

**PARTE B:
DESASTRE INTERNO
Y EVACUACION DEL HOSPITAL**

INTRODUCCION

Muy pocos hospitales consideran en sus planes los riesgos de tener que evacuar el edificio por incidentes diferentes al fuego. Sin embargo, un hospital no está exento de amenazas de bombas explosivas; exposición a gases tóxicos, radiaciones y fallamiento de sus estructuras por terremotos u otras causas. En estos casos lo más posible es que tengamos que evacuar el hospital sin la ayuda de los bomberos o las brigadas de la Defensa Civil y Cruz Roja.

Muchos asumen que la evacuación es posible llevarla a cabo en un momento dado y dentro de un tiempo razonable, sencillamente porque están previstas las salidas de emergencia. Ellos desconocen que transportar pacientes no es fácil. El equipamiento para esta tarea no existe o está pobremente diseñado. Las rutas de escape no están adecuadas al espacio que exige la movilización de emergencia. Muchos de los problemas que surgen a última hora no están previstos en los planes. A menos que haya un entrenamiento adecuado para evacuar pacientes es imposible cumplir con esta tarea exitosamente. Nunca debe subestimarse la situación o pensar que es improbable que ocurra. Es mejor estar preparados que lamentar después el no haberlo estado.

A. CONSIDERACIONES GENERALES

En una emergencia la habilidad para actuar rápidamente, con inteligencia y responsabilidad, con un mínimo de tensión genera confianza, calma y respeto entre los pacientes, visitantes y personal del hospital. Esta condición se adquiere a costa de ensayar repetidamente una situación hipotética de evacuación. Cada hospital debe tener su propio Plan. Aquí sólo se discutirán los lineamientos de tipo general, fundamentados en la premisa de que el Plan deberá ejecutarse por las personas que estén disponibles en el momento de la emergencia y que seguramente tendrán que trabajar en condiciones muy diferentes a las acostumbradas.

En situaciones de calamidad pública como un terremoto que dañe la estructura física del hospital, el Plan deberá contemplar la posibilidad que muchos miembros del personal abandonarán la Institución para ir a sus casas a indagar por la salud de sus familiares.

Igualmente debe contemplar que ciertos pacientes no podrán evacuarse y que el propósito de la evacuación es sacar al **mayor porcentaje de pacientes** de la manera más eficiente y en el menor tiempo posible. El Plan debe responder a tres preguntas realistas; **QUIEN DEBE EVACUARSE? EN QUE MOMENTO? Y HACIA DONDE?.**

La evacuación de los pacientes puede realizarse con y sin ayuda.

En la **Evacuación sin Ayuda**, el paciente sale por sus propios medios.

En la **Evacuación Asistida** el paciente es ayudado por otro paciente o por una enfermera o auxiliar de enfermería. Hay otro tipo de pacientes que no pueden moverse y que requieren ser transportados todo el tiempo.

Obviamente hay modalidades en cada grupo. Por ejemplo un paciente que haya tenido cirugía de ambos ojos puede caminar si es guiado por otro paciente. Por otro lado, así como hay varios tipos de pacientes, hay también varios niveles de evacuación. Inicialmente

evacuar pacientes ambulatorios podría ser suficiente. De acuerdo al desarrollo de los acontecimientos la **Evacuación Asistida** puede ser necesaria. Sin embargo, si se requiere una evacuación total, la operación es más compleja y difícil de realizar y usualmente no puede cumplirse en menos de varias horas

Después de considerar en forma realista el número de posibles situaciones, se debe aceptar el hecho de que algunos pacientes pueden salir y otros no. La elección debe basarse en la **posibilidad que tienen de sobrevivir y el grado de esfuerzo que se requiere**. Una vez que este concepto haya sido aceptado, se ha establecido la premisa básica para elaborar el Plan. Asumiendo que pueda manejarse la argumentación y la histeria de algunas personas consideremos las cosas prácticas que deben hacerse durante una evacuación.

