para desarrollar producido un desastre en el área de influencia de cada centro asistencial.

**SUMMARY:** It is presented to the First Medical-Surgical of Urgency Congress of the Rio de la Plata the Emergencie's Plan worked out in a National Hospital of complexity III above a catastrophe presentation's possibility.

It is tear off in: 1) Catastrophe's definition; 2) Hospital's mission; 3) Situation and programatic area; 4) Foresight and cares, and 5) Operation plan to be developed if the catastrophe becomes, also the role to be played by each professional.

We emphasise on the convenience of ewerung an Emergencies scheme to be developed when a disaster has happened in th influence area of each assistance Center.

# Nuestra experiencia en situación de desastre en un Hospital del Interior

**DR. NESTOR CESAR CAMPOS PIERRI**

Cirujano de Guardia del Hospital Regional Norte-Salto-Uruguay  
Dirección: Brasil 439, Salto, Uruguay

TRABAJO PRESENTADO EN TEMAS LIBRES DE CIRUGIA EN EL

1er. Congreso Rioplatense Médico-Quirúrgico de Urgencia

3er. Congreso Argentino de Patología de Urgencia

1er. Congreso Uruguayo Médico-Quirúrgico de Emergencia

Montevideo, 24 al 27 de agosto de 1978

Presentamos la experiencia recogida en nuestro medio, sobre cómo solucionamos y aquellos factores a tener en cuenta para mejorar cuando nos encontramos en situación de desastre en un Hospital del interior. Por efecto de la casualidad en el término de algo más de un año que actuamos como cirujano de guardia en el centro regional de Salta, tuvimos la oportunidad de atender varios accidentes que para nuestro Hospital entrañan dentro de la definición de situación de desastre. El choque de un ómnibus interdepartamental con un vehículo cargado de combustibles que determinó múltiples heridos pero que destacamos 10 grandes quemados, el vuelco de tres camiones que transportaban obreros, con 8, 13 y 40 politraumatizados.

La ordenación del trabajo la hemos hecho de manera cronológica a como se ha desarrollado la atención de los heridos.

## 1) COMUNICACION

Habitualmente es la Policía la que comunica que ha ocurrido un desastre, siendo avisado el cirujano de guardia quien debe organizar y dirigir la situación.

Lo primero que hemos notado, habitualmente, es la poca información que llega sobre número y tipo de heridos que se han producido, siendo esto muy importante en el interior donde se trabaja habitualmente con guardias de retén domiciliarias por lo cual es necesario montar toda la infraestructura necesaria.

Por ello creemos que en el momento se cuenta con unidades de radio móviles, por lo general de la policía, debe ser enviada al lugar del accidente a efectos de informar la mayor cantidad de datos posibles y además se envía un técnico de la salud (médico, practicante, enfermero) a efectos de un diagnóstico primario global pudiendo dar además una asistencia primaria de los heridos que así lo requieran.

Montar otra unidad de radio en la planta física central de atención de los heridos a efectos de una ágil comunicación técnica para obtener un diagnóstico lo más preciso del tipo de desastre y de esa manera tener un mayor tiempo de planificación.

## 2) PREPARACION DEL CENTRO DE ATENCION: INSTALACIONES Y PERSONAL

**Planta física:** El Centro Jefe debe ser aquel que cuente con el Banco de Sangre y Plasma, habitualmente hay uno solo por cabeza de departamento y éste está instalado en dependencias del Ministerio de Salud Pública. A este Centro deben ser traídos todos los heridos del accidente así mismo no les corresponda (por ejemplo, beneficiarios del Banco de Seguros que son atendidos en Sanatorios).

Para disponer mayor capacidad operacional se preparan los demás centros asistenciales (Sanatorios, etc.) que dispongan como cuenta la ciudad, sobre todo para disponer de mayor número de quirófanos que puedan trabajar simultáneamente, pero eso sí, con enfermos que hayan sido derivados del centro jefe.

**Personal:** Los puestos claves de funcionamiento son atendidos por guardias de retén en domicilio, las que se citarán de inmediato, además se citará personalmente aquel personal de refuerzo que probablemente se necesitará y luego por intermedio de la radio y la televisión al resto del personal. Es decir tener asegurado el funcionamiento básico y luego disponer del personal que se presente voluntariamente.

