

mente el personal mínimo indispensable para mantener la continuidad del cuidado médico a los pacientes hospitalizados.

8. **SERVICIO O DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA:** La enfermera y el auxiliar desempeñan un papel de particular importancia, no solamente por su contacto directo con los pacientes sino también por su familiaridad con la organización de la sala o servicio donde trabajan y con los recursos con que cuentan estos servicios. Usualmente, la enfermera está más familiarizada con los procesos administrativos. El Plan de Atención debe asignar a la enfermera la responsabilidad de tener a mano los procedimientos de emergencia para casos de desastres internos y externos e informar a los pacientes sobre los mismos. Debe también estar adiestrada para desarrollar actividades específicas durante una situación de desastre.
9. **SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:** Su papel principal es el de prestar apoyo a los servicios técnicos, asegurar que el personal asignado esté en sus lugares de trabajo, facilitar la utilización de los fondos de emergencia para gastos relacionados con el desastre y apoyar el desenvolvimiento normal de los servicios generales, en particular los relacionados con transporte y raciones adicionales de alimento. La administración debe prever con anticipación los mecanismos que permiten tanto la atención de las víctimas de un desastre así como el pago de los gastos incurridos, como la cobertura de seguros y otros.

### **3. EMERGENCIA**

Una vez que ha ocurrido un desastre dentro del hospital todos los Médicos Jefes de Servicios y los Jefes de área se comunicarán con la dirección del hospital para informar las consecuencias que ocasionó el desastre en su área, los posibles riesgos y a su vez han de recibir por parte de la Dirección la información inmediata del tipo de emergencia.

En caso de ser de día y el desastre de tipo natural (temblor o terremoto), si hay daño evidente en estructura y en instalaciones

de alto riesgo, va a ser muy difícil que se cumpla con lo antes planteado, por una reacción natural del ser humano a correr y alejarse inicialmente del lugar del desastre. Si se produce un incendio, o una explosión por escape de gases, el Director del hospital declarará emergencia roja, si esto acontece de noche, hay que agregarle que a estas situaciones se le puede sumar la interrupción de la energía eléctrica lo que ocasiona además un pánico colectivo.

En todas esas circunstancias el Director del hospital, o el Jefe de Emergencia o a quien haya designado el CODE para tal efecto, dará la orden de emergencia roja en el hospital, esto lo hará únicamente cualquiera de las personas que antes señalamos.

## **DESASTRES INTERNOS**

### **CÓMO COMUNICAR A TODO EL HOSPITAL**

#### **LA EMERGENCIA ROJA**

1. Anunciando por el sistema de comunicación interna, mediante parlante (altavoz) si no hay este sistema o se interrumpió la luz.
2. Usando megáfonos individuales o los instalados en las unidades de ambulancias o carros de policía que estén en el hospital.
3. Tocando una sirena del Hospital (de corriente o batería) tres veces o usando la sirena de las ambulancias o carros policiales y repetir nuevamente a los diez (10) minutos.

#### **CÓMO DAR EL MENSAJE**

**ATENCIÓN A TODOS LOS SERVICIOS Y A TODO EL PERSONAL EMERGENCIA ROJA. PROCEDER CON CLAVE (E).**

Esto es cuando el desastre es interno y hay necesidad de evacuar el hospital clave (E).

#### **EVACUACIÓN DE UN HOSPITAL**

En Venezuela existía un gran escepticismo en relación a que un

hospital se incendiara y casi nadie creía en la necesidad de evacuar un hospital y mucho menos de la magnitud del Universitario de Caracas. Hoy día nadie duda ni discute de la necesidad de tener un plan de evacuación para cada hospital en nuestro país; recordemos que no sólo los incendios, inundaciones, terremotos que ocasionen daños en la estructura obligan a una evacuación, también la posibilidad de una bomba explosiva, exposición a gases tóxicos y radiaciones pueden obligar a una evacuación, en muchos casos de forma violenta y que no da tiempo a que el personal de Bomberos, Cruz Roja y Brigadas de Defensa Civil nos puedan ayudar, de tal manera que debemos evacuar el hospital con nuestros propios recursos hospitalarios.