Algunos miembros del personal deben localizarse en sitios estratégicos de las escaleras para mantener un tráfico ordenado. Otros miembros del staff deben ir al piso nivel para orientar la salida y disponer la distribución de los enfermos. Las escaleras deben ser designadas para uso específico, por ejemplo, algunas deben ser exclusivas para aquellos pacientes ambulatorios que pueden escapar rápidamente, sin asistencia y con el mínimo de supervisión. Ciertas escaleras deben reservarse para aquellos pacientes con prótesis, yesos y ayudas ortopédicas que necesitan evacuación asistida y que tienen que movilizarse más lentamente. Al menos una escalera debería reservarse para que el staff retorne y continúe la labor de evacuación

Ciertos miembros del staff deben dirigir los pacientes a las escaleras asignadas para escapar. Otros deben permanecer en las estaciones de enfermería para mantener el orden e inculcar confianza en aquellas personas que están esperando ser evacuadas e indicar al staff que retorna cuál es el próximo paciente. Esta es a veces una difícil pero práctica decisión. Aquellas que requieren menor ayuda deben tener mayor prioridad sobre los muy enfermos, los excepcionalmente obesos, los pacientes con yesos corporales o que están con monitores o respiradores artificiales. En este último caso el movimiento puede crear un riesgo mayor que la decisión de no evacuarlos

Los hospitales de muchos pisos tienen substancialmente aumentados los problemas. En estos la ubicación de las salas favorecen o dificultan las operaciones de rescate y evacuación.

Por ejemplo, la Unidad de Cuidados Intensivos debería estar en los pisos más bajos, los pacientes oftalmológicos sobre los pisos más altos y algunos servicios hospitalarios como el archivo de Historias Clínicas y oficinas de Estadísticas Médicas en los últimos pisos. Las

salas deben estar ubicadas dentro del hospital con un criterio de oportunidad de servicios y facilidad para evacuar en casos necesarios. Es decir los pacientes de mayor riesgo deberían estar ubicados en los pisos más bajos, lo mismo que los servicios de urgencia y quirófanos. Especial atención debe prestarse a la consecución de equipamiento que facilite la evacuación: camillas, parihuelas; sillas dorsales y equipos de comunicación. Las enfermeras y/o auxiliares de enfermería deben instruirse en las maniobras de evacuación de pacientes y asignarles como responsabilidad dos pacientes en movilizaciones horizontales asistidas.

Es imposible prever todas las dificultades que pueden presentarse durante una emergencia pero ellas de seguro serán más fácilmente resueltas si existe una preparación previa. En las páginas siguientes se describen los pasos y comportamientos elementales que deberán tenerse en cuenta en situaciones de emergencia donde se requiera evacuar parcial o totalmente un hospital. Situaciones más específicas sólo son posibles considerarlas conociendo íntimamente el hospital para el cual se quiere elaborar un plan de evacuación.

B. COMANDO DE LA OPERACION

Las catástrofes y emergencias deben examinarse en sus verdaderas dimensiones. La calma y la mesura deben mantenerse siempre. Esto sólo es posible lograrlo con la preparación previa. Generalmente entre menos gente esté inicialmente informada del peligro más fácil es el manejo preliminar de la situación. Hasta que no exista la certidumbre de un desastre interno es preferible guardar silencio. Cuando sea necesario divulgarlo, las acciones requeridas para el control de la situación deben acompañar el anuncio. Por esto es necesario que exista un Plan para cada eventualidad. La información que se transmita por teléfono, persona a persona o por altavoces, debe ser la misma **información para todos** y debe incluir detalles de lo que ha ocurrido y lo que debe hacerse.

Es importante que las decisiones sean hechas por una sola persona, que esta persona tenga una completa idea de lo que está ocurriendo y lo que se está haciendo de tal manera que pueda inteligentemente decidir cuál es el paso lógico siguiente. Por esta razón a un individuo bien sea médico o administrador debe dársele completa autoridad para manejar las operaciones de emergencia. Es mejor que este individuo esté localizado en el centro de comunicaciones donde toda la información sea canalizada a través de una estación de control. Como el individuo responsable puede no estar presente en el momento del desastre unas alternativas de las personas que pueden asumir esta responsabilidad en ausencia del titular deben establecerse y publicarse de tal manera que todas las personas sepan a quien deben contactar y dónde pueden localizarlo.

Un déficit de recursos humanos capacitados para participar en las operaciones de evacuación es una realidad que debe considerarse. Teniendo en cuenta la hora en que ocurre el desastre, el staff que abandona la institución sin permiso y el staff que no responde a las llamadas debe estimarse que las operaciones de evacuación deben realizarse con al menos un 10-15% del total del personal. La insuficiencia de los recursos puede mejorarse utilizando visitantes, estudiantes de enfermería o medicina y ciertos pacientes.