Se localizará el máximo de cirujanos y otros especialistas quirúrgicos a efectos de disponer de los mismos si la situación lo requiere, esto en una ciudad del interior es rápidamente posible.

### Funcionamiento del Centro Jefe:

**Servicio de Puerta:** lo utilizamos únicamente para la clasificación de los pacientes que van llegando, en el mismo no realizamos ningún gesto terapéutico, ya que habitualmente es pequeño y con la llegada más o menos frecuente de los heridos rápidamente sería saturado.

Clasificamos los heridos en 3 niveles: 1) aquellos que necesitan una intervención quirúrgica de inmediato son llevados al quirófano (por ejemplo lesiones graves de miembros para amputación, hemorragia profusa, etc); 2) enfermos graves que necesitan cuidados y controles muy frecuentes o gestos quirúrgicos inmediatos no mayores (cateterismos venosos, drenajes de tórax, etc.) o en los que probablemente se vaya a tomar una conducta quirúrgica diferida luego de su reanimación; y 3) el enfermo que no impresiona a priori como grave pero que necesita controles a efectos de desvirtuar la complicación de un traumatismo interno.

En la evolución los enfermos de los niveles 2 y 3 pueden intercambiarse.

**Sala de Internación:** Preparamos una sala en donde se van a internar sólo los heridos producto del desastre. Para ese fin se trasladan los enfermos internados concentrándolos. Esta sala exclusiva se la divide en dos niveles y se la equipa de acuerdo al tipo de heridos que va a recibir, los graves y los de control.

La Sala que va a recibir los enfermos clasificados como graves (nivel 2) se la equipa con material para pequeña cirugía y con el mejor personal de enfermería que se disponga, se concentra además todo el material que pueda necesitarse, oxígeno, aspiradores, sustitutos del plasma, etc.

En la otra sala que va a recibir los pacientes clasificados como de nivel control (3) se alistarán con una o dos unidades de enfermería dependiendo del número de pacientes a controlar.

En cada uno de los niveles de asistencia se nombra un encargado de sala a efectos de un mejor funcionamiento, de ser posible un médico, una nurse o el enfermero más experimentado.

Una vez llegados y clasificados los heridos se debe realizar una estimación global de las necesidades a efectos de realizar una planificación primaria. El primer problema que se plantea es con el Banco de Sangre y plasma cuyas reservas en un medio chico no son muy importantes y en base a ello planear el tratamiento inicial. Por lo que se debe realizar el aprovisionamiento del mismo, pidiendo donantes voluntarios por los médicos de difusión disponibles. A efectos de conseguir donantes de sangre inmediatamente se puede pedir la colaboración de la guardia de las reparticiones militares y policiales.

### 3) TRATAMIENTO DE LOS HERIDOS

Como siempre lo fundamental y básico es la historia clínica del paciente. Para ello fijamos una hoja con su nombre en el mismo lecho del paciente de tal manera que esta hoja lo acompañe donde vaya el herido. Se irán anotando las conclusiones diagnósticas que se obtengan con la clínica y la paraclínica, fundamentalmente la radiología. Se anotará además en dicha hoja los parámetros con la frecuencia que el cuadro clínico lo requiera, así como la medicación que va recibiendo. Hacemos hincapié en el control estricto de la diuresis como dato global de perfusión y que muchas veces nos orienta en el cambio de la reanimación. Se harán las maniobras básicas de reanimación en aquellos pacientes que la necesitan, cateterismo venoso, vesical, buena vía aérea, etc.

Y como siempre en las situaciones de desastre no perder tiempo, ni material biológico en aquellos pacientes fuera de todo recurso (por ejemplo el uso de plasma en pacientes con más del 80 % de quemados).