## **CONSIDERACIONES GENERALES**

- 1. ETIOLOGÍA DEL DESASTRE.** Es importante tomar en cuenta este hecho, porque cuando el desastre involucra únicamente el hospital, la mayoría de las personas se quedan para resolver el problema, pero cuando se produce un terremoto mucha gente va en busca de su familia para averiguar de su integridad y seguridad abandonando la institución; en consecuencia hay que considerar estas fallas de recursos en la cadena del plan de evacuación.
- 2. SALIDAS DE EMERGENCIA Y SEÑALIZACION DE LA RUTA.** Pocos hospitales han sido construidos pensando en la necesidad de una evacuación de pacientes en forma masiva, así como tampoco las rutas de evacuación son lo suficientemente amplias para este tipo de evacuación.
- 3.** El equipamiento para evacuación de enfermos o no existe o está muy pobremente dotado el hospital.

## **EVACUACIÓN**

En la evacuación de pacientes hospitalizados hay que contemplar los siguientes tipos de pacientes:

- a. Pacientes que pueden valerse por sí mismos y no necesitan ayuda, pacientes para evacuación sin ayuda. (A)
- b. Pacientes que tienen dificultad para valerse por sí mismos y necesitan alguna asistencia para moverse (una sola persona); dentro de este grupo tenemos a: Pacientes recién operados del tórax, abdomen, de un miembro inferior, con inmovilización del miembro inferior, niños, ancianos, etc. Pacientes para evacuación asistida parcial. (B)
- c. Pacientes conscientes pero que no pueden valerse por sí mismos y necesitan asistencia con equipos especiales para evacuarlos y más de una persona (silla de ruedas, camillas y camas especiales); en este grupo de pacientes tenemos a recién nacidos, pacientes en recuperación, operados de columna, cráneo, etc. Pacientes para evacuación asistida total. (C)
- d. Pacientes que están en unidades especiales y bajo control de sus funciones fisiológicas vitales mediante equipos y aparatos en terapia intensiva, quirófano, neonatal etc., que al evacuarlo hay que hacerlo bajo control de sus signos vitales, con ventilación mecánica. Pacientes para evacuación controlada. (D)

## **PROCESO DE EVACUACIÓN**

Una vez que se indica la evacuación EN cada piso del hospital el personal médico y de enfermeras debe poner en ejecución el plan, donde los pacientes del grupo A ayudarán a los del Grupo B, a continuación se procederá con el Grupo C, luego el Grupo D junto con el personal de cada servicio.

## **DESASTRES EXTERNOS**

1. **TRIAJE A LA ENTRADA DEL HOSPITAL:** Los pacientes arriban al hospital por diferentes medios: ambulancias, helicópteros, vehículos particulares y a pie. Es posible que muchos de los pacientes hayan sido categorizados y estabilizados en el sitio del desastre y que lleguen al hospital con sus respectivas fichas de diagnósticos e identificación.

El Triage a la entrada del hospital (área de recepción de heridos,

Esquema número III) permite llevar a cabo una nueva valoración del diagnóstico efectuado en el sitio del desastre y del grado de severidad de las heridas para darle prioridad de tratamiento. El concepto de otorgar prioridad de atención en base a la gravedad de las lesiones y posibilidades de supervivencia, continúa siendo válido en la atención hospitalaria en caso de desastre. El triaje debe ser efectuado por el médico de mayor experiencia a su adjunto, con el apoyo de los equipos de triaje previamente organizados. Es importante observar que el médico encargado del triaje debe tener autoridad suficiente para dirigir al personal asignado a las áreas de recepción y tratamiento. El área de triaje a la entrada del hospital debe ser el único punto de ingreso de las víctimas de la catástrofe.

