



# ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA EN LA APS FRENTE A LA GRAN EMERGENCIA Y LOS DESASTRES

*Dr. Víctor R. Navarro Machado \**

*Dr. Gabriel Rodríguez Suárez \*\**

*Dr. Álvaro Sosa Acosta \*\*\**

## Introducción

Los desastres nunca han estado ajenos a la evolución y vida del hombre; en los últimos 20 años, los de origen natural han cegado aproximadamente 3 millones de vidas en el mundo; han afectado adversamente, por lo menos, a 800 millones de personas y han ocasionado pérdidas por más de 50 000 millones de dólares en daños a la propiedad. Un desastre de grandes proporciones ocurre casi diariamente en el mundo y uno natural, que requiere apoyo internacional para las poblaciones afectadas, se presenta semanalmente. Desafortunadamente, las amenazas fundadas en los desastres probablemente serán peores en el futuro y América Latina es una de las zonas más vulnerables del planeta. Se estima que en esta área ocurre un gran desastre cada 233 días, uno mediano cada 14 días y 5,2 pequeños por día.

## Desastre

Es un evento de gran magnitud, que altera la estructura básica y el funcionamiento normal de una sociedad o comunidad, ocasionando víctimas y daños o pérdidas de bienes materiales, infraestructura, servicios esenciales o medios de sustento a escala o dimensión más allá de la capacidad normal de las comunidades o instituciones afectadas para enfrentarlas sin ayuda, también se considera, si existe una perturbación ecológica abrumadora que acaece a escala suficiente para que se necesite auxilio.

## Gran emergencia

Es aquel evento que resulta de un número de víctimas suficientemente elevado como para alterar el curso normal

de los servicios de emergencia (*varía con el tipo de institución, y la cantidad de recursos a disposición*). En este, la infraestructura comunitaria puede permanecer relativamente intacta.

La diferencia entre ambas depende del número de víctimas, tipo de evento, recursos disponibles y tipo de institución.

## Clasificación

Son varias las formas de clasificar los desastres, las más utilizadas son las mostradas, ambas son importantes pues la primera permite organizar la forma de respuesta en especial los recursos y la segunda la forma de implementar el plan; los servicios de urgencias tienen un papel inicial más protagónico mientras más rápido sea el inicio del evento. Es por ello que lo expresado en este trabajo se centra en este tipo de desastre.

### Según su origen

- Naturales o generados sin la acción directa del hombre (*huracanes, terremotos, maremotos, etc.*)
- Tecnológicos o producto de la acción o inacción del hombre (*accidentes, por productos tóxicos, guerras, etc*)
- Sanitarios (*Epidemias*)

### Según la forma de inicio

- Súbitos: Completamente inesperados, sin fase previa de alerta o alarma, ejemplo: Terremotos, maremotos y la mayoría de los tecnológicos
- Rápidos: Existen por lo menos 24 horas entre el inicio e información previa de su presencia, ejemplo: Huracanes e intensas lluvias
- Lentos: Aparecen tras períodos de tiempo más largo, generalmente más de un mes, ejemplo: Sequías, hambrunas

## Organización de la respuesta en las unidades médicas prehospitalarias

Un sistema de atención de víctimas en masa está constituido por el grupo de unidades, organizaciones y sectores que funcionan conjuntamente, aplicando procedimientos institucionalizados, para reducir al mínimo las discapacidades y las pérdidas de vidas; consta de una cadena formada por brigadas multisectoriales de socorro, procedimientos de coordinación entre sectores participantes, una red de comunicaciones y transporte y un departamento hospitalario de urgencias eficientes.

Metodológicamente el manejo de las emergencias masivas y desastres en el ámbito prehospitalario puede dividirse en: Actividades en el lugar del siniestro (*donde la Emergencia Médica Móvil y las brigadas médicas del SIUM*

\* Especialista de II Grado en Medicina Interna y de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Instructor. Dirección Provincial de Salud, Cienfuegos

\*\* Especialista de I Grado en Angiología y de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Máster en Educación. Profesor Asistente. SIUM, Dirección Provincial de Salud, Cienfuegos

\*\*\* Especialista de II Grado en Medicina Interna y de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Auxiliar. Miembro del Comité Latinoamericano de Resucitación. Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba, La Habana

Correspondencia a: Dr. Víctor René Navarro Machado. Calle 65, No. 601, e/ 6 y 8, Cienfuegos 55 100, Cuba. E-mail: [victor@jagua.cfg.sld.cu](mailto:victor@jagua.cfg.sld.cu)

*juegan un papel decisivo*) y las actividades en las pequeñas unidades de salud, incluido los policlínicos. El presente artículo se centrará en el segundo grupo de actividades y en especial para la respuesta ante un desastre súbito. No se incluirán los aspectos sobre prevención, mitigación y preparación incluidos en la fase previa al desastre.

