
3. ACTIVIDADES EN EL LUGAR DEL SINIESTRO

A. DEFINICIÓN

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

B. ORGANIZACIÓN EN EL FOCO DEL SINIESTRO

1. Proceso de Alerta

1.1 Definición

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

1.2 Propósitos

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

1.3 Centro de comunicaciones

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

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

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

1.4 Confirmación de la advertencia inicial

1.4.1 Mensaje de advertencia del público

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

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

1.4.2 Mensaje de advertencia de un observador calificado

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

1.5 Evaluación inicial

1.5.1 Definición

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

1.5.2 Propósito

- Saber exactamente qué está ocurriendo y qué podría suceder

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

1.5.3 Personal

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

1.5.4 Necesidad

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

1.5.5 Método

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

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

1.6 Informe al nivel central

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

1.7 Divulgación de la información

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

Este mensaje de alerta debe circularse rápidamente empleando los procedimientos

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

2. Preidentificación de Áreas de Trabajo

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

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

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

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

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

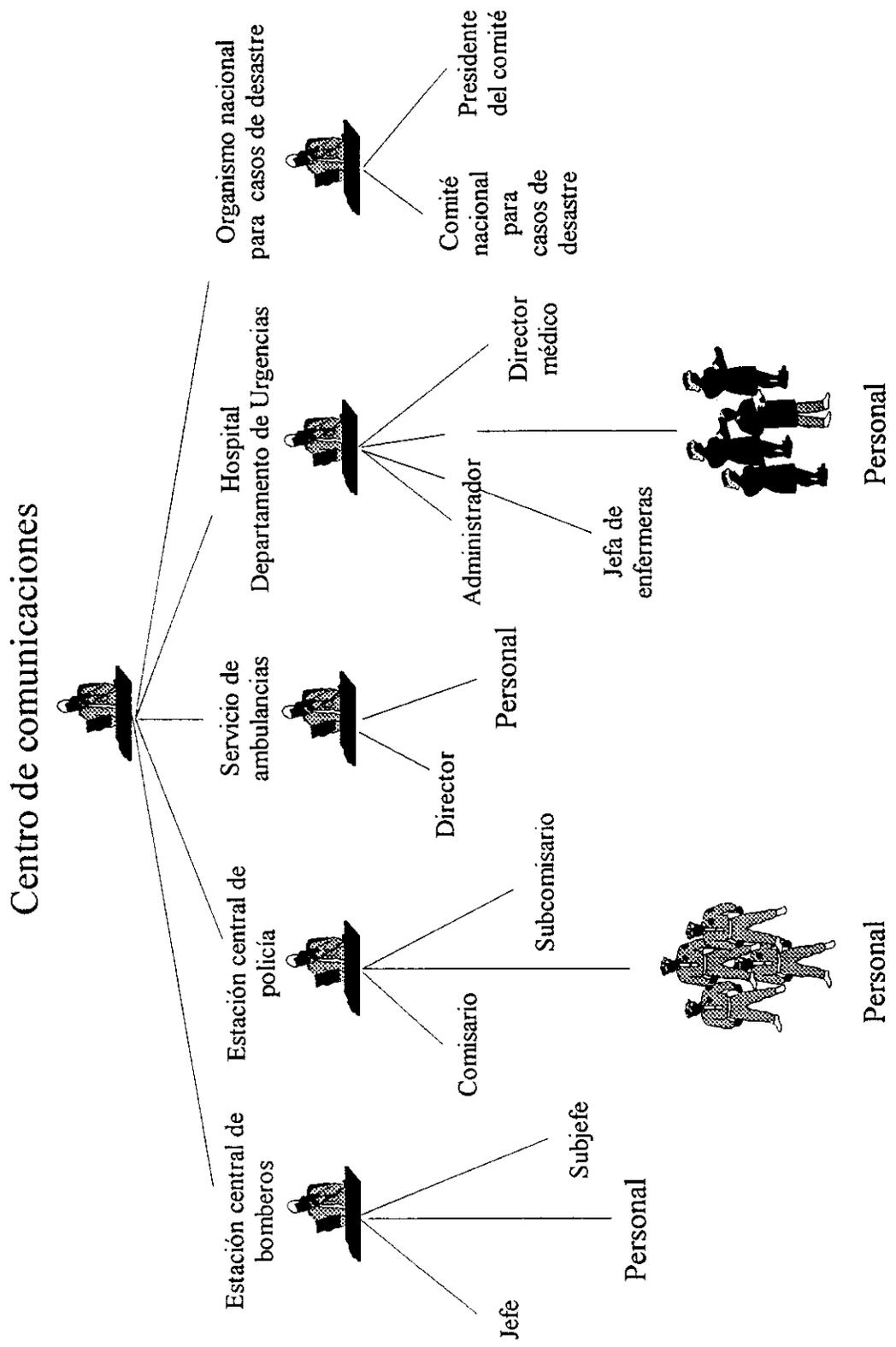
También debe proporcionarse la orientación con respecto a los puntos cardinales y la dirección del viento.