2. **IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO:** Aunque haya una gran cantidad de pacientes en el hospital, el plan para desastre debe establecer con anticipación los mecanismos necesarios para la identificación y registro de los heridos que ingresen. Los formularios de registro de datos, las tarjetas de identificación y las tarjetas para el triaje, deben estar disponibles y accesibles. Los formularios de registro, que posteriormente servirán para documentar la historia clínica del paciente, deben ser diseñados para coleccionar la información más esencial. La utilización de las tarjetas de triaje, cualquiera que sea el módulo, en lo posible debe estar estandarizada y aceptada en una comunidad de tal manera que tanto los servicios médicos de emergencia y los hospitales estén familiarizados con su uso.
3. **AREA DE ESTABILIZACION Y TRATAMIENTO:** Generalmente los hospitales bien organizados designan con anticipación las áreas que servirán para la estabilización y tratamiento de los pacientes categorizados por orden de prioridad. La mayoría de los servicios médicos ha adoptado el uso de los colores rojo, amarillo, verde y negro para determinar prioridades de atención. El rojo significa atención inmediata, el amarillo indica lesiones serias pero puede esperar, el verde señala los ambulatorios y los moribundos y el negro identifica los fallecidos. Cual-

quiera que sea el código de colores empleado por el hospital, las áreas para cada categoría de pacientes deben estar claramente identificadas con franjas de colores para facilitar la circulación desde la entrada del hospital hasta las áreas de tratamiento y los quirófanos. Estas áreas deben estar habilitadas en forma permanente con equipos y suministros listos para ser empleados en el menor tiempo posible.

4. **SISTEMA DE REFERENCIA DE PACIENTES:** Aunque el hospital tome medidas previas para ampliar su capacidad de atención, es posible que muchos casos requieran cuidados especializados para los cuales el hospital no está equipado o que, simplemente, la demanda de atención supere la capacidad hospitalaria. Para estos casos, el plan debe contemplar la alternativa de referir pacientes a otros centros hospitalarios y proveer los medios de transporte necesarios para ese fin. Por ello, es necesario reiterar la necesidad de contar con una red organizada dentro de la comunidad.
5. **DEPOSITO E IDENTIFICACION DE CADAVERES:** El departamento de patología es el encargado de tomar las provisiones necesarias para efectuar el reconocimiento forense. Si la morgue del hospital no tiene capacidad suficiente, el plan debe designar con antelación el sitio donde depositar temporalmente los cadáveres. En aquellos desastres en los que el reconocimiento de las víctimas es difícil, el departamento de patología debe coordinar estas labores con el departamento de policía. El plan debe tener un protocolo detallado sobre procedimientos de manejo e identificación de cadáveres.
6. **PLANES ESPECIALES:** El plan de desastre debe estar complementado por planes específicos para enfrentar situaciones particulares, tales como incendios, radiaciones, contaminaciones masivas, intoxicaciones químicas y otros.

#### 4. RESTABLECIMIENTO DEL PLAN Y CRITICA

La autoridad competente del Comité de desastre, ubicado en el

centro de operaciones, debe notificar a los departamentos y servicios cuando el plan haya terminado.

Esta notificación se debe efectuar mediante la central telefónica del hospital o el medio de comunicación interno que se está utilizando durante la emergencia. Terminado el plan, las actividades del hospital deben retornar a su rutina habitual. Cada jefe de servicio o departamento involucrado en el plan debe presentar al Comité de desastre un informe escrito sobre las actividades desarrolladas, señalando los aspectos positivos y negativos. Posteriormente, el Comité de desastre debe convocar una reunión de crítica en la que se debe analizar, en su conjunto, la respuesta del hospital. En esta reunión se debe también discutir las recomendaciones tendientes a mejorar el plan de desastre.

## **PLAN OPERATIVO PREHOSPITARIO "P" EN EMERGENCIAS Y CASOS DE DESASTRES**

Los desastres, bien sean naturales o provocados por el hombre, pueden generar lesiones al ser humano, en pequeño o gran número, requiriendo ser atendidos, rescatados, estabilizados y trasladados a un centro hospitalario para preservarles la vida, y para ello, se amerita de un recurso humano debidamente entrenado y capacitado.