Aunque cada variante de desastre tiene sus peculiaridades, consideramos que se debe tener un plan general único, validado, conocido y practicado por todos, al que se le puedan agregar actividades para cada variante de forma que sea también flexible.

La atención médica de emergencia ante víctimas múltiples es el conjunto de procedimientos médicos cuyo propósito es salvar la mayor cantidad de vidas y brindar el mejor tratamiento posible de salud, con los recursos disponibles. Para ello, son necesarios tres aspectos fundamentales: Tener al personal capacitado y entrenado, disponer de facilidades para una atención continuada y poseer el equipamiento y los recursos imprescindibles. El plan de cada centro debe ser discutido con todo el personal y realizar simulacros con determinada periodicidad, garantizando que siempre las personas estén entrenadas y sepan cuál es el rol que les corresponde desempeñar.

En sentido general la organización es similar a la de los servicios de urgencia hospitalarios, pero a menor escala por el área y los recursos disponibles. Las actividades frente a un desastre son las siguientes (*elementos en la organización de la respuesta inicial*):

1. Recepción de la información, verificación y activación del plan de aviso
2. Clasificación y respuesta acorde a la magnitud del desastre
3. Establecimiento de las áreas de trabajo, rutas de acceso y evacuación (*mapificada*)
4. Definición de las funciones jerárquicas y del personal en servicio (*tarjetas de funciones*)
5. Asistencia médica
6. Actividades de áreas y personal de apoyo (*logística del desastre*)
7. Evacuación controlada
8. Establecimiento de mecanismos de información para familiares, autoridades y prensa
9. Cese de la evacuación y fase recuperativa

### 1. Recepción de la información, verificación y activación del plan de aviso

En nuestras unidades de salud, el aviso de accidente o catástrofe puede ser recibido por planta de radio, vía telefónica o verbalmente desde instituciones o miembros de ellas como MINSAP (*Centro Coordinador de la Emergencia o Puestos de Mando*), Policía, Defensa Civil, Bomberos e incluso por un observador ocasional; no obstante, muchas

veces son las primeras víctimas las que brindan la información inicial de lo sucedido. Ante cualquier variante, la información debe ser verificada antes de proseguir con los siguientes pasos; es necesario en lo posible confirmar:

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

Con esta información, se tendrá una panorámica de lo sucedido y se podrá elaborar una respuesta acorde a la magnitud de lo sucedido; esta se inicia con la organización de la asistencia médica, de inicio con los recursos disponibles y la activación del plan de aviso. En esta fase, las organizaciones involucradas en la respuesta al desastre y la población potencialmente afectada, son notificadas.

Un plan de aviso eficiente debe permitir la movilización eficaz de los recursos y debe incluir:

- Localización escalonada del personal de dirección
- Activación del comité local para desastres
- Información a las autoridades y puestos de mando conveniados
- Localización de todo el personal, sus enlaces y tiempos de llegada tras el aviso
- Directorio telefónico de las instituciones municipales y provinciales necesarias (*Salud, SIUM, toxicología, bomberos, policía, gobierno, etc.*)
- Indicativos de plantas de radio del sistema de salud
- Mapificación del área de salud (*ideal mapa de riesgo*)

Se ha demostrado, que ante una gran emergencia o desastre, el 70 % de los lesionados puede ser atendido en forma extrahospitalaria. Por ser casos clasificados como Verdes un policlínico deberá manejar esta situación en dos sentidos: Los Códigos Verdes que le llegan no deben ir a los hospitales por lo que pueden ser atendidos por la institución u otra similar cercana y por otro lado, pueden recibir estos casos de un área vecina como parte del plan provincial, por lo que deben considerar ambas variantes en su respuesta.