3. Seguridad

3.1 Definición

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

FIGURA 2. SISTEMA TELEFONICO EN CASCADA



3.2 Medidas de seguridad

3.2.1 La acción directa

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

3.2.2 Las acciones preventivas

Incluyen el establecimiento de las siguientes áreas de acceso restringido:

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

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

3.3 Personal

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

4. Medidas de Vigilancia

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

Las medidas de vigilancia tienen los siguientes efectos:

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

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

5. Puesto de Mando

5.1 Definición

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

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

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

5.2 Propósitos

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

FIGURA 3. AREAS DE ACCESO RESTRINGIDO
Accidente vial

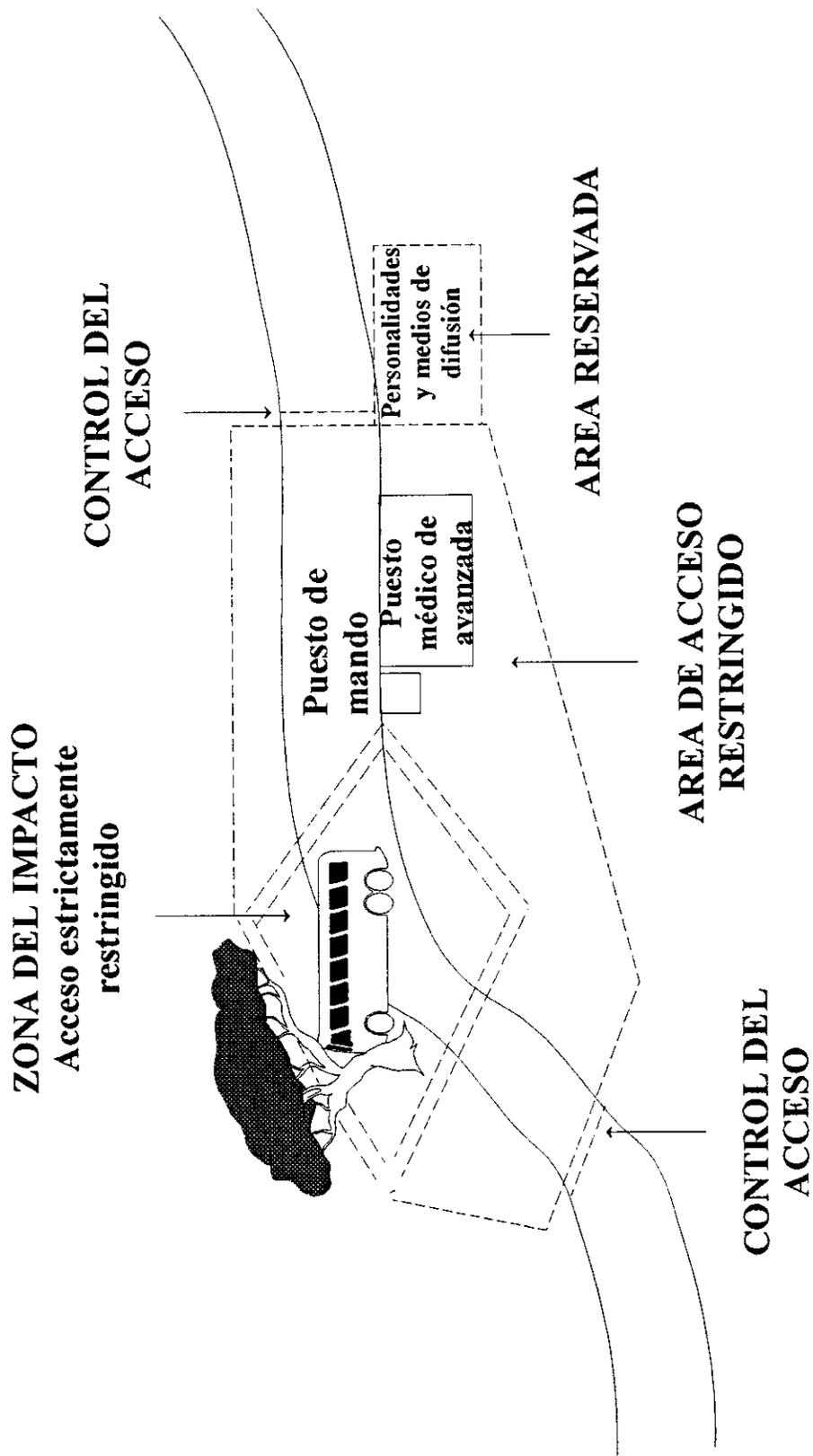
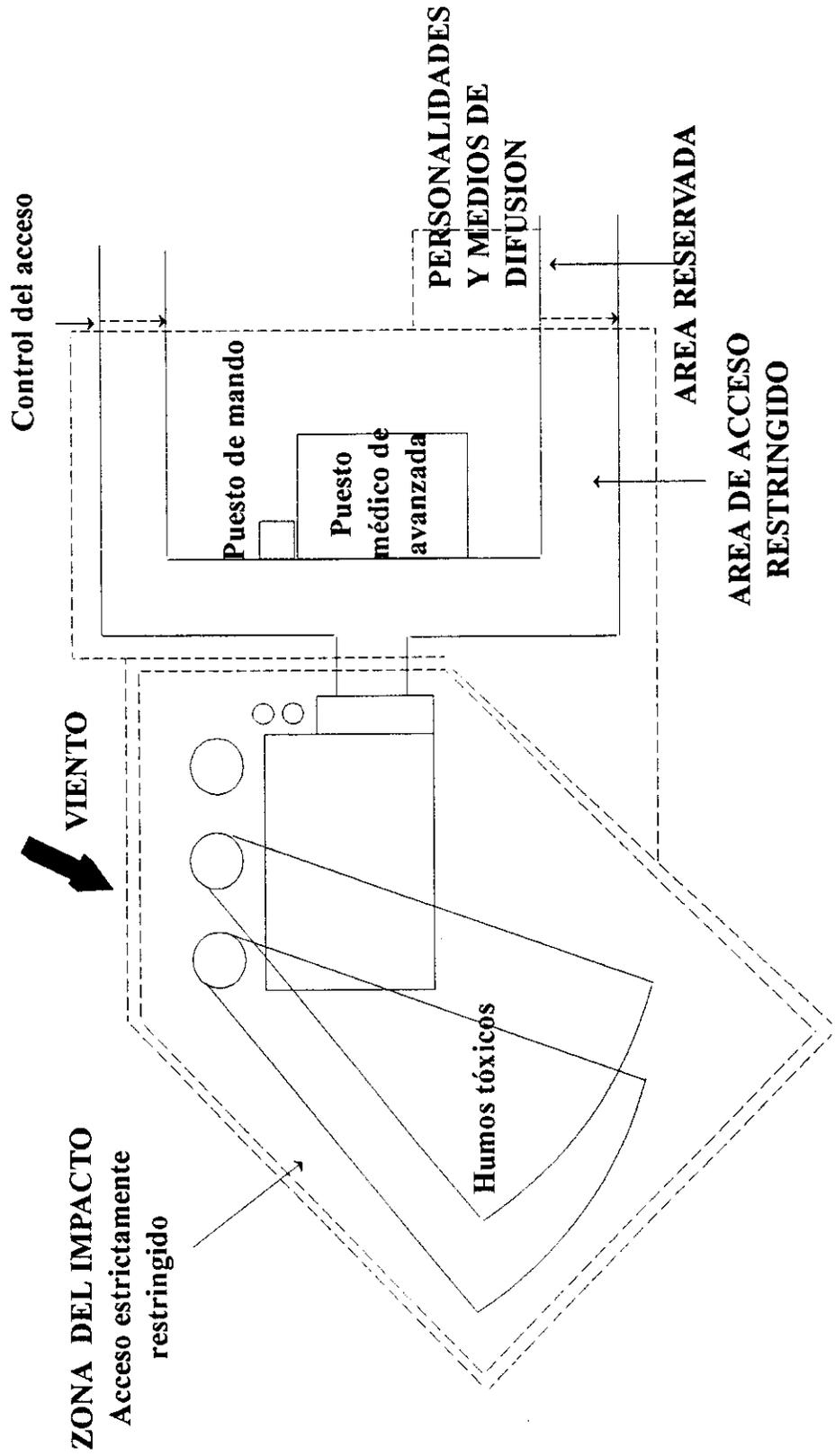