La experiencia ha demostrado que en el sitio del desastre generalmente existe cierta confusión y anarquía en el manejo de los lesionados por parte de las diversas instituciones u organizaciones de salvamento y socorro que acuden al sitio de desastre, ya que se producen acciones competitivas pero poco efectivas, se observa con frecuencia falta de organización y estabilización del paciente, adiestramiento insuficiente para dispensar atención médica oportuna y adecuada, distribución inapropiada de los pacientes a los centros hospitalarios, fallas en la coordinación de las comunicaciones y ausencia de autoridad y mando.

Es justo en estos momentos cuando nos damos cuenta que la atención médica de la emergencia a nivel prehospitalario es un

programa que involucra a varias instituciones diferentes al sector salud, pero que su actuación es indispensable y coadyuva la labor de uno con otro, dado que el objetivo es controlar la situación, mitigar los daños a personas y ambiente, rescatar y atender a los lesionados y atrapados, pero justo como señalamos anteriormente es necesario una coordinación entre todas estas organizaciones la cual previamente debe ser establecida, para que todo el personal que actúa en el sitio de desastre esté bajo una sola dirección, esto sólo es posible si se establece un plan operativo para emergencia y desastre, donde se definen claramente las funciones y papel que ha de desempeñar cada organización participante y cada hombre en la cadena de eslabones de la pirámide, así como los niveles de autoridad específicos o respectivos.

### **¿QUÉ ES UN PLAN OPERATIVO PREHOSPITALARIO PARA EMERGENCIA Y DESASTRE?**

Para nosotros un Plan Operativo para Emergencia y Desastre no es más que la resultante de la suma de cada uno de los planes de las organizaciones básicas, que indicamos más adelante, y que se ejecutan bajo la dirección de un coordinador operativo.

En resumen es el Plan de Salud, el Plan de Seguridad, el Plan de Bomberos (Rescate y Transporte), el Plan de Apoyo de Defensa Civil.

### **“PLAN OPERATIVO PREHOSPITALARIO PARA EMERGENCIA Y DESASTRES” "POPED"**

Todo POPED, tiene un Jefe que en caso de las Entidades Federales es el Gobernador, un Coordinador Operativo o Jefe de Operaciones que debe ser una persona con conocimiento, autoridad y capacidad para dirigir a las instituciones que están bajo su mando, ésta es escogida por el Gobernador pero deberán las instituciones comprometidas sugerir en base a la concertación consenso los posibles candidatos.

Recordemos que por ley, las Fuerzas Armadas Nacionales son los Jefes o Coordinadores operativos y cuando se reclama su participación.

**ORGANIZACIONES O INSTITUCIONES BÁSICAS  
QUE SE REQUIEREN CON CARÁCTER  
OBLIGATORIO EN UN PLAN OPERATIVO  
PREHOSPITALARIO PARA EMERGENCIA  
Y DESASTRES (POPED)**

1. Director Regional de Salud.
2. Director Regional de Defensa Civil.
3. Jefe de Seguridad (comandante).
4. Jefe de Bomberos (comandante).
5. Ingeniero Jefe.

**BOMBEROS:**

Actividades que están bajo su dirección, coordinación y actuación:

1. Combate, prevención e investigación de incendios.
2. Rescate en espacios confinados, estructuras elevadas, vehículos y otros.
3. Traslado de pacientes desde el sitio del accidente hasta los hospitales.

**QUIEN DIRIGE:**

El comandante del Cuerpo de Bomberos es el Jefe de todo su personal y el responsable ante el Coordinador Operativo y el Gobernador.

**SEGURIDAD:**

Actividades que están bajo su dirección, coordinación y actuación:

1. Coordinar la actuación de todos los organismos de Seguridad que participan en estos eventos (Policía, Disip, PTJ y Guardia Nacional).
2. Establecer el cordón de Seguridad según lo previamente establecido en el plan.
3. Organizar el tráfico dentro del área y en la zona circunvecina.
4. Investigación de los eventos ocurridos y determinar las causas.

#### **QUIEN DIRIGE:**

El ciudadano Gobernador ha de designar al Coordinador en esta área, sin embargo, sugerimos que ha de ser el Comandante de la Guardia Nacional.

#### **DEFENSA CIVIL:**

Actividades que están bajo su dirección, coordinación y activación.

