
4. ORGANIZACIÓN DEL TRASLADO

A. DEFINICIÓN

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

B. PREPARACIÓN PARA LA EVACUACIÓN

1. Procedimientos Generales

1.1 Traslado a un solo establecimiento

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

1.2 Traslado a diferentes establecimientos

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

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

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

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

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

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

2. Preparación Para el Transporte

El Oficial de Evacuación se encargará de:

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

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

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

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

C. PROCEDIMIENTOS DE EVACUACIÓN

1. Regulación de la Evacuación

1.1 Principios

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

1.2 Reglas

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

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

2. Control del Flujo de Víctimas

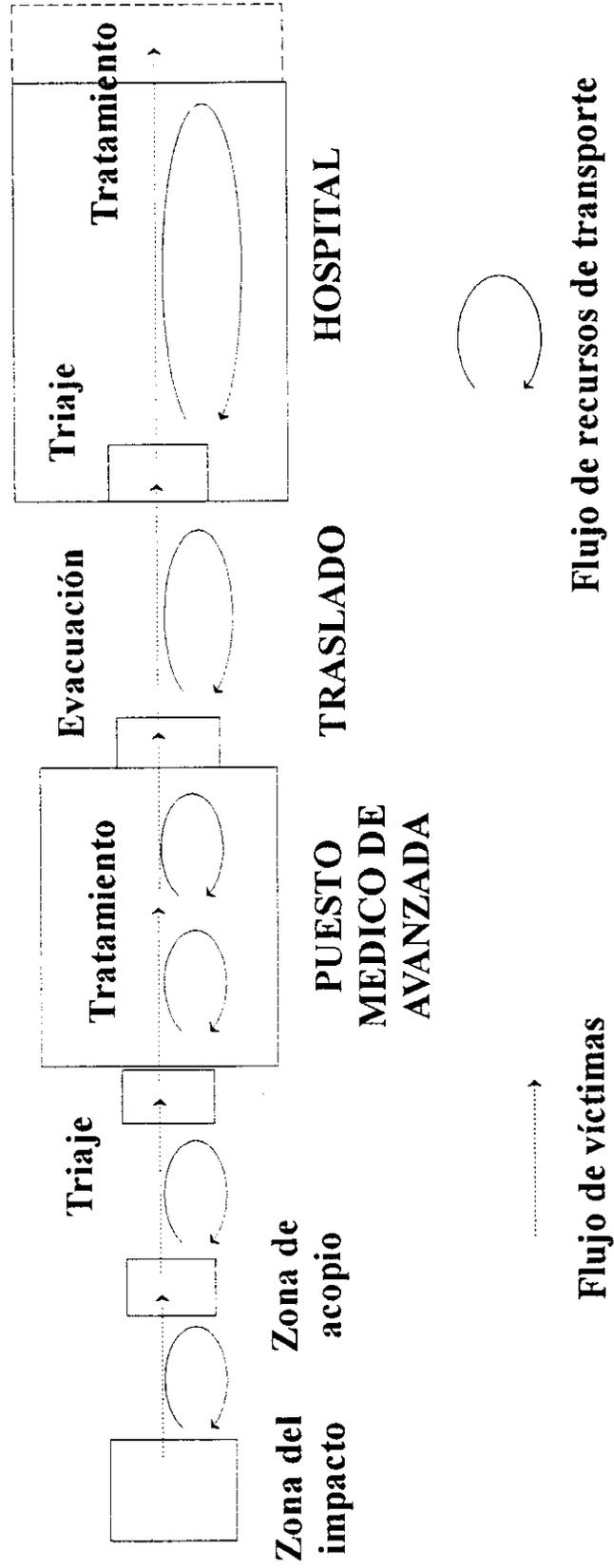
2.1 El "principio de la noria"

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

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

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

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



2.2 Control del tránsito de ambulancias

El tránsito de ambulancias ordenado y eficaz requiere.

2.2.1 Enlaces radiofónicos

Deben establecerse enlaces radiofónicos entre:

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

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

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

2.2.2 Responsabilidad del conductor de la ambulancia

El conductor sólo recibirá órdenes del Oficial de Transporte.