FIGURA 4. AREAS DE ACCESO RESTRINGIDO
Incendio de productos químicos



5.3 Ubicación

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

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

5.4 Personal

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

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

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

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

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

5.5 Método

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

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

C. ATENCIÓN DE LAS VÍCTIMAS

1. Búsqueda y Rescate

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

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

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

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

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

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

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

2. Atención en el Lugar del Siniestro

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

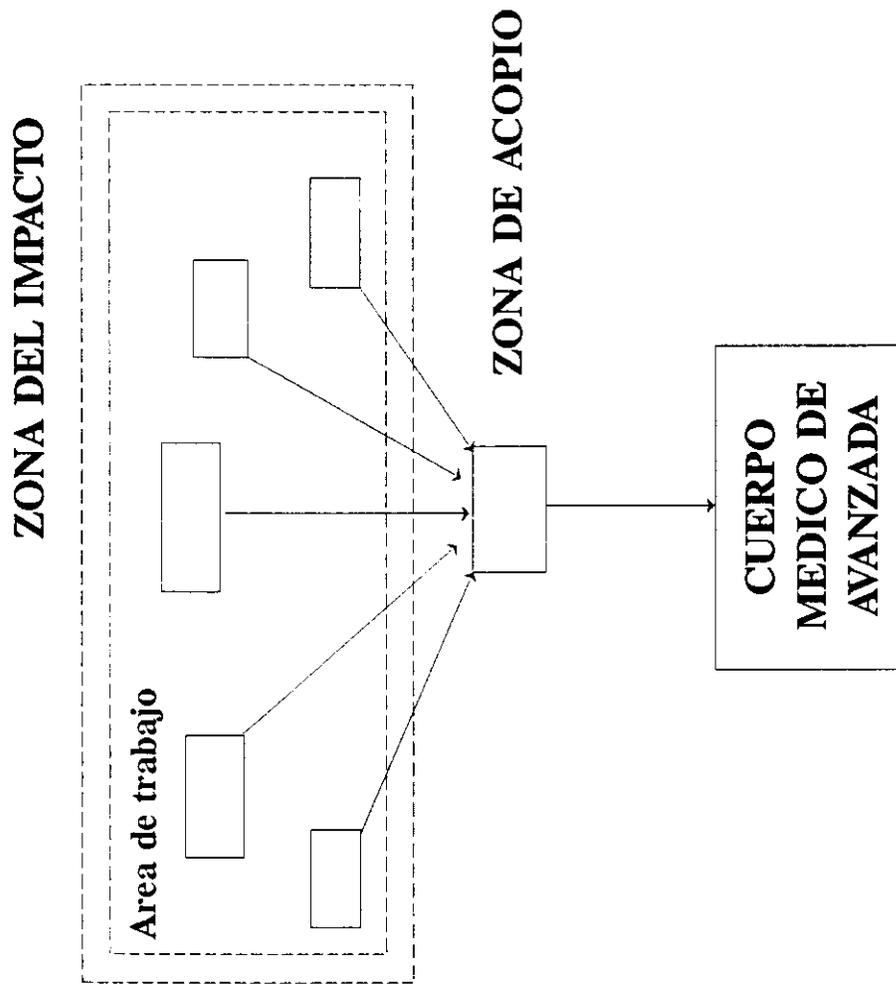
El funcionamiento de un quirófano requiere por lo menos seis personas altamente especializadas. Un paciente con un traumatismo grave puede requerir de 3 a 4 horas para ser estabilizado. Cada región o zona debe identificar sus propios recursos y limitaciones:

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

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

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

FIGURA 5. ZONA DE ACOPIO



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

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

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

2.1 *Triaje (selección)*

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

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

Los objetivos del triaje son, entonces:

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

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

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

2.1.1 *Triaje en foco*

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

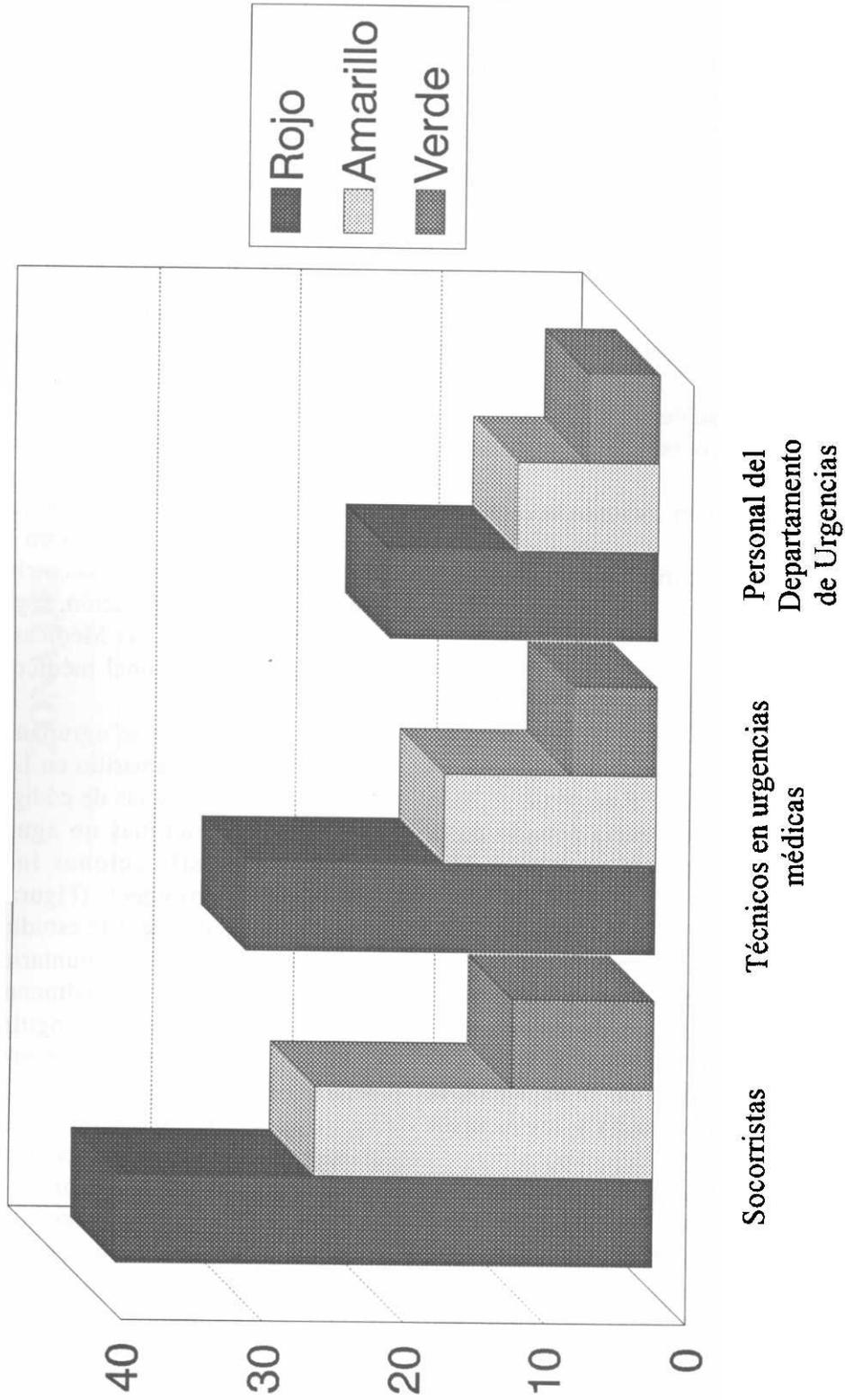
En un estudio de 15 simulacros de socorro realizados en la zona del Caribe se demostró que cuando se utiliza una codificación por colores en el triaje, el porcentaje de clasificaciones incorrectas disminuía en función de la experiencia; es decir, los socorristas cometían más errores de clasificación,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