1. Coordinar todo el apoyo logístico que se necesita en un área de desastre.
2. Sustituir en caso de no existir grupo de rescate dentro de los bomberos, con el personal de rescate adscrito a su área.
3. Recopilar la información del área afectada.
4. Determinar la capacidad operativa de los diversos entes que colaboran, exceptuando los antes mencionados Bomberos, Seguridad y Salud.
5. Reclutar, organizar, y ayudar a los damnificados.

#### **QUIEN DIRIGE:**

El Director Regional de Defensa Civil, es el Jefe de todo su personal y de las instituciones que participen en el momento.

## **SALUD**

Actividades que están bajo su dirección, coordinación y activación.

1. Activar el Plan Operativo de Emergencia del Sector Salud en caso de Desastre.
2. Determinar y activar el equipo de Atención Médica Prehospitalaria.
3. Coordinar todas las actividades de Prevención, Atención Médica, Saneamiento Ambiental en el área de Desastre.
4. Coordinar y controlar la Atención Médica durante el rescate y traslado a un centro hospitalario.
5. Coordinar y controlar todo el sistema de Transmisión Biomédica en los casos de Desastre.
6. Vigilar los sistemas de Concentración de Damnificados a través del programa de vigilancia Epidemiológica.
7. Coordinar y controlar a todo el personal de Salud involucrado en el Plan Operativo para Desastre.

### **QUIEN DIRIGE:**

El médico Director Regional de Salud o a quien él le ha delegado esta función.

### **COORDINADOR OPERATIVO:**

Es importante señalar que éste debe ser una persona que reúna las siguientes características:

1. Amplios conocimientos científicos y técnicos sobre la materia.
2. Debe tener un amplio conocimiento de las organizaciones básicas señaladas, sus funciones y capacidad operativa y del manejo gerencial que en conjunto requieren.

3. Debe tener una ascendencia o ser conocido y respetado desde el punto de vista técnico y ético por las restantes organizaciones.
4. Criterios claros de cómo se manejan los aspectos políticos en estas situaciones.
5. Habilidad y destreza en el manejo de la información ante los Medios de Comunicación Social.
6. Conocimientos muy amplios de la comunidad donde se desenvuelve.

#### **FUNCIONES:**

1. Convocar a los Jefes de las Instituciones Básicas.
2. Establecer el puesto de comando.
3. Recopilar la información previa, durante y posterior al desastre.
4. Implementar, evaluar y ajustar el Plan Operativo.
5. Mantener informado al ciudadano Gobernador.
6. Dar los partes o boletines informativos previa autorización del Gobernador.
7. Determinar el momento de evacuación e implementarla.
8. Cualquier otra función que así lo considere el comité operativo que lo constituyen cada uno de los Jefes de las Instituciones Básicas del Plan.

### **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE EMERGENCIA MÉDICA**

La necesidad que ha tenido el número creciente de desastres que año tras año se producen en nuestros países, el derecho a la vida que tenemos todos los seres humanos, los avances científicos y

tecnológicos en materiales y equipos médicos, de rescate, de comunicación y su correcta utilización en el propio lugar de los acontecimientos, por personal médico, técnico en emergencias médicas, bomberos y grupos de rescate, han permitido mejorar los pronósticos de morbilidad y mortalidad en las personas afectadas por un desastre, hechos éstos que han llevado al Sistema Nacional de Salud a desarrollar el programa de Atención Médica de Emergencia Prehospitalaria con la subsecuente preparación y capacitación de los recursos humanos médicos y paramédicos.

## **HISTORIA**

En Venezuela el programa de Atención Médica de Emergencia Prehospitalaria como existe en la actualidad para atender desastres, comienza a partir del año 1975 con la formación del programa denominado **“Plan Caracas”** bajo la responsabilidad del **Cuerpo de Bomberos del Distrito Federal**.