### 2. Clasificación y respuesta acorde a la magnitud del desastre

La magnitud de la respuesta dependerá del tipo de evento, número de involucrados, tipo y recursos de la institución y en especial del número de Códigos Rojos. Cada institución debe discernir entre emergencia donde hay víctimas graves con peligro de muerte e incluso fallecidos, pero la cantidad de víctimas graves es asumible por los medios asistenciales normales y el orden en la atención o evacuación está en dependencia de los más graves y tipo de



desastre, donde existe un número de víctimas con estado de gravedad importante que sobrepasan la capacidad asistencial disponible y hay que plantearse un orden distinto en la atención y evacuación con el fin de salvar el mayor número de vidas posibles. Se entiende por gran emergencia al estado intermedio, más cotidiano en el que hay gran cantidad de víctimas, pero no llega a ser un desastre.

### 3. Establecimiento de las áreas de trabajo

Ante múltiples víctimas, la estructura de la institución debe modificarse para dar cobertura a la gran demanda de asistencia médica, por ello es necesaria la creación de nuevas áreas o conversión de otras a las nuevas necesidades; para una adecuada respuesta las mismas deben estar previamente planificadas y mapeadas en el plan contra catástrofes. Son imprescindibles las siguientes áreas:

- Área de **descontaminación** (*para accidente químico y radiológico*). Esta debe estar fuera de la institución para evitar contaminación secundaria y disponer de abasto de agua; aquí, la ropa contaminada se retira y se lava con agua la zona expuesta al tóxico antes de entrar en el área de clasificación. Un aspecto importante es tener prevista hacia donde corre el agua que idealmente no debe seguir los sistemas normales de albañales o pluviales y cómo destruir los objetos contaminados
- Área de **clasificación**. Es un área virtual en la entrada del flujo de pacientes a la institución, encargada de la clasificación o selección de los pacientes según las funciones vitales afectadas (*ver Triage más adelante*). A ella se dirigirá una persona altamente entrenada en emergencias y de ser posible otro socorrista para el registro y señalización de las víctimas (*manilla, tarjeta, esparadrapo, etc.*), luego los pacientes serán enviados al área correspondiente de acuerdo a su gravedad. No debe ser valorado más de un paciente a la vez y no se le aplicará ningún tratamiento en ese momento. Ninguna víctima debe pasar al resto de las áreas sin ser clasificadas. Si el número de lesionados sobrepasa la capacidad de la institución, será necesario establecer un área de espera hasta que puedan ser tratados. El flujo de pacientes debe ser en un solo sentido. Esta área debe además disponer de fácil acceso para vehículos, estar preferiblemente techada y tener iluminación adecuada
- Área de **tratamiento**. Idealmente deben existir tres áreas de tratamiento, una para Códigos Rojos, otra para los Amarillos y la tercera para los Verdes, esto es posible solo en grandes instituciones, por lo que para las pequeñas y medianas se trabaja básicamente en dos, una para los más graves (*Rojo y Amarillo*,

*normalmente ubicada en el área intensiva del policlínico y la sala de observación, que debe contar con un médico*) y otra para los menos graves (*Verdes*). Cuando arribe el personal de apoyo, las áreas de tratamiento deberán tener un responsable para coordinar con otras áreas, proveer de suministros, organizar la eliminación de desechos y dirigir las comunicaciones. Una vez estabilizados los pacientes idealmente se trasladarán a un área para su evacuación organizada

Cada centro debe tener definido la cantidad de camas disponibles y las posibilidades reales de incremento (*expansión*) en dependencia de los locales.

Ante un gran volumen de pacientes, es imprescindible el aumento de las capacidades para ofrecer atención médica, por lo que debe existir un análisis previo de los centros de salud que puedan ser preparados para funcionar como pequeños hospitales durante la emergencia; ello incluye la adaptación de escuelas, centros deportivos, etc. y utilizarse parques para colocar hospitales de campaña, siempre considerando, según el tipo de evento que se enfrenta, que se deben ubicar en terrenos altos, libre de inundaciones.

- Área de **Códigos Negros**: Los fallecidos deben ubicarse en un área o local bajo la custodia de un personal de protección o la policía en espera de su manejo por el grupo de Medicina Forense. Los fallecidos deben rápidamente evacuarse de las áreas de tratamiento y si son definidos en el área de clasificación, no deben entrar en el flujo normal de víctimas y derivarse directamente al local de ubicación designado
- Área de **evacuación**: Esta área, comúnmente se ubica en la salida posterior del flujo de pacientes de la unidad y se nutre de las víctimas recuperadas de éste en ella, los pacientes esperarán un corto tiempo antes de su traslado a otras instituciones. Previo al traslado, debe reevaluarse la estabilidad del paciente (*signos vitales, hemorragias*), seguridad del equipamiento (*tubos, sondas, ventiladores*), eficiencia de las medidas de inmovilización y que las tarjetas e historias clínicas estén bien colocadas y visibles. Para cumplir las funciones en la evacuación, es necesario designar un responsable quien se apoyará en otro socorrista para los registros médicos y estadísticas
- **Puesto de mando**: Es un área de control, encargada de la coordinación con los diversos sectores participantes, del enlace con los sistemas de apoyo y el lugar del siniestro y de la supervisión del manejo