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

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

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

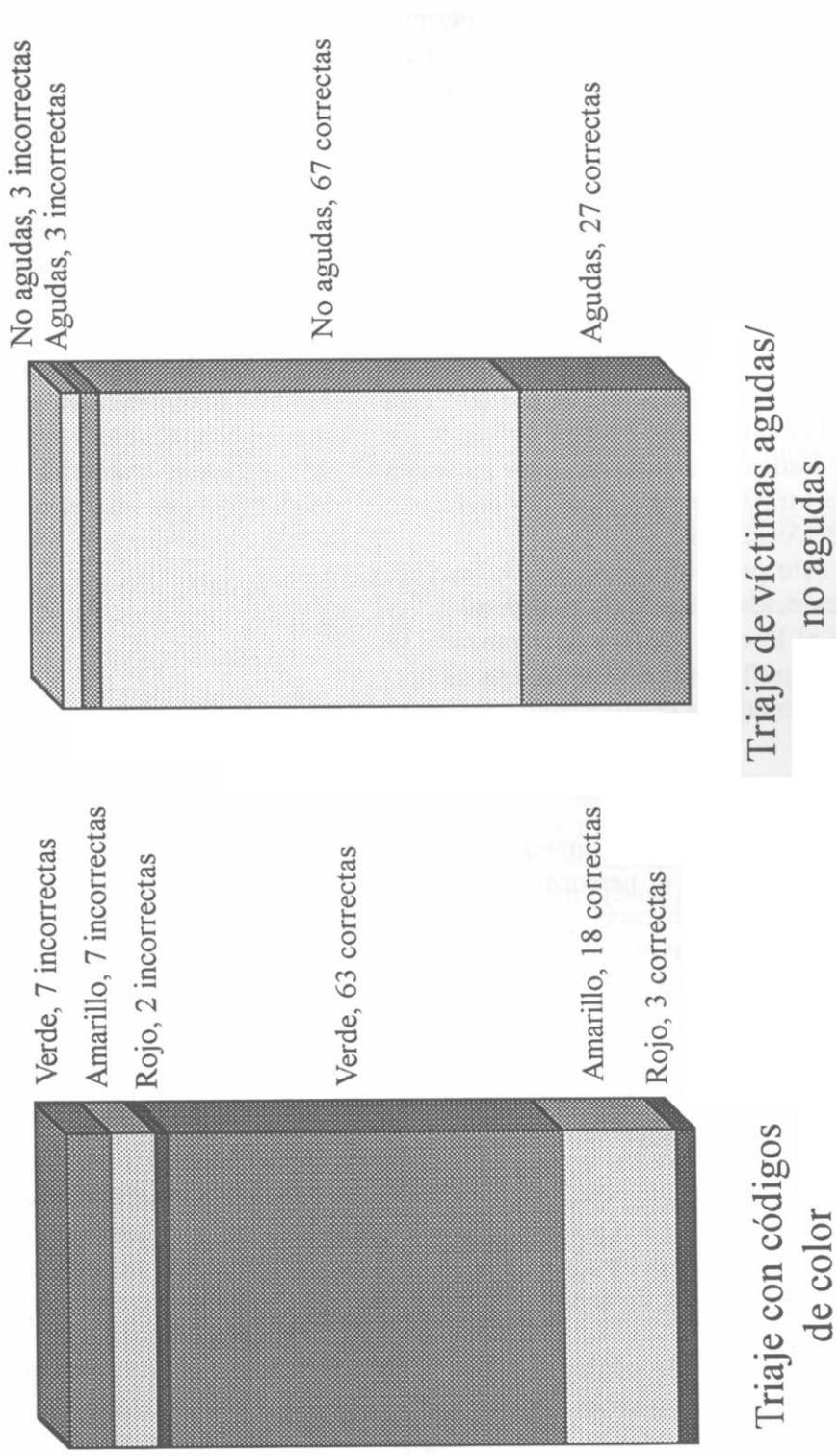
FIGURA 6. TRIAJE
Porcentaje de clasificaciones incorrectas



Promedio de 15 simulacros

FIGURA 7. TRIAJE

Nivel de socorrista



Clasificación de 100 víctimas

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

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

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

2.1.2 Triaje médico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Fracturas menores
- Heridas y quemaduras menores

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

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

Negro = Muerto.

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

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

2.1.3 Triage de evacuación

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

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

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

Los códigos de color del triaje indican lo siguiente

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

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

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

- Víctimas sin problemas potencialmente mortales que necesitan atención hospitalaria.

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

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

Negro = Traslado a la morgue.

2.2 Primeros auxilios

2.2.1 Personal

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

2.2.2 Lugares donde se practican los primeros auxilios

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

2.2.3 Acción

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

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

2.3 Puesto Médico de Avanzada (PMA)

2.3.1 Propósito

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

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

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

2.3.2 Ubicación

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

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

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

2.3.3 Funciones

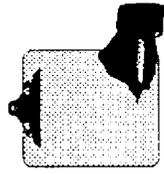
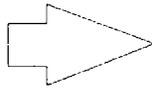
El objetivo principal del PMA es estabilizar en el foco a las víctimas del siniestro. Como ha sido señalado (C.2.1.2), el triaje médico se hará al ingreso al puesto a fin de identificar a las víctimas que requieren atención inmediata.

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

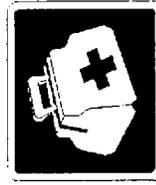
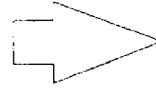
Además de la estabilización, otro de los objetivos del personal del Puesto Médico de Avanzada es reclasificar tantos pacientes como sea posible del código rojo al código amarillo. La función final del puesto es organizar el traslado de los pacientes a los hospitales preparados. Estas funciones pueden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

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

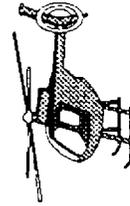
TIPIFICAR



TRATAR



TRASLADAR



2.3.4 Personal

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

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

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

2.3.5 Organización del Puesto Médico de Avanzada

1. Estructura interna

Diseño

El diseño (Figura 9) incluye los siguientes componentes:

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

El diseño del PMA estándar (Figura 10) incluye:

- Dos entradas (agudos y no agudos);