En este programa se formó por primera vez en Venezuela y durante tres años consecutivos a bomberos como enfermeros para trabajar en cincuenta ambulancias, equipadas para el traslado de pacientes accidentados a los Centros Hospitalarios de Caracas, durante las 24 horas al día y durante todo el año. La formación de este personal estuvo a cargo de los Dres. Jacinto Noel, Gioconda de Lizarraga, Pedro Lizarraga y José González Cisneros, desde el mes de junio del año 1974 hasta el 76.

En forma ininterrumpida se mantiene el programa **“Plan Caracas”** pero sin dar más cursos a los bomberos hasta el año 1983, cuando el Cap. Dr. José González Cisneros diseña y organiza el **Primer Curso de Técnico en Emergencia Médica** en conjunción entre la **Universidad Central de Venezuela** y el **Cuerpo de Bomberos del Distrito Federal**, dictándose en forma ininterrumpida hasta el año 1991, siete (7) cursos, formando 160 técnicos.

En diciembre del año 1986, por iniciativa del Coronel (B) Publio Alrado Ruiz, el Tte. Cnel. Angel Ramos Freytes y el Mayor Dr. José González Cisneros, Comandante General, Segundo Comandante y Coordinador Docente del Cuerpo de Bomberos del Distrito Federal,

se crea el **Servicio Médico de Medicina de Emergencia Prehospitalaria** con sede en el mismo edificio de la Comandancia. En esta forma queda constituido el **Servicio de Atención Médica de Emergencia Prehospitalaria**.

**El Programa de Atención Médica de Emergencia (AME) del Sistema Nacional de Salud, contempla dentro del Plan Operativo para Emergencia y Desastre, el Plan "P" de Atención Prehospitalaria para Emergencia Médica, el cual exponemos a continuación:**

#### **OBJETIVO:**

Disminuir las morbilidad y mortalidad en las personas que han sido afectadas por un desastre, a través del rescate bajo control médico, la atención médica adecuada en el propio lugar de los acontecimientos, como si fuese una extensión de la emergencia hospitalaria; estabilización y traslado de los lesionados con soporte básico o avanzado de vida, vigilancia epidemiológica, control de vectores, saneamiento ambiental y adecuada alimentación,

### **FASES DEL PLAN**

#### **FASE I. INSTALACIÓN**

##### **1. Evaluación del Impacto del Desastre**

La experiencia ha demostrado que en el sitio del desastre generalmente existe cierta confusión y anarquía en el manejo de las víctimas. La convergencia de numerosas instituciones de socorro al sitio del desastre suele causar acciones competitivas pero poco efectivas. *Se observa con frecuencia falta de organización del paciente, adiestramiento insuficiente para dispensar atención médica oportuna, distribución inapropiada de los pacientes a los hospitales, fallas en la coordinación de las comunicaciones y ausencia de autoridad y mando.*

## **2. Riesgos Potenciales en el Sitio del Desastre**

Por otro lado el personal de salud (médicos, paramédicos o brigadas de rescate) puede estar potencialmente expuesto al riesgo de sufrir accidentes en el mismo escenario del desastre, debido a fugas de gases tóxicos, asfixia por humo, incendios secundarios, explosiones, derrumbes, descargas eléctricas y otros. Aunque estos riesgos no son comunes para todos los desastres, es necesario que el personal esté adecuadamente preparado para confrontar y adoptar sus propias medidas de seguridad. Actitudes imprudentes podrían ocasionar un desastre secundario. También es importante señalar que el personal en la zona del desastre trabaja bajo fuerte presión emocional y física, y en condiciones y ambientes no siempre familiares.

## **3. Establecer un Puesto de Comando**

La misión de un puesto de comando es la de coordinar las acciones en el área o zona del desastre. La falta de organización y la presencia simultánea de numerosas entidades y brigadas de auxilio que acuden al escenario del desastre (el cuerpo de bomberos, la policía, brigada de la Cruz Roja, brigadas móviles de los hospitales, servicios médicos de emergencias y voluntarios) ocasionan el caos. Para evitar esta situación, es necesario establecer un comando único de operaciones que coordine las acciones en el sitio del desastre, inclusive las del sector salud. Este papel recae casi siempre en un oficial de rango de la policía o del cuerpo de bomberos.

