



# ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA MÉDICA EN EL ESCENARIO DEL DESASTRE

*Dr. Víctor R. Navarro Machado \**

*Dr. Gabriel M. Rodríguez Suárez \*\**

*Dr. Alvaro Sosa Acosta \*\*\**

## Introducción

En los últimos años, nuestro país ha puesto especial interés en la organización de planes y capacitación para las distintas variantes de situaciones de desastres. Para el sector salud y en especial para la los Servicios Médicos de Urgencia (SMU), la presencia de víctimas en masa necesita de una respuesta rápida y efectiva desde los primeros momentos.

Para el enfoque de la respuesta, se incluyen una serie de principios que se inician con un proceso de alerta y plan de aviso coherentes, a lo que siguen las actividades en el lugar del siniestro, los enlaces de la organización prehospitalaria y hospitalaria, el manejo de las evacuaciones primarias y secundarias y la recepción de las víctimas en los centros de salud. Todo ello, basado en procedimientos preestablecidos para la movilización de recursos y el adiestramiento específico del personal de respuesta en sus diversos niveles e incluye además enlaces entre todos los componentes para una respuesta multisectorial.

En toda la cadena asistencial, las metas fundamentales son: Salvar la mayor cantidad de vidas, no causar más daños que los ya existentes y resolver la situación en el menor tiempo posible.

Muchas vidas se han perdido en situaciones de desastre porque no se movilizaron a tiempo y eficientemente los recursos. El reto planteado es: Cuanto más escasos son los recursos más eficiente debe ser la organización.

En el tema anterior, se describen los conceptos de Desastre, gran emergencia y su