de las víctimas. Debe localizarse cerca del resto de las áreas y su personal debe tener la más alta jerarquía y estar familiarizado con los procedimientos, sus miembros tendrán el conocimiento para identificar la necesidad del incremento o reducción de los recursos, asegurar el suministro adecuado de equipos y recursos humanos, brindar la información oficial sobre el incidente y determinar el fin del operativo en el lugar del incidente. Es el núcleo de comunicación y coordinación de la organización dentro de la unidad y con el resto del sistema. Con la llegada de otras instituciones puede convertirse en una unidad multisectorial

Todos los grupos y recursos de apoyo que llegan, deben contactar con este personal para recibir las misiones de acuerdo al plan general. El puesto de mando debe tener vías de comunicación, por lo que es necesario tener previsto las tomas, para que al activarse, solo sea necesario trasladar los teléfonos de sus lugares habituales.

El jefe del puesto de mando debe ser el jefe de guardia administrativo de la unidad el cual pasará el mando al director o jefe del comité local para desastres.

- **Vías de acceso y evacuación** (*Control de tráfico y área de espera de ambulancias*): Las vías de acceso (a la unidad y en especial al área de evacuación) deben estar debidamente señalizadas para prevenir el embotellamiento del tránsito, permitir que la recogida sea en menor tiempo y evitar nuevos accidentes. Esta es responsabilidad principal de los funcionarios del orden público por lo que tras su arribo esta debe ser una de las prioridades. De igual forma, debe estar definida una zona de parqueo para las ambulancias y otros vehículos que esperan para el transporte de pacientes
- **Zona para personalidades, prensa y familiares**: Esta zona debe ubicarse fuera de la institución y debe ser controlada también por los órganos de orden interior o grupos de protección. Es una indisciplina frecuente que muchos de los que ocupan cargos de dirección de las múltiples instituciones, con la mejor de las intenciones, penetren en la zona de trabajo y retarden o interfieran con las acciones

#### 4. Definición de las funciones jerárquicas y del personal en servicio

El jefe médico de la guardia será el máximo responsable de la organización de la recepción hasta la llegada del director de la institución. Cada departamento activará su plan de aviso según necesidades de asistencia propias para garantizar el trabajo ininterrumpido y eficaz.

Cada persona debe saber y haber practicado de antemano sus tareas, no obstante, aparte de los ejercicios periódicos y simulacros, un método eficaz para la realización rápida del trabajo es el del establecimiento de un sistema por tarjetas de funciones (*lo que debe hacer cada uno según el cargo o la función que ocupa*), ubicadas en lugares de fácil visibilidad. Esto permite una mejor movilización de los recursos humanos disponibles las 24 horas, el trabajo más uniforme de todos los equipos de guardia, una mayor rapidez en la preparación del departamento de urgencias. Así queda anulada la posibilidad de desconocimiento de las funciones de cada miembro de la guardia médica a la vez que favorece el trabajo en equipos con un manejo más coherente de las víctimas; aspectos útiles además, en el manejo de enfermedades trazadoras de los sistemas de urgencias.

Los policlínicos cabecera y pequeños hospitales rurales y municipales tienen aproximadamente los mismos recursos humanos, estos cuentan en horario nocturno con 3-4 médicos, 4 enfermeros, 3 técnicos, 1 administrativo, 3 obreros y 2-3 personas del Cuerpo de Vigilancia y Protección (CVP). Una distribución coherente en una fase inicial podría ser:

Área de clasificación: Jefe médico de guardia (*que asumirá transitoriamente también las funciones del director médico*), técnico en computación y un CVP (*custodio*).

Área Roja-Amarilla: 2 médicos restantes (*Jefe UCI, Jefe área*), 3 enfermeros, técnico de laboratorio.

Área Verde: Estomatólogo (*Jefe área*), un enfermero, técnico estomatología, técnico de Rayos x.

Área Códigos Negros: Un CVP.

Puesto mando: Jefe de turno administrativo, más un auxiliar.

Vías de acceso: Un CVP hasta la llegada de la policía.