## **4. Identificación y Comunicación**

La coordinación de las comunicaciones entre los hospitales y el puesto de comando en la zona del desastre, lo mismo que entre las brigadas de las diferentes agencias que colaboran, es de vital importancia para la otorgación oportuna y eficiente de la atención médica de emergencia. Esta coordinación es también muy importante para el uso racional de los recursos de transporte terrestre o aéreo. Por ello se recomienda el establecimiento de una red de comunicaciones de emergencia, en particular radios de doble vía que

trabajen en una frecuencia fija que permita conectar las ambulancias con los hospitales, el puesto de comando, la policía, el cuerpo de bomberos y otras instituciones.

## **5. Seguridad**

Tradicionalmente la seguridad del área del desastre recae en la autoridad policial y sus agentes. Su función principal es la de asegurar que sólo se permita personal autorizado en la zona del desastre, acordonar el área, mantener el control y orden del público, establecer las rutas de acceso y salida de ambulancias y regular el tránsito en los alrededores. Generalmente, el personal del departamento de policía es quien primero se entera de la ocurrencia de un desastre y quien luego notifica a las instituciones de socorro y a los hospitales. También el Departamento de Bomberos desarrolla esta importante misión.

## **6. Equipos y Suministros Médicos**

La atención médica en el sitio del desastre requiere disponer de suministros médicos en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades que demande la emergencia.

Los suministros esenciales deben estar debidamente clasificados y distribuidos en cajas claramente identificadas y de fácil transporte. Las cajas deben contener los siguientes suministros y equipos básicos:

- Caja con tarjetas de triaje y material de escritorio.
- Equipo básico de ventilación y cilindros portátiles de oxígeno.
- Material de curaciones incluyendo vendas y soluciones antisépticas.
- Maletines médicos con instrumental básico y medicamentos de urgencia.
- Instrumental básico para cirugía menor y férulas.

- Caja con soluciones intravenosas, equipos de perfusión, jeringas y agujas descartables.
- Equipo portátil de iluminación, incluyendo linterna.
- Cajas con herramientas básicas.
- Ropa, frazadas y sábanas.

## **7. Transporte**

La concentración de medios de transporte en el área del desastre, tanto de ambulancias como de vehículos particulares, puede crear una situación de desorden que lejos de facilitar la movilización de las víctimas, entorpece la circulación y compromete la atención médica oportuna.

Para evitar esta situación, es necesario establecer una organización racional que permita un tráfico fluido, que señale claramente las rutas de acceso y salida de las ambulancias y otros vehículos particulares utilizados para el transporte de los heridos hacia los hospitales.

El puesto de comando, en acuerdo con el coordinador médico, debe designar el punto de concentración de las ambulancias y otros vehículos, lo mismo que su movilización. El puesto de comando debe también indicar el hospital o centro asistencial al que se trasladarán los heridos.

## **FASE II. RESCATE Y ATENCION**

### **1. Triage**

La palabra triaje proviene del francés y significa selección o categorización. El concepto de triaje aplicado a una situación de desastre significa la categorización de las víctimas para determinar las prioridades de atención médica y de transporte.

#### **Acciones de Triage**

La aplicación de este concepto está basada en el criterio de establecer la urgencia del caso y sus posibilidades potenciales de

sobrevivir. El concepto difiere de la emergencia diaria donde el más grave, sin consideración a sus posibilidades de supervivencia, recibe una atención prioritaria. Las acciones de triaje en el sitio del desastre están orientadas a evaluación de los heridos, asignación de prioridades de atención, identificación de víctimas, estabilización y transporte a los centros de atención final.

## **2. Parcheo**

La aplicación del concepto de triaje no podría ser posible sin el establecimiento de un método que permita identificar las víctimas de acuerdo con las prioridades de atención médica que se les haya asignado. En caso contrario, sería muy confuso y laborioso el manejo de gran cantidad de víctimas. Se han utilizado varios métodos tales como marcar la piel del paciente en un lugar visible aplicando una tela adhesiva en la frente indicando la prioridad o utilizando tarjetas de colores. El propósito fundamental es disponer de un buen método estandarizado, fácilmente visible, que permita una rápida identificación de los datos del paciente, la naturaleza de la lesión y la prioridad otorgada para el tratamiento y transporte. El método más popular es el de las tarjetas de triaje.

## **3. Rescate de Víctimas**

El rescate de las víctimas resulta ser a menudo una tarea de mucha complejidad, especialmente si éstas se encuentran atrapadas o debajo de escombros, en lugares poco accesibles o expuestas a riesgos secundarios como incendios o escapes de sustancias tóxicas. Generalmente, las tareas de rescate de cierta complejidad no están al alcance de los equipos de salud. Las experiencias obtenidas durante los terremotos de México y El Salvador y la erupción volcánica en Colombia, demostraron la necesidad de contar con equipos especializados y con adiestramiento específico.

## **4. Areas de Triaje**

Dependiendo de la magnitud del desastre y del número de víctimas que ocasione, se selecciona en la zona del desastre uno o varios "Centros de Colección de Víctimas" o "Areas de Triaje".

El área de triaje es el espacio donde se ubica a las víctimas inmediatamente después de ser rescatadas y donde se les somete a un examen físico para asignarles prioridad de tratamiento y movilización a los centros hospitalarios.

Las actividades de atención médica de emergencia en esta área están destinadas a estabilizar al paciente y proporcionarle los auxilios que esencialmente permitan su supervivencia. Por lo general, la estabilización implica la permeabilización de las vías respiratorias, el control de las hemorragias y el mantenimiento del volumen circulatorio.

El área de triaje debe estar preferiblemente a cargo de un médico o, como alternativa, bajo el cuidado de una enfermera o paramédico con experiencia en el manejo de víctimas y con autoridad para coordinar las acciones del personal que presta atención de urgencia en el sitio del desastre. La función del oficial de triaje es de suma importancia. Después de un rápido examen médico, él hace la evaluación de las víctimas y les asigna la prioridad que corresponda.

## **5. Estabilización**

Una vez efectuado el triaje, las víctimas son ubicadas en sitios designados para cada prioridad. Las áreas deben ser fácilmente identificables utilizando el código de color asignado a cada prioridad mediante banderas u otros distintivos.

En estas áreas los heridos se organizan en línea, en forma organizada, hasta ser transportados de acuerdo a la prioridad que se les haya asignado. En esta etapa el personal debe completar las acciones de emergencia destinadas a estabilizar al paciente; acomodarlos para su transporte, completar datos de identificación o sugerir modificación a la prioridad de acuerdo a la evaluación del paciente. También en estas áreas se efectúa la inmovilización adecuada de fracturas.

## **6. Traslado**

La utilización de unidades móviles para prestar atención de urgencia en la zona del desastre puede estar justificada con ciertas

limitaciones. Esta depende de la naturaleza del desastre, del efecto producido en las estructuras físicas, de la distancia o de la super-saturación de los servicios.

Estas unidades móviles son de apoyo y pueden funcionar como centros de primeros auxilios o centros de tratamiento rápido. Su costo es alto y su utilización debe estar condicionada a su rendimiento y autosuficiencia, tanto de personal como de equipo y suministros.

## **7. Centro de información**

Un desastre no sólo causa víctimas sino que atrae considerable atención. El público acude al sitio del desastre en busca de información o a ofrecer ayuda voluntaria. Lo mismo ocurre con los familiares y amigos de las víctimas y con las personas vinculadas a los diferentes medios de información. Esta avalancha de gente, lejos de contribuir a una labor efectiva de socorro, suele interferir con las tareas del personal médico y paramédico. Para evitar este desorden es necesario que además de establecer un control riguroso del acceso del público al área del desastre, se debe organizar un centro de información donde los familiares de las víctimas y el público puedan ser atendidos.

## **FASE III. CONTROL**

1. Selección de Damnificados.
2. Organización.
3. Evacuación y ubicación.
4. Atención Preventiva (alimentación, higiene personal, educación).
5. Vigilancia Epidemiológica.
6. Control de Vectores.
7. Saneamiento Ambiental.