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

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

2.3 Control vial

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

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

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

D. EVACUACIÓN DE LAS VÍCTIMAS NO AGUDAS

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

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

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

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

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

E ESTUDIO DE CASO

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

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

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

FIGURA 13. SISTEMA DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS EN MASA

**Lista de comprobación de la organización
en el lugar del siniestro**

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

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

- Perfusión endovenosa de líquidos (2 líneas)
- Administración de oxígeno
- No hay fractura obvia de costillas, estertores roncales bilaterales (¿contusión del pulmón?)
- Abdomen: levemente distendido y doloroso
- Fractura del fémur izquierdo
- Fractura abierta de tibia y peroné derechos
- No hay pulso pedio derecho
- A pesar de la rápida administración EV de 2 litros de líquidos, la PA se mantenía en 85/60
- Creciente distensión del abdomen
- Diagnóstico: Sospecha de hemorragia interna abdominal, síndrome por aplastamiento de la pierna derecha, sospecha de contusión del pulmón.

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

El director de Tratamiento de Agudos:

- Solicita al Puesto de Mando que indique el hospital que recibirá al paciente dado su estado y la solicitud del médico tratante,
- Contacta al Oficial de Transporte para que asigne ambulancia y tripulación.

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

Cronología:

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

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

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

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

15 min (desde el incidente hasta su localización)

+05 min (partida de la ambulancia)

+07 min (llegada al hospital)

+02 min (triaje)

+02 min (inicio de la atención)

TOTAL: 31 minutos

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

5. ORGANIZACIÓN EN EL HOSPITAL

A. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

B. ACTIVACIÓN DEL PLAN HOSPITALARIO PARA ATENCIÓN DE DEMANDA MASIVA

1. Proceso de Alerta

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

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

2. Movilización

2.1 Brigada móvil para casos de desastre

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

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

2.2 Personal del hospital

2.2.1 Personal clave

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

2.2.2 Personal de refuerzo

Movilización interna del personal del hospital

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

Movilización centripeta del personal del hospital

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

2.3 Coordinación con otros sectores

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

2.3.1 Policía

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

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

2.3.2 Coordinación con la Cruz Roja

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

2.3.3 Radioaficionados

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

3. Puesto de Mando del Hospital

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

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

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

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

4. Preparación para Recibir las Víctimas

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

5. Cálculo de la Capacidad de Atención del Hospital

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

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

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

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

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

C. RECEPCIÓN DE LAS VÍCTIMAS

1. Ubicación

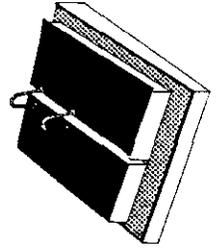
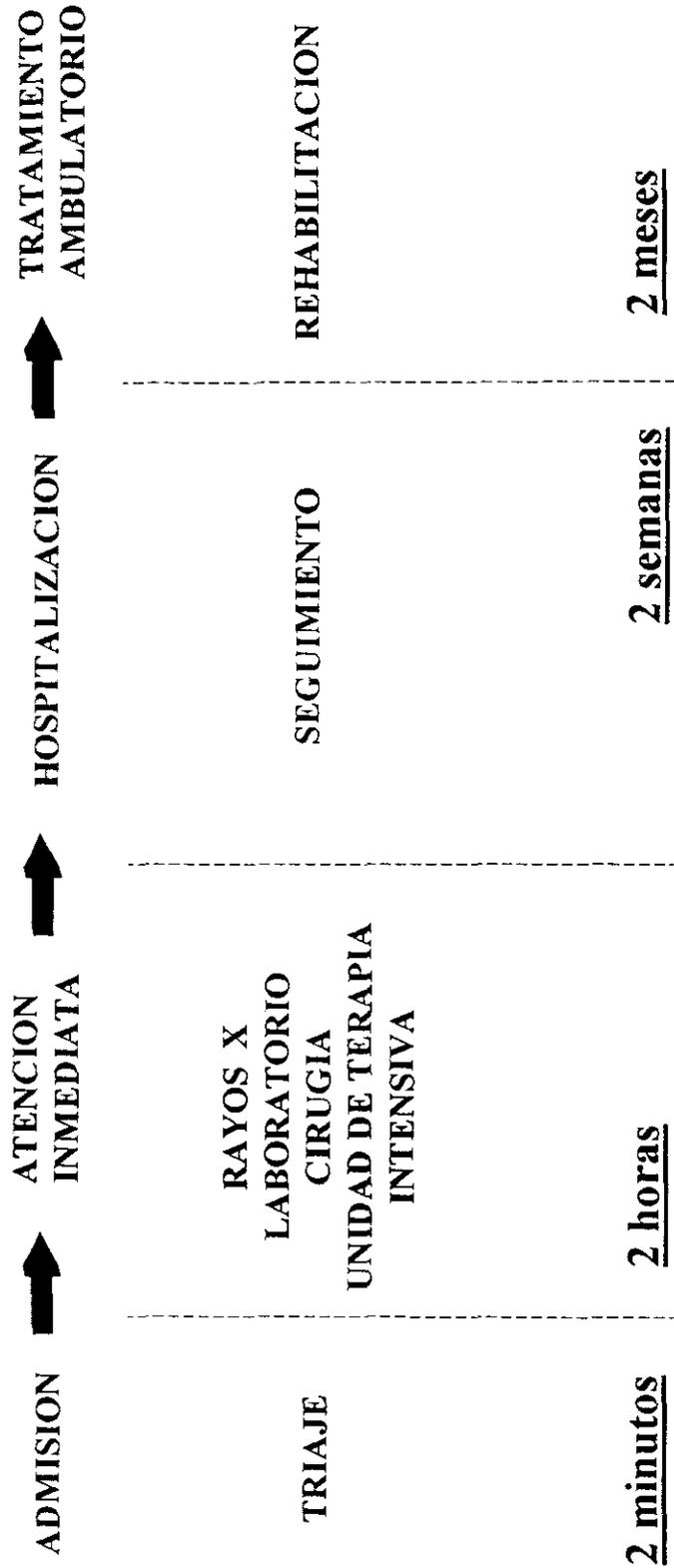
El área de recepción del hospital es donde se efectúa el triaje y debe satisfacer los siguientes requisitos:

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

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

FIGURA 14. MANEJO DE DESASTRES EN EL HOSPITAL

Cronología



2. Personal

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

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

3. Enlaces con el Lugar del Siniestro

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

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

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

D. ÁREAS DE TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL

1. Área de Tratamiento Roja

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

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

2. Área de Tratamiento Amarilla

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

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

3. Área de Tratamiento Verde

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

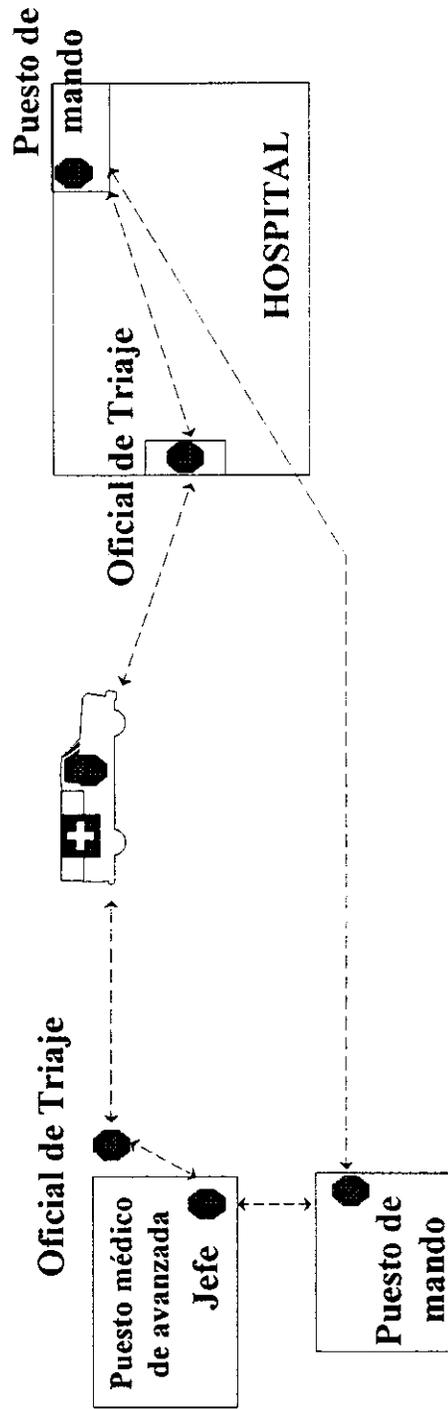
4. Área de Víctimas sin Esperanza de Supervivencia

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

5. Área de Fallecidos (Categoría Negra)