C. CUANDO EVACUAR

La evacuación horizontal, por ejemplo, la movilización de pacientes ambulatorios del área afectada por la emergencia a un sitio distante en el mismo piso, implica poco riesgo comparado con los riesgos de la evacuación vertical. De esta manera, anticipando problemas potenciales se deben movilizar los pacientes ambulatorios tempranamente a otras áreas en el mismo piso, así desalojando el área tempranamente se gana tiempo para evaluar mejor el peligro y se estudian mejor las alternativas de manejo de los pacientes que necesitan ser asistidos. La decisión de la evacuación vertical debe hacerse después de estudiar las implicaciones de la acción. El riesgo de evacuar el hospital a otra área que no tenga las condiciones apropiadas, debe compararse con el riesgo que se corre permaneciendo dentro de la Institución

1. El proceso de evacuación

La evacuación debe realizarse por etapas. El número de etapas debe ser mínimo y generalmente sólo tres son necesarios. ETAPA I: aquella en que se toma la decisión de movilizar las personas capaces de caminar sin asistencia o con mínima asistencia en dirección horizontal, distinta del área comprometida. ETAPA II: la movilización de aquellas personas que requieren asistencia para descender a través de las escaleras más próximas. ETAPA III: es la evacuación total del edificio. Esta secuencia debe seguirse en todos los procedimientos de evacuación

a. Etapa I

El objetivo de la Etapa I es desalojar el área para proveer un mejor acceso a los pacientes que permanecen reclusos, y debe realizarse tempranamente en cualquier emergencia. Una demora en tomar la decisión de movilizar los pacientes ambulatorios puede ser crítica para la seguridad de los otros.

Antes de la ETAPA I los pacientes ubicados directamente en las áreas de emergencia deben ser movilizados. Una vez realizada esta operación, la enfermera debe decidir si es necesaria o no la Etapa I de evacuación. Si es así, ella debe comunicar a la autoridad competente

tal que el anuncio al público pueda hacerse. Por ejemplo, "Alerta Amarilla Quinto Norte, Quinto Sur prepararse Cuarto Norte y Sexto Norte Actúen". Esto esencialmente significa en un hospital dividido por pisos con sectores norte y sur que "Hay una emergencia en el quinto piso, sector norte. Sector Sur debe prepararse para recibir todos los pacientes del sector norte que puedan caminar. Las estaciones de enfermería del sector Norte del cuarto piso y del sector Norte del sexto deben enviar a alguien al quinto piso, sector norte para determinar si los pisos de arriba y abajo deben evacuarse".

b. Etapa II.

Si la situación se empeora, el siguiente anuncio debe hacerse por la enfermera encargada del piso en cuestión

"ALERTA NARANJA QUINTO NORTE, ALERTA AMARILLA CUARTO NORTE Y SEXTO NORTE, CUARTO SUR Y SEXTO SUR PREPARENSE. TERCERO NORTE Y SEPTIMO NORTE ACTUEN". Esto significa que el sector norte del quinto piso empezará a evacuar los pacientes que necesitan asistencia. Cuarto norte y sexto norte empezarán a movilizar aquellos capaces de caminar horizontalmente. Tercero Norte y Septimo Norte deben enviar representantes a los respectivos pisos arriba y abajo para evaluar la situación.

c. Etapa III.

Finalmente si la situación se deteriora un anuncio como el siguiente debe hacerse: "ALERTA ROJA SECTOR NORTE", el cual significa que una evacuación inmediata y general del sector norte debe comenzar. La implementación requerirá que todos los pisos envíen los pacientes ambulatorios al sector sur mientras que las enfermeras permanecen en el norte para iniciar el proceso de asistir a los pacientes que requieren ayuda en el descenso por las escaleras más próximas.

Este método de evacuación rápidamente reduce el número de pacientes en la zona de peligro y permite a las enfermeras dirigir sus esfuerzos hacia aquellos que requieren mayor asistencia.

Este es solamente una manera de realizar una evacuación. Cada hospital debe diseñar los planes para situaciones diferentes. Si el incendio está entre las dos estaciones de enfermería no se puede evacuar horizontalmente. Por esta razón más de un plan debe preverse.

d. Incendio

Esta es una de las emergencias para la cual la mayoría de los hospitales tienen un plan bien diseñado.

Sin embargo las siguientes consideraciones especiales pueden ser de gran valor.