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

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

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

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

Superficie

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

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

FIGURA 9. PUESTO MÉDICO DE AVANZADA BÁSICO

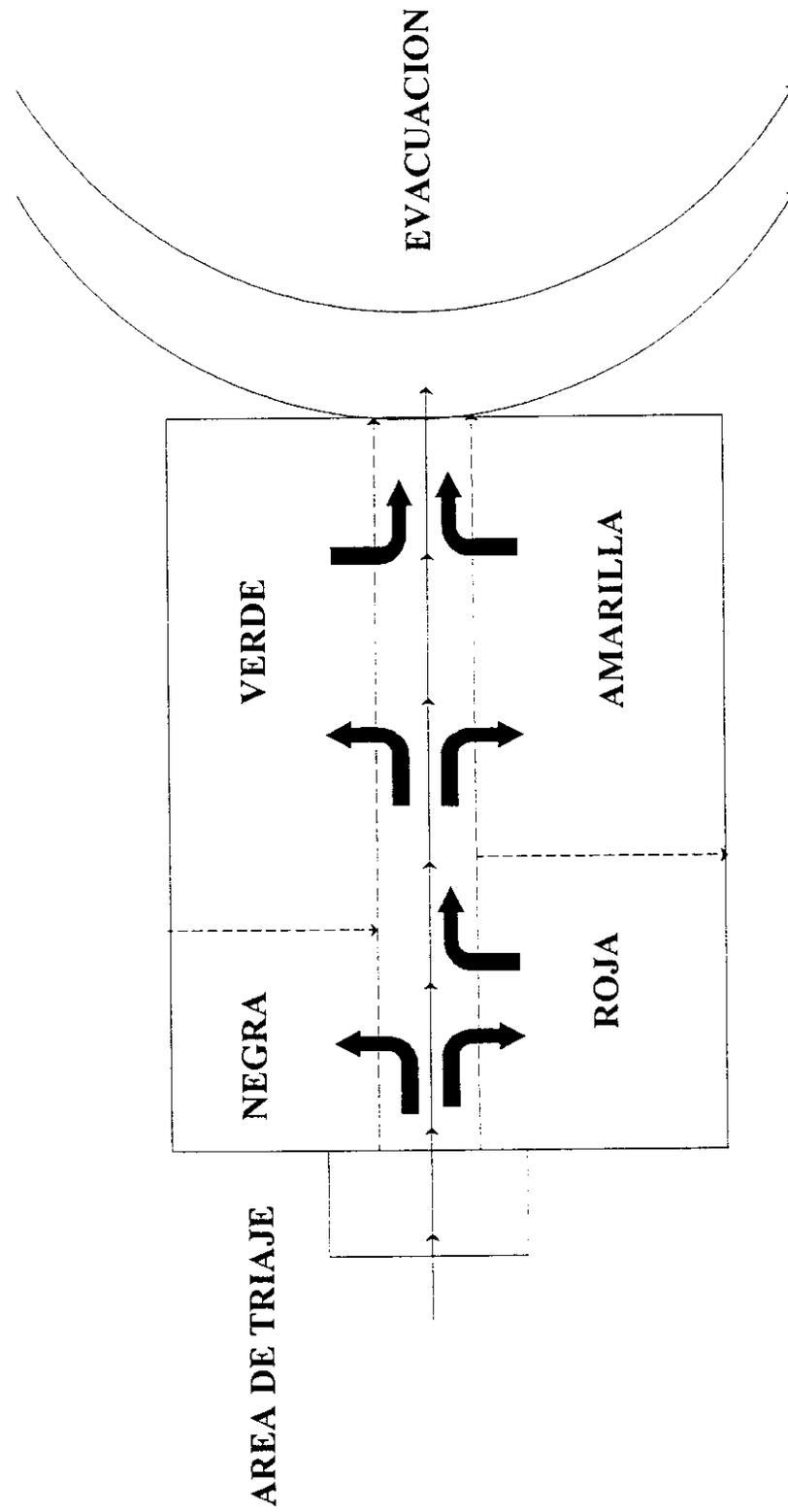
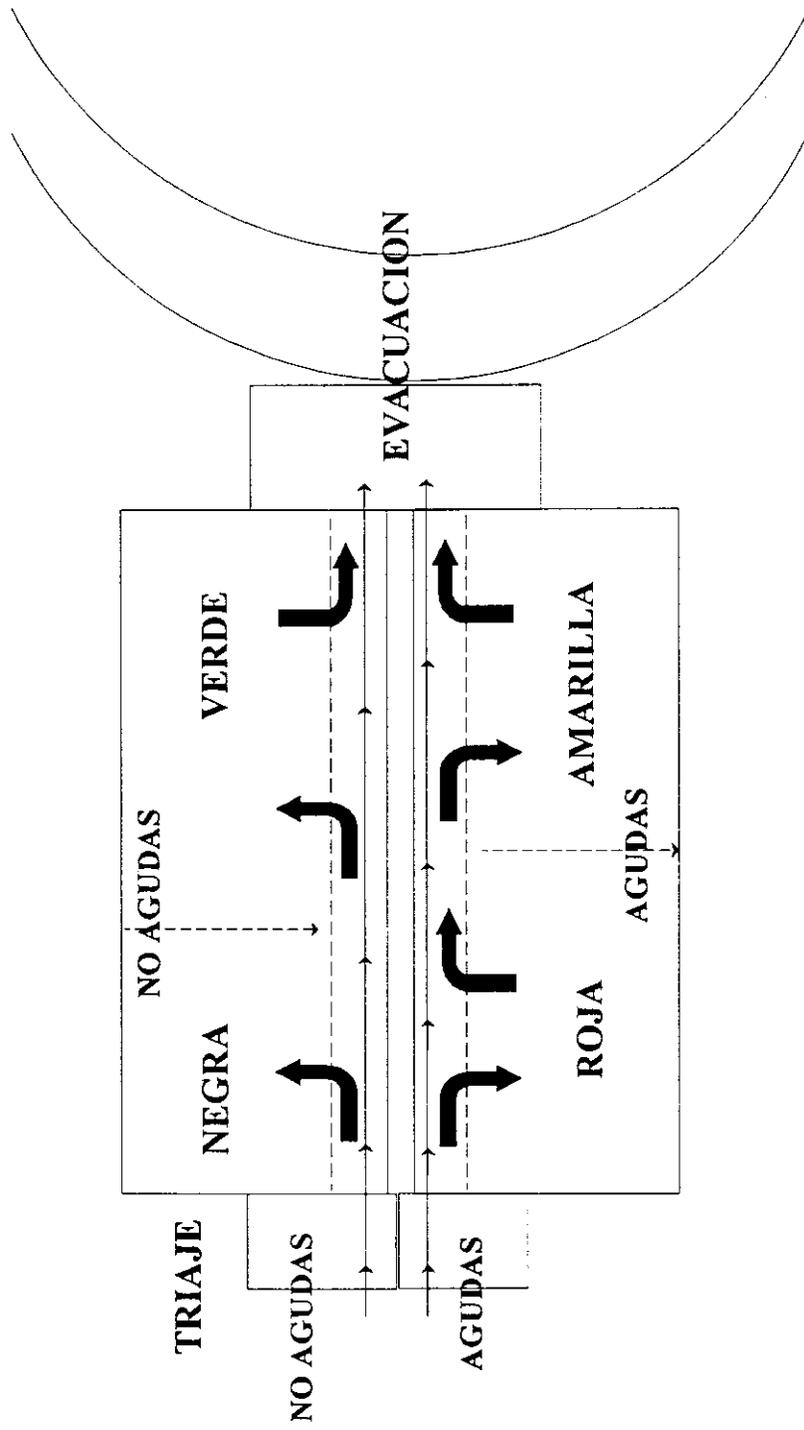