Traslado de pacientes, enlace entre áreas: Resto de auxiliares, cocinero, trabajador de planta.

Como promedio, los policlínicos y pequeñas unidades tienen menos personal, con lo cual tendrán que organizar un sistema similar, que necesitará de refuerzos y del uso de socorristas entrenados de entre la población.

Un ejemplo de tarjetas de funciones se muestran en las dos páginas siguientes.

#### 5. Asistencia médica

Aunque definida por el manejo médico de los pacientes (*apoyo vital básico y avanzado*), la asistencia médica incluye otras actividades como el Triage médico, el tratamiento a los testigos, el manejo de cadáveres y los registros médicos.

Toda víctima de un siniestro debe ser evaluada (*funciones vitales*) y clasificada según la presencia de problemas o lesiones que representan un mayor o menor riesgo para la vida; esto se realiza principalmente en el área de clasificación y de evacuación. El proceso en el cual a cada



**DIRECTOR MÉDICO**  
**TARJETA DE FUNCIONES ANTE RECEPCIÓN MASIVA DE HERIDOS**

Será el máximo responsable de la organización de la recepción (*Jefe Puesto Mando*)  
Será el encargado de la decisión de la activación del plan de aviso  
Se ubicará en el Puesto de Mando y mantendrá la comunicación con los demás componentes del sistema de salud  
Despliega y dirige el personal de salud  
Evalúa continuamente la situación general  
Coordina las solicitudes de recursos  
Mantiene el enlace con las áreas de clasificación y de tratamiento, terapias, quirófano, jefes administrativos y protección física  
Asegura el bienestar y seguridad de todo el personal  
Decidirá el cese de la evacuación  
Responsable de la información oficial a las autoridades

**MÉDICOS DE GUARDIA**  
**TARJETA DE FUNCIONES ANTE RECEPCIÓN MASIVA DE HERIDOS**

Especialista Jefe Guardia: Se dirigirá hacia el área de clasificación

- Recibe a las víctimas a la entrada del hospital
- Clasifica a los pacientes con una tarjeta según código de colores
- Examina y evalúa el estado de cada víctima
- Dirige las víctimas al área de tratamiento adecuado

2do Médico: Se ubicará en el área de tratamiento rojo-amarillo de la cual será el jefe  
3er Médico: Se ubicará en el área de tratamiento rojo-amarillo  
Estomatólogo: Se ubicará en el área de tratamiento verde de la cual será el jefe

- Recibe los pacientes del área de clasificación
- Examina y evalúa el estadio de las víctimas
- Instituye las medidas para la estabilización de las víctimas
- Vigila y reevalúa continuamente la evolución de los pacientes
- Asigna prioridades de traslado para destino final

**RESPONSABLE EVACUACIÓN**  
**TARJETA DE FUNCIONES ANTE RECEPCIÓN MASIVA DE HERIDOS**

Recibe las víctimas que serán evacuadas y evalúa la estabilidad de las mismas  
Evacua las víctimas en el siguiente orden: códigos rojos, amarillos y luego verdes  
Verifica la seguridad de los equipos y medios de inmovilización conectados a los pacientes  
Dirige los códigos rojo y amarillo hacia el hospital más adecuado en el transporte más adecuado  
Dirige los códigos verdes hacia otras unidades convenientes en transporte no especializado  
Supervisa la colocación de los pacientes en la ambulancia y verifica o brinda instrucciones sobre el caso  
Mantiene actualizado el plan de evacuación (*pacientes, código y destino*)  
Informa al jefe brigada médica de rescate sobre necesidades y tipo de evacuación

**ENFERMERIA**  
**TARJETA DE FUNCIONES ANTE RECEPCIÓN MASIVA DE HERIDOS**

Recibe las víctimas del área de clasificación  
Examina y evalúa el estado de las mismas  
Instituye las medidas de apoyo vital  
Cumple indicaciones médicas  
Vigila evolución y estabilidad  
Traslada al área de evacuación  
El **jefe de enfermería** será el responsable de:

- 1- Se subordina al jefe puesto mando
- 2- La distribución de nuevo personal que llega
- 3- Permanencia del personal subordinado en las distintas áreas
- 4- Calidad del trabajo enfermería
- 5- Jerarquizará el suministro por parte de la central de esterilización y farmacia del material necesario para el tratamiento ininterrumpido en las distintas áreas de tratamiento
- 6- Recorrerá frecuentemente las diferentes áreas para identificar problemas y necesidades