- A. Hay un medio para interrumpir el suministro de O_2 y purgar la línea? Conocen las enfermeras el sitio donde está localizada la válvula más cercana y cómo operarla?
- B. Ha tenido cada enfermera la oportunidad de operar el tipo de extinguidor de incendios usado en el hospital?
- C. Existe un plan para cerrar las ventanillas de los aires acondicionados centrales y/o las ventanas y puertas tan pronto como el fuego sea descubierto para reducir la circulación del humo, o hay una razón específica para no hacerlo?

e. Algunas Recomendaciones Específicas

- A. Siempre que sea posible solicite la ayuda de pacientes que puedan caminar para que acudan a otros que necesiten asistencia.
- B. Use las escaleras más distantes del incidente para evacuar los pacientes que puedan caminar sin asistencia o con mínima ayuda.
- C. Los pacientes que requieren asistencia deben evacuarse por escaleras más próximas
- D. El Plan debe contemplar una persona responsable del staff para tomar la decisión si pueden o no utilizarse los ascensores para evacuar las personas. En muchos casos los ascensores pueden ser utilizados si la emergencia ocurre en otro lado.
- E. Evacuar pacientes en parihuelas por las escaleras es uno de los procedimientos más difíciles. En algunos casos los pacientes pueden movilizarse en las espaldas de los miembros del staff.

f. Epílogo

La prevención es la más eficaz y económica de todas las medidas. Todo fuego puede ser evitado, basta descubrir y eliminar toda posibilidad y todos aquellos factores que puedan producir, alimentar o propagarlo.

Hay ciertos principios relacionados con los equipos de calefacción y cocina, manejo de líquidos inflamables, desechos y de inspección y mantenimiento de equipos eléctricos que no pueden descuidarse.

Debe prohibirse que se fume en toda área donde las llamas o el calor puedan provocar un gran riesgo. Debe proporcionarse áreas claramente delineadas donde se pueda fumar y fijar rótulos en donde está prohibido hacerlo

Recuerde que los **incendios son más fáciles de prevenir que de extinguir.**

Debe denunciarse la existencia de paquetes o personas extrañas en áreas restringidas e identificar a todo el personal con una escarpela o solapín, con la fotografía y el nombre claramente escrito.

Insistir ante las directivas la conformación de brigadas contra incendio y una vez constituidas participar en ellas.

Hacer énfasis en la necesidad de emprender reformas y reorganizaciones hospitalarias que faciliten las operaciones de rescate y evacuación de pacientes en casos de emergencia. Muchos hospitales no cuentan con suficientes extintores de incendios y si existen la carga no está renovada. Las escaleras son estrechas y las barandas demasiado altas de tal forma que dificultan la movilización de pacientes en camillas.

En la mayoría de los hospitales las oficinas de la administración están en los primeros pisos y los servicios quirúrgicos y salas de Cuidados Intensivos en los superiores, es decir todo lo contrario a lo que favorecería una actuación rápida y más fácil en casos de desastre interno y/o externo.

Recuerde: **quien sobrevive en un desastre no es el más fuerte sino el que está mejor preparado.**

BIBLIOGRAFIA

1. GUZMAN, N.: Guía práctica para elaborar planes de Emergencia. Cali FES/Editorial XYZ, 1986.
2. Triage 1982, You've trained for the "the big one", but are you ready for the little disasters?, JEMS: 24-28, agosto 1982.
3. Major Disasters: Surgical Triage, D.W Yates, **Br J Hosp Med**: 323-328, October 1979.
4. Golden Rules for Accurate Triage, Shirley Rae Turner, **Journal of Emergency Nursing**, Vol. 7, No. 4 153-155, July-August 1981.
5. Medicamentos y otros suministros de socorro en casos de desastre **Tropical Doctor**, Vol 6, 168-170, 1976.
6. Drugs and Supplies for Disaster Relief, C. de Ville de Goyet, et al, **Tropical Doctor** 6:168-170, 1976.
7. El Hospital en la Emergencia, **Revista de la Asociación Colombiana de Hospitales**, No. 4.
8. Organización Hospitalaria en Caso de Desastre, A Valdivia, et al. **Rev. Cub. Adm. Salud 2**: 153-163, junio 1976.
9. Plan hospitalario para desastres, Consejo Canadiense para Acreditación de hospitales, **Hospital Emergency Planning Manual**. Department of National Health and Welfare, Canadá: 16 págs.
10. Major Disasters: Disaster Planning in Hospitals, D J Williams, **Br J Hosp. Med**: 308-317, October 1979.
11. Hospital Evacuation Planning in catastrophic and Emergency Situations T.S. Hargest, AAMI, 1983