FIGURA 10. PUESTO MÉDICO DE AVANZADA ESTÁNDAR



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

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

ii. Flujo de víctimas

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

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

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

2.3.6 Personal para un Puesto Médico de Avanzada estándar

i. Área de triaje (recepción):

Víctimas agudas:

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

Víctimas no agudas:

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

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

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

En el área de triaje no se administrará ningún tratamiento.

ii. Áreas de tratamiento

Tratamiento de agudos:

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

Tratamiento de no agudos:

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

iii. Área de evacuación

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

2.3.7 Equipamiento (requisitos mínimos)

i Área de triaje:

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

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

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

- de equipo (brazaletes rojos y amarillos)
- Equipo de iluminación
- Caballetes
- Camillas
- Frazadas
- Equipo de oficina
- Esfigmomanómetro/estetoscopio/linterna/guantes
- Estuche médico para casos de desastre, que contenga:
Equipo para vías respiratorias, que consta de:

- Oxígeno
- Dispositivos para intubación
- Instrumental para traqueostomía
- Equipo para drenaje del tórax
- Bolsa ventilatoria
- Equipo cardiovascular*, que consta de:
- Equipo de venoclisis y líquidos
- Medicamentos para el tratamiento del shock
- Pantalones antishock (MAST)

Equipo eléctrico y neumático, que consta de:

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

Estuche de curación, que consta de:

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

iii. Área de tratamiento de no agudos

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

iv. Área de evacuación

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

3. Centro de Coordinación de la Evacuación (CCE)

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

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

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

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

D. PLAN DE ACTIVIDADES EN EL LUGAR DEL SINIESTRO

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

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