**JEFE ADMINISTRATIVO**  
**TARJETA DE FUNCIONES ANTE RECEPCIÓN MASIVA DE HERIDOS**

Pondrá en práctica el plan de aviso acorde las instrucciones del jefe de la guardia  
 Coordinará la búsqueda de personal de apoyo  
 Asegurará o jerarquizará la labor del personal encargado y los recursos (*agua, electricidad, combustible, ropas, mantenimiento etc*)  
 Establecer consumo mínimo de las necesidades de agua, comida y energía deben ser establecidas por día  
 Coordinará la búsqueda de camillas u otro medio de transporte dentro de la institución  
 Apoya el plan de expansión de áreas de atención de urgencias  
 Coordina la entrega de equipos, material y medicamentos extra  
 Coordina con el personal de protección el acceso de personal a la institución y áreas de trabajo  
 Habilita la sala de observación para el incremento de pacientes  
 Mantiene comunicación con el puesto de mando

**TÉCNICO EN COMPUTACIÓN**  
**TARJETA DE FUNCIONES ANTE RECEPCIÓN MASIVA DE HERIDOS**

Se subordinará directamente al jefe del área de clasificación  
 Mantendrá el registro de todas las víctimas admitidas en la clasificación y registrará:

- Número de identificación
- Nombre en lo posible
- Sexo y edad en lo posible
- Hora de llegada
- Código de la lesión asignada

Pondrá identificación (*código*) a todos los pacientes del área de clasificación

paciente es evaluado y se le confiere un código mediante un color, es conocido como TRIAGE y el mismo representa:

**CÓDIGO ROJO: PRIMERA PRIORIDAD**

Situaciones en las que existe riesgo para la vida, pero se pueden resolver con un mínimo de tiempo y con pocos recursos. Obliga a una atención inmediata.

**CÓDIGO AMARILLO: SEGUNDA PRIORIDAD**

Situaciones en las que el riesgo para la vida es menor. No requieren de un manejo inmediato para salvar su vida o sus extremidades. Aquí también se incluyen las lesiones tan severas que no tienen posibilidades de sobrevivir.

**CÓDIGO VERDE: TERCERA PRIORIDAD**

Situación en la que no existe riesgo para la vida. No requiere de atención inmediata. Estos individuos pueden ayudar en la asistencia a otros lesionados.

**CÓDIGO NEGRO: CUARTA PRIORIDAD**

Situación en la que las posibilidades de vida son nulas. Pacientes en paro cardíaco o fallecidos.

El manejo de testigos es importante pues con poco personal, pueden ayudar en tareas menores; no obstante, considere primero que todo participante de un desastre puede ser una víctima y la prioridad es la de su evaluación médica.

Un aspecto muchas veces olvidado, es el de los registros médicos; llevar todo lo relacionado con los pacientes y cómo se han manejado, además de ser una necesidad ética y legal, es imprescindible para una correcta evacuación, para la información detallada y precisa a familiares, para las estadísticas, control económico de los recursos y hasta para la evaluación de la calidad de los procesos asistenciales.

A cada paciente se le debe llenar una historia clínica simple, que recoja datos de cada uno de los puntos por donde transita, la cual idealmente con copia carbonada permitiría de forma simple tener una copia del documento, que se queda en el área de evacuación luego del traslado y la original viaja con el paciente.

**6. Actividades de áreas y personal de apoyo (*logística del desastre*)**

La tarea básica de un sistema de logística es la de entregar el suministro apropiado, en buenas condiciones, en las cantidades requeridas y en los lugares y momento en que se necesitan. Esta puede llegar desde las reservas de la unidad, del sistema de salud y de la Defensa Civil, hasta de instituciones no gubernamentales.

Es importante que todos los recursos que lleguen a la institución sean controlados por el Puesto de Mando y distribuidos equitativamente según las necesidades. En tal sentido, se pueden crear unidades de apoyo para tareas como:



Grupos electrógenos, agua potable, combustible, alimentos, comunicaciones, etc. Es función del jefe del puesto de mando y del comité a él subordinado, el manejo coherente de la logística. Tan pronto se pueda, deben comenzar a trabajar aceleradamente los departamentos, como la central de esterilización, almacenes de insumos y material gastable pues ante una gran demanda las reservas pronto se agotarán.

Para zonas alejadas o rurales y en especial vulnerables, sería adecuado que se mantuvieran, un saldo mínimo de medicamentos, material de curaciones y de inmobilizaciones para poder hacer frente a la situación; este material estará acorde con el tipo de desastre frecuente en la zona.