ANEXO 3. LISTA DE MEDICAMENTOS BASICOS

1. Analgésicos	Forma	Total necesario para tres meses y 10.000 personas.
Acido acetilsalicílico	tableta, 500 mg.	17.000 tabletas
Acetaminofén	tableta, 500 mg.	4.500 tabletas
2. Antibacterianos		
Fenoximetil penicilina	tableta, 250 mg.	9.500 tabletas
Penicilina V potásica	solución oral, 250 mg/ 5 ml.	450 frascos, 60 ml.
Penicilina G benzatínica	inyección, 1'200.000 U.	500 frascos
Ampicilina	Jarabe, 125 mg/5 ml.	420 frascos, 60 ml.
Tetraciclina	tableta, 250 mg.	9.000 tabletas
Sulfametizol	tableta, 80 mg. y 400 mg.	7.500 tabletas
Cloranfenicol	Cápsula, 250 mg. suspensión, 125 mg/ 5 ml.	4.000 cápsulas 300 frascos 60 ml.
3. Antiácidos		
Hidróxido de aluminio	Tableta, 500	5.000 tabletas
4. Diarrea		
Sales hidratantes	sobre, 27.5 gr/l	6 000 sobres
5. Oftalmológicos		
Tetraciclina	Ung. al 1%, tubo de 5 gr.	750 tubos
6. Antianémicos		
Sal ferrosa y ácido fólico	tableta, 60 mg. de hierro con 0,2 mg. de ácido fólico	30.000 tabletas
7. Soluciones antisépticas		
Yodopovidona	Solución al 11%	5 litros
Butimerina	Solución al 1%	5 litros
8. Soluciones		
Agua inyectable	Amp. × 2 ml. Amp. × 10 ml.	500 ampollas 500 ampollas
9. Adrenérgicos		
Adrenalina	Inyección, 1 mg/ 1 ml.	100 ampollas

ANEXO 4. TRIAGE, ESTABILIZACION IN SITU

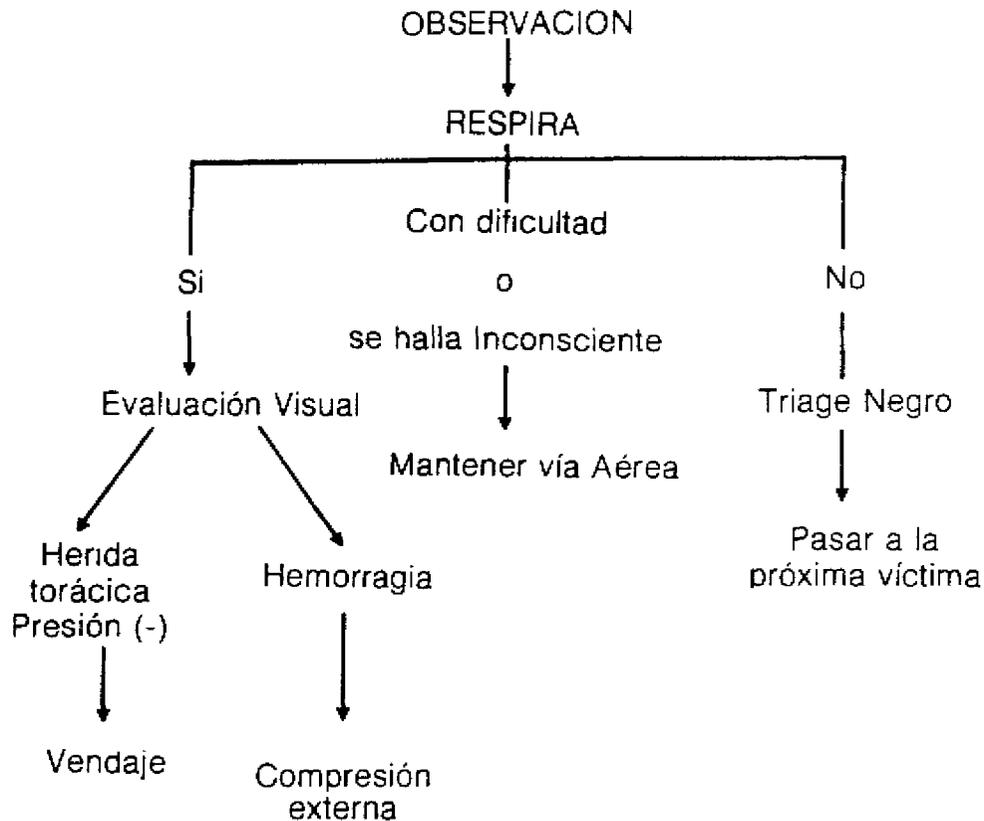
El Triage es un procedimiento mediante el cual las víctimas se clasifican en diferentes categorías de tal manera que aquellas que requieren tratamiento inmediato sean atendidas prioritariamente. Comunmente el triage lo realiza un equipo médico conformado por un médico, una enfermera y dos socorristas. Aunque el tiempo que se dedica a un paciente depende de diversos factores: número de equipos de triage disponibles; número estimado de víctimas y las circunstancias externas, en la mayoría de las situaciones de desastre es de 3 a 4 minutos por paciente.