El tratamiento de los pacientes será en SERIE: primero lo vital, luego lo funcional (evitar una amputación por ejemplo) y por último lo estético. Para ejemplificar este tratamiento en serie de los pacientes, tuvimos en una oportunidad un paciente politraumatizado que presentaba una injuria muy severa de su miembro inferior izquierdo y que llegado al servicio de puerta fue clasificado como quirúrgico inmediato realizándose la amputación de su pierna lesionada. Además presentaba una fractura del brazo derecho con lesión arterial. Se decidió limpieza del foco e inmovilización siendo llevado el paciente a la sala de graves. A las 4 ó 6 horas y una vez que se tenía dominada la situación de los otros pacientes, se intervino nuevamente a efectos de la reparación arterial y reducción cruenta de su fractura, ya que en ese momento se disponía de técnicos y sangre suficiente y no se ponía en riesgo la atención de otros pacientes que tuvieran problemas vitales.

#### **4) AYUDA REGIONAL**

No olvidar en nuestro medio la ayuda de ciudades que están cerca para el envío de técnicos y material necesarios que en algunos casos están a pocos minutos, sobre todo las fronteras.

#### **5) TRASLADO DE LOS HERIDOS**

Es necesario realizar comunicación del Centro Jefe de la zona del desastre con la capital a efectos de preparar el traslado de los enfermos que así lo requieran y para solicitar el envío de material y personal que sea necesario.

Creemos como algo fácil de lograr es la existencia de un Médico en Montevideo que esté encargado de recibir dicha comunicación, ya que de esa manera el entendimiento técnico es más sencillo y además puede él tener una idea exacta de la situación disponer de los cambios convenientes y mismo evitar situaciones riesgosas de traslado.

En cuanto al traslado en sí de los enfermos, creemos que se deben enviar aquellos que no hayan podido ser resueltos o aquellos que potencialmente puedan complicarse con afecciones que necesiten una infraestructura asistencial que el medio no lo disponga, por ejemplo una insuficiencia respiratoria progresiva, una insuficiencia renal, etc.

Recalcamos el envío de la historia del paciente con el diagnóstico y evolución y la correcta identificación del paciente adherida a él (hemos utilizado leucoplesto en la vía venosa con dicho fin) y de ser posible el destino exacto del paciente a efectos de evitar segundo traslado.

#### **RESUMEN**

1) **COMUNICACION:** Enviar equipo móvil de radio al lugar del accidente, contar con otro equipo en el Centro Jefe de Asistencia.

2) **PLANTA FISICA DE ASISTENCIA:** Montar el Centro Jefe de Asistencia donde está instalado el Banco de Sangre y Plasma, siendo el lugar donde deben ser traídos todos los pacientes.

3) **FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO:** Salas de internación sólo para los heridos del desastre, con dos niveles, sala de graves y sala de enfermos control.

4) **TRATAMIENTO DE LOS HERIDOS:** Realizarlo en serie dependiendo del personal y material disponible, en forma progresiva: **VITAL, FUNCIONAL y ESTETICO.** Señalamos la historia clínica junto al enfermo.

5) **TRASLADO DE LOS HERIDOS:** Se trasladarán aquellos que no pueden ser resueltos y aquellos que potencialmente puedan complicarse con afecciones que no puedan ser bien asistidas. El Centro de Montevideo debe disponer de un médico para la comunicación técnica con el centro del desastre. Los pacientes deben ser bien identificados para su traslado y con destino exacto a efectos de evitar un segundo traslado.

*EN la ciudad de Bagdad moraba el sabio Hakim, a quien acudía mucha gente en demanda de su inspirado consejo, que él prodigaba con generosidad y sin pedir recompensa.*

*Ante Hakim llegó un día un apuesto doncel que había dado mucho y recibido poco en compensación. Preguntóle el mozo: "Dime, buen sabio, ¿qué debo hacer para conseguir lo mejor a cambio de mi dinero?" Y replicóle Hakim: "Una cosa que se compra o se vende no tiene valor a menos que contenga aquello que no puede comprarse ni venderse. Busca siempre el Ingrediente de Valor Inapreciable".*

*Demandó el joven: "Pero, ¿cuál es ese Ingrediente de Valor Inapreciable?"*

*Habló entonces el Sabio y fueron sus palabras: "Hijo mío, el Ingrediente de Valor Inapreciable de todo producto es el Honor y la Integridad de quien lo hace. Fíjate en su nombre antes de comprarlo".*

  
**SQUIBB**