### 7. Evacuación controlada

La organización de la evacuación comprende los procedimientos implementados para el traslado seguro, rápido y eficiente de las víctimas en los vehículos apropiados, a los hospitales adecuados y preparados para recibirlos, en ello es muy importante la coordinación y comunicación entre las instituciones de salud. El puesto de mando debe conocer la disponibilidad de camas en los hospitales y otras instituciones de salud, pues se trasladan los Códigos Rojos y Amarillos a los hospitales en especial si el evento es traumático y los Verdes a otro policlínico cercano o institución preparada para la recepción.

Normalmente son la primera prioridad (*Código Rojo*) para traslado inmediato:

- Necesidad de cirugía para sobrevivir
- Necesidad de cirugía para salvar funciones
- Víctimas que necesitan ventilación mecánica

El área de evacuación debe tener el registro de cada paciente trasladado, condiciones y su destino.

### 8. Establecimiento de mecanismos de información para familiares, autoridades y prensa

La información, en especial a la población, familiares, medios de prensa, personalidades y el resto de las instituciones debe ser brindada por la persona designada para esta tarea desde el puesto de mando; esta es previamente conciliada con las diferentes áreas y verificada y entregada a las autoridades de la Defensa Civil para su divulgación.

Puede ser necesario establecer partes cada determinado tiempo, lo cual evitaría desconcierto, desinformación y congestión de las líneas ante la gran cantidad de llamadas al centro.

### 9. Cese de la evacuación y fase recuperativa

El sistema concluye cuando las víctimas han recibido toda la atención requerida y aunque no es actividad de la institución hay que tener presente la atención médica en albergues y áreas donde estén enfermos convalecientes.

El cese de las actividades es definido por el jefe del puesto de mando de acuerdo con la situación y las orientaciones de los organismos superiores y de la Defensa Civil.

Por último, otro aspecto importante es que **la comunidad** es generalmente el primer respondiente y por tanto debe ser entrenada para minimizar las pérdidas humanas en caso de emergencias y desastres.

## PROGRAMA PARA ENFRENTAR UN DESASTRE INTERNO

En las situaciones en que el desastre se encuentra en el interior de las instalaciones de salud o la institución forme parte de un desastre externo, es necesario diseñar un sistema de alerta que no cause pánico, pero que oriente rápidamente al personal en cómo enfrentar la situación que puede incluir la evacuación parcial o total del inmueble.

Los métodos más comunes son aviso por altoparlante, sistema de audio, sonido intermitente del timbre o a viva voz, en este se indica las diferentes alertas:

**Alerta Roja** (*indica fuego*): Defina el lugar y vía de evacuación.

**Alerta Amarilla** (*indica sismo o derrumbe*): Defina el lugar y vía de evacuación.

**Alerta Azul** (*indica inundación*): Defina el lugar y vía de evacuación.

**Alerta Blanca** (*indica desastre químico*): Defina el lugar y vía de evacuación.

### Actividades a realizar durante un desastre interno

- Recepción del aviso y verificación
- Datos para la evaluación: Tipo de evento, localización, hora de inicio y número probable de víctimas
- Información al jefe de guardia y activación escalonada del plan de aviso
- Reunión del comité para los desastres (*evaluación de la magnitud y tipo de respuesta*)
- Activación del puesto de mando
- Definición del sitio de evacuación y zonas de seguridad
- Activación de las brigadas de trabajo
- Evacuación parcial o total (*pacientes, personal de salud y medios*)
- Información a las autoridades

Como se observa, frente a esta situación, se mantienen los primeros pasos similares al desastre externo, pero es necesario conformar (*ideal estructurarlos previamente*) al menos 5 grupos de trabajo:

**Brigada contra incendios:** Combate el incendio en cualquier lugar hasta la llegada de los bomberos.

**Brigada para el control de fluidos y energéticos:**

Limitar la entrada de fluidos o fuentes de energía al área del desastre sin restringirlos en las áreas de asistencia médica (*electricidad, combustible, oxígeno, etc.*).

**Brigada de asistencia médica:** Conformada por el equipo de guardia, intervendrá en las nuevas condiciones en la asistencia de las víctimas con compromiso vital.

**Brigada de evacuación:** Integrada por al menos 2 personas que valorarán las condiciones necesarias para indicar el momento preciso de evacuación del área afectada, garantizarán que la misma sea con el máximo de seguridad y trasladarán el personal y los equipos médicos necesarios hacia las zonas o locales convenidos.