Los equipos de triage deben conocer perfectamente la infraestructura de salud, el tipo de organización y funcionamiento. En situaciones de desastres deben conocer la ubicación y capacidad de los puestos de socorro y las instituciones de referencia según la gravedad de la víctima y las facilidades y capacidad institucional. La coordinación de los equipos de triage con el **Oficial de Mando** y éste con el Comandante del Puesto de Mando se adquiere a través de ejercicios permanentes antes del desastre. Este tipo de funciones y tareas no se pueden improvisar. La eficiencia depende de un gran número de reflejos condicionados que se obtienen esencialmente por la teoría y la práctica.

El primer paso es obtener una visión general de la severidad y magnitud del desastre y contrastarlo con los recursos disponibles, sólo entonces puede iniciarse el triage clínico. El triage rápido In Situ debe realizarse por el primer médico que llegue a la escena y el proceso de triage inicial debe seguir una metodología consistente en una evaluación inicial de la respiración y el nivel de conciencia (Fig. 2). Pacientes apneicos deben ser considerados muertos y rotulados como tal. Pacientes con respiración dificultosa o inconscientes deben recibir estabilización inmediata para liberar las vías aéreas. Después de la estabilización de las vías respiratorias, todos los sobrevivientes deben recibir una rápida evaluación visual a fin de clasificarlos en estado "crítico", "urgente" o "heridos ambulatorios". El tratamiento específico que debe llevarse a cabo en este momento se limita a compresión directa o vendaje de los puntos hemorrágicos potencialmente exanguinantes y vendaje de las heridas en tórax que puedan provocar presión intratorácica negativa. El equipo de triage no debe permanecer mucho tiempo con un solo paciente antes de haber determinado las prioridades de cuidados que necesitan todas las víctimas. Los equipos médicos pueden regresar luego a los casos más críticos y comenzar la estabilización In Situ.

Se debe emplear un sistema de triage codificado de cuatro colores y una tarjeta rotulada. El uso de una tarjeta estandar de triage facilita la clasificación rápida In Situ. El doctor Ney Guzmán-G ha diseñado una tarjeta de Triage para ensayo en el País. (Fig. 3)

FIG. 2
PROCESO DE TRIAGE INICIAL



Dicha tarjeta permite la identificación de la víctima, la hora en que ocurrió el desastre, el tipo de desastre, los efectos directos del mismo y la clase de tratamiento inicial, así como la atención requerida y el sitio a la cual debe referirse la víctima. Además está claramente codificado en colores y símbolos. La categoría 0 (negra) indica una víctima fallecida o que está próxima a la muerte, categoría I (rojo) se usa para el paciente en estado **"crítico"** cuya supervivencia depende de la estabilización inmediata del proceso que amenaza su vida: Categoría II (amarillo) indica un paciente sumamente herido, en estado **"urgente"** que requiere alguna estabilización In Situ previa al transporte, pero cuya vida no se halla en peligro inminente. La categoría III (verde) se aplica al herido **ambulatorio** que puede caminar, el cual no requiere ninguna atención médica el sitio del desastre previa a su traslado a un hospital.