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

FIGURA 15. RED DE RADIOCOMUNICACIONES
Entre el lugar del siniestro y el hospital



E. EVACUACIÓN SECUNDARIA

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

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

F. ESTUDIO DE CASO (CONTINUACIÓN)

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

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

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

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

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

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

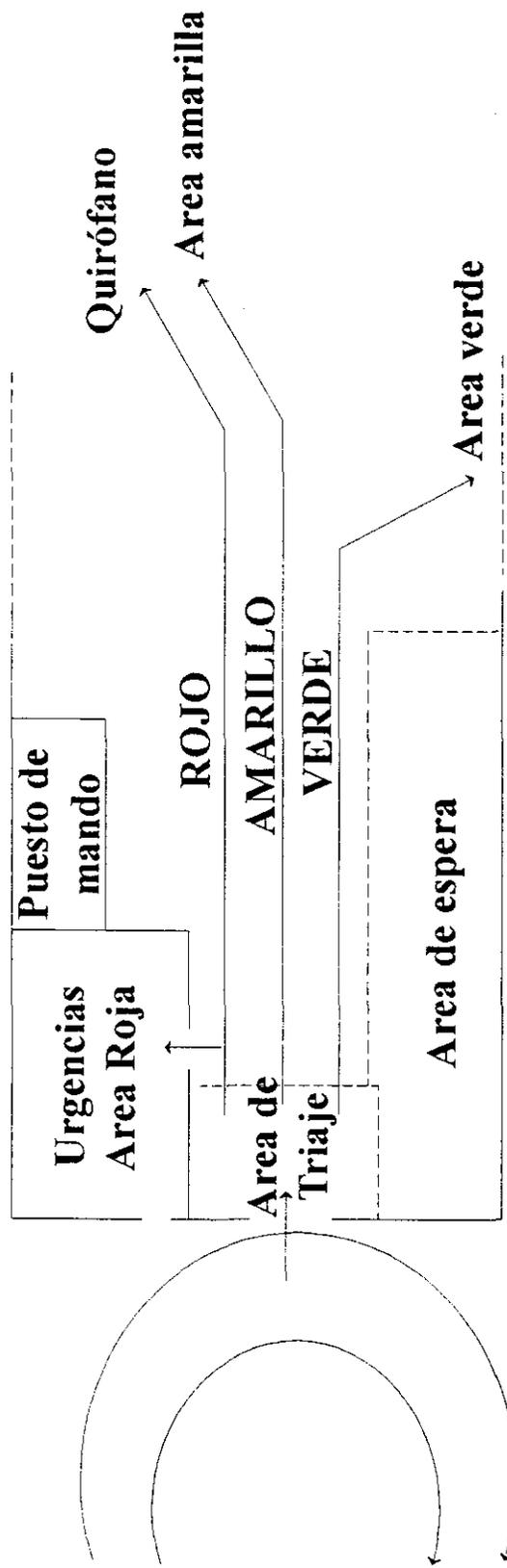
Tres horas después de la solicitud de evacuación, el Sr. Pérez fue trasladado del Área de Tratamiento Rojo del hospital al helipuerto y de allí fue transportado en helicóptero, con escolta, al hospital, a donde llegó 40 minutos después.

G. ESQUEMA GENERAL DEL MANEJO EN EL HOSPITAL

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

FIGURA 16. RECEPCION DEL HOSPITAL

Flujo de víctimas



6. PLAN NACIONAL DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS EN MASA

A. RESPUESTA NACIONAL A SINIESTROS CON DEMANDA MASIVA

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

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

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

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

B. RESPUESTA DISTRITAL A SINIESTROS CON VÍCTIMAS EN MASA

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

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

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

7. ASISTENCIA DE ZONAS O PAÍSES VECINOS

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

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

A. MOVILIZACIÓN

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

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

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

B. INTEGRACIÓN DEL PERSONAL EXTRANJERO

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

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

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

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

A. FASE 1: ADOPCIÓN DEL SISTEMA COMO POLÍTICA NACIONAL

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

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

B. FASE 2: SENSIBILIZACIÓN

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

1. Consulta Nacional

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

2. Consulta Sectorial

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

3. Consulta Multisectorial

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

4. Sensibilización de las Comunidades

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

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

C. FASE 3: CAPACITACIÓN

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

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

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

D. INSTITUCIONALIZACIÓN DEL SISTEMA

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

1. Ley Nacional de Emergencias

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

2. Descripción de Puestos

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

3. Capacitación

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

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

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

E. MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS EN MASA

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

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

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

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