**Brigada de seguridad:** Provee las condiciones de seguridad a los involucrados en el siniestro, la de los bienes materiales, documentos, etc.

**Comités para casos de desastres**

Un aspecto decisivo en el enfrentamiento a la gran emergencia y desastres es el trabajo de los comités locales (*municipales*) para catástrofes, si estos funcionan los resultados pueden ser muy satisfactorios, los mismos deben estar dirigidos por la máxima autoridad del área, tienen funciones de planificación, organización, dirección y de control. Entre sus tareas están:

- Integrar el plan contra desastres de las diferentes unidades de salud
- Poner en práctica los lineamientos discutidos y aprobados en las guías de buenas prácticas
- Organizar junto con el SIUM las actividades en el lugar del siniestro
- Definir las funciones y áreas de trabajo en las diferentes unidades de salud
- Realizar simulacros dentro y fuera de las instituciones de salud del territorio, en colaboración con otros organismos bajo la coordinación de la Defensa Civil
- Conformar y actualizar las diferentes brigadas de trabajo ante situaciones de desastre
- Diseñar y promover cursos u otras formas de capacitación para el personal de salud del territorio
- Definir los desastres potenciales para la región y hacer documentación y plan de actuación
- Elaborar el diagnóstico de riesgo de los inmuebles
- Definir las medidas a tomar frente a posibles desastres químicos dentro del territorio
- Promover la cultura frente a los desastres, la presencia de medios de protección y las medidas de seguridad del personal y del inmueble
- Jerarquizar la actualización de los planes de acción, directorios y planes de aviso
- Evaluar sistemáticamente las actividades del sistema frente a eventos reales para el perfeccionamiento del sistema

- Contribuir a mantener la condición de “Unidad y municipio listo para enfrentar desastres”
- Promover intercambios de colaboración con otras instituciones fuera y dentro del sector que permitan el desarrollo del programa
- Participar junto a los demás componentes del sistema de salud en el cumplimiento de las orientaciones para el restablecimiento de las condiciones normales (*Fase recuperativa*) posterior al desastre

Es de destacar que ante desastres de origen biológico como las epidemias, el sistema de organización puede cambiar pues la atención a los Códigos Rojos se mantiene en los centros de salud, pero algunos Amarillos y en especial los Verdes pueden manejarse en la comunidad (*se crean las condiciones en los hogares*) y bajo las estrategias del Ministerio de Salud Pública y la Defensa Civil la atención médica se realiza desde los consultorios del médico y enfermera de la familia.

**BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

- Organización Panamericana de la Salud. Establecimiento de un sistema de atención de víctimas en masas. Washington: OPS; 1996.
- Organización Panamericana de la Salud. Preparativos de salud para situaciones de desastres. Guía para el nivel local. Quito: OPS; 2004. (Serie Manuales y Guías sobre Desastres, N° 3).
- Noji EK. Naturaleza de los desastres: Sus características generales y efectos sobre la Salud Pública. En: OMS. Impacto de los desastres en la Salud Pública. Bogotá: Organización Mundial de la Salud; 2000.p. 3-20.
- Sosa A. Trauma y desastres. En su: Urgencias Médicas. Guías de primera intención. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.p. 154-76.
- Navarro VR, Falcón A. Manual para la instrucción del socorrista. Rodas: Damují; 2001.
- Navarro VR, Rodríguez G, Falcón A, Ordúñez PO, Iraola M. Atención de víctimas en masa, propuesta de un sistema por tarjetas de funciones. Revista cubana de salud pública 2001; 27(1): 36-44.
- Hersche B, Wenker O. Principles of Hospital Disaster Planning. The Internet Journal of Disaster Medicine. 1998; 1 (2).
- Stephenson RS. Logística. Programa de entrenamiento para el manejo de desastres. Washington DC: OPS; 1993.
- Bello B, Cruz NM, Álvarez M, Chao FL, García V. Medicina de Desastres. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.
- Pesik N, Keim M. Logistical considerations for emergency response resources. Pac Health Dialog 2002; 9(1): 97-103.
- Organización Panamericana de la Salud. Manual del comité hospitalario de mitigación y atención de desastre. Tegucigalpa: OPS; 2001.
- Woersching JC, Snyder AE. Earthquakes in El Salvador: a descriptive study of health concerns in a rural community and the clinical implications--part II. Disaster Manag Response 2004; 2(1):10-3.