FIG. 3
TARJETA DE TRIAGE

<p>Nº 0682 Nº 0682</p> <p>Socorrista Transportador</p> <p>REPUBLICA DE COLOMBIA</p> <p>CLASIFICACION DE VICTIMAS</p> <p>Nº 0682</p>	<p>A. M. E.</p>																								
<p>Fecha: _____ Hora: _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Educ: _____ Sexo: (H) (M)</p> <p>Causa Externa: _____</p> <p>Diagnóstico: _____</p> <p>_____</p> <p>TRATAMIENTO INICIAL</p> <p>Clase: _____ Hora: _____</p> <p>Clase: _____ Hora: _____</p>	<p>ATENCION REQUERIDA</p> <p>Cirugía <input type="checkbox"/> Neurocirugía <input type="checkbox"/></p> <p>Ortopedia <input type="checkbox"/> U.C.I. <input type="checkbox"/></p> <p>Quemados <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/></p> <p>REFERIDO A.</p> <p>Hospital: _____ <input type="checkbox"/></p> <p>I.S.S: _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Otro: _____ <input type="checkbox"/></p> <p>OBSERVACIONES. _____</p> <p>_____</p>																								
<table border="0"> <tr> <td style="background-color: black; color: white; padding: 5px;">0</td> <td style="background-color: black; color: white; padding: 5px;">+</td> <td style="padding: 5px;">Nº 0682</td> </tr> <tr> <td style="background-color: red; color: black; padding: 5px;">I</td> <td style="background-color: red; color: black; padding: 5px;">↓</td> <td style="padding: 5px;">Nº 0682</td> </tr> <tr> <td style="background-color: yellow; color: black; padding: 5px;">II</td> <td style="background-color: yellow; color: black; padding: 5px;">↓</td> <td style="padding: 5px;">Nº 0682</td> </tr> <tr> <td style="background-color: green; color: black; padding: 5px;">III</td> <td style="background-color: green; color: black; padding: 5px;">↓</td> <td style="padding: 5px;">Nº 0682</td> </tr> </table>	0	+	Nº 0682	I	↓	Nº 0682	II	↓	Nº 0682	III	↓	Nº 0682	<table border="0"> <tr> <td style="background-color: black; color: white; padding: 5px;">0</td> <td style="background-color: black; color: white; padding: 5px;">+</td> <td style="background-color: black; color: white; padding: 5px;">0</td> </tr> <tr> <td style="background-color: red; color: black; padding: 5px;">I</td> <td style="background-color: red; color: black; padding: 5px;">↓</td> <td style="background-color: red; color: black; padding: 5px;">I</td> </tr> <tr> <td style="background-color: yellow; color: black; padding: 5px;">II</td> <td style="background-color: yellow; color: black; padding: 5px;">↓</td> <td style="background-color: yellow; color: black; padding: 5px;">II</td> </tr> <tr> <td style="background-color: green; color: black; padding: 5px;">III</td> <td style="background-color: green; color: black; padding: 5px;">↓</td> <td style="background-color: green; color: black; padding: 5px;">III</td> </tr> </table>	0	+	0	I	↓	I	II	↓	II	III	↓	III
0	+	Nº 0682																							
I	↓	Nº 0682																							
II	↓	Nº 0682																							
III	↓	Nº 0682																							
0	+	0																							
I	↓	I																							
II	↓	II																							
III	↓	III																							

Finalmente cada tarjeta viene numerada con el fin de facilitar una evaluación del proceso de triage posteriormente

ESTABILIZACION IN SITU

Después de la evaluación y la clasificación, el personal médico debe proceder a la siguiente fase del plan: estabilización previa al transporte. El aspecto médico consiste en estabilizar la vía aérea y la respiración y detener la hemorragia. Si se ha llevado a cabo un triage rápido In Situ, el aspecto más importante de la estabilización es el tratamiento del shock hipovolémico con fluidos intravenosos. Este procedimiento, junto con la estabilización de las fracturas es, la mayoría de las veces, todo lo que puede hacerse por el paciente en el sitio del desastre. En el hospital, el triage usualmente secundario o terciario, se llevará a cabo con todas las técnicas de manejo de pacientes politraumatizados.

(ANEXO 5)

INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR LA TARJETA DE TRIAGE

La TARJETA DE TRIAGE se utiliza para clasificar heridos que por la cantidad, a veces abrumadora, y severidad de las lesiones requieren un orden de preferencia en la Atención Médica.

El problema que se plantea en situaciones de calamidad pública es una respuesta eficiente ante la magnitud del desastre con escasos recursos humanos e institucionales disponibles. La situación determina que deban ser atendidos prioritariamente los que tienen mayor **probabilidad de sobrevivir** no importa su edad y sexo. Así, una persona joven con quemaduras de tercer grado de más del 80% de la superficie corporal tiene pocas probabilidades de sobrevivir, aún bajo estrictas medidas de cuidados intensivos. En contraposición, una víctima de mayor edad con una fractura expuesta tiene mayor probabilidad de lograrlo con maniobras de estabilización y atención médica apropiada. En **operaciones de triage**, la primera víctima se rotula como "muerto" y la segunda en "estado crítico". Si los recursos lo permiten puede regresarse aquellos clasificados como fallecidos y prestarles alguna ayuda médica especialmente alivio del dolor. Esta decisión no es fácil y requiere además de un fino criterio médico un amplio conocimiento y experiencia en el manejo de heridos en masa.

LA TARJETA Los colores de los desprendibles son adoptados internacionalmente. Cada uno de ellos tiene un número que es el mismo para la tarjeta como un todo. El número de la esquina superior izquierda de la tarjeta es **desprendido y conservado** por el socorrista o persona que participa en la operación de **triage inicial**. El desprendible de la esquina superior derecha es conservado por el motorista de la ambulancia o vehículo utilizado para transportar la víctima al hospital o morgue. El resto del cuerpo de la tarjeta con el color indicativo en su parte inferior queda adherida al antebrazo de la víctima y debe desprenderse y conservarse por el médico, enfermera o un auxiliar de estadística en la institución de destino final. Recuerde que el color

que orienta es el de la parte más inferior. En la tarjeta completa es el verde, pero en el supuesto de que sea necesario el transporte rápido después de estabilización In Situ será el rojo, que se obtiene después de desprender y descartar el verde y el amarillo.

Información registrada.- La información solicitada en la tarjeta es la mínima necesaria para tener una idea de la magnitud y severidad del desastre y el manejo de las víctimas, por lo tanto debe hacerse todo el esfuerzo por diligenciarse con claridad y certeza. No debe omitirse ningún dato. La hora de ocurrencia del hecho y la fecha son muy importantes. Cuando la víctima no pueda suministrar el nombre debe buscarse algún documento de identidad y si no es posible anotar algunas señas particulares como color de la piel, dentadura, etc., evitando rotularlo como NN. La edad si no es posible obtenerla debe calcularse.

Causa externa.- Se refiere al origen del desastre como terremoto; inundación; huracán; maremoto; explosión; incendio, etc. Conviene anotar si es posible la causa que ocasionó directamente el trauma o lesión de la víctima, por ejemplo **Sismo. Derrube techo; Inundación- Arrastrado por avalancha.**

Diagnóstico.- La lesión o lesiones particulares por tipo y severidad son muy importantes para la clasificación de la víctima. Registre la naturaleza y localización de la lesión. trauma de cráneo; trauma cerrado de tórax; fractura expuesta de fémur izquierdo; aplastamiento. Los moribundos y los muertos deben también ser clasificados. Con frecuencia se trasladan a la morgue o algún sitio sin el lleno de la tarjeta en el lugar del siniestro. El registrar In Situ la causa externa y el diagnóstico posible de muerte es útil para el análisis posterior de los efectos del desastre.

Tratamiento inicial.- Anote la clase de tratamiento inicial que se ha prestado a la víctima en el sitio del siniestro. Por ejemplo, Primeros Auxilios; inmovilización; vendaje compresivo; líquidos endovenosos; plasma; traqueostomía u otros procedimientos invasivos de estabilización In Situ. No olvide registrar la hora

Reverso de la Tarjeta

A.M.E. = Asistencia Médica de Emergencia Atención Requerida

Esta cara de la tarjeta debe ser diligenciada por el oficial encargado de dirigir las operaciones de Triage secundario, preferiblemente un médico cirujano, enfermera de triage u otra persona entrenada que esté en permanente contacto con el Comandante del Puesto de

Mando y la red hospitalaria de la región o ciudad más cercana al desastre. Tiene como propósito clasificar las víctimas de acuerdo al tipo de servicio requerido, de tal forma que se pueda establecer la referencia desde el lugar del siniestro directamente al sitio donde la atención médica esté disponible. Por ejemplo sería una pérdida de tiempo remitir víctimas que requieren cuidados intensivos a un hospital donde no existe esta unidad o personas con trauma cráneo-encefálico donde no existen las facilidades ni recursos humanos especializados en neurocirugía. Por otro lado, esta preclasificación permite la reorientación de las referencias cuando los servicios están saturados, requiriendo el transporte de víctimas a otras ciudades o el establecimiento de un hospital de campaña. Además permite la convocatoria de profesionales en áreas especializadas de acuerdo a las necesidades de intervención.

En **observaciones** debe anotarse cualquier información que se considere útil para la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre y bajo la presión psicológica de los acontecimientos

No olvide que la tarjeta provee información básica del número de víctimas y de los efectos de un desastre natural o provocado por el hombre. No subestime su valor. Después del impacto ellas, y los desprendibles, le permitirán una evaluación del desastre y discusión de las conductas que en el futuro harán posible reducir los efectos adversos de tragedias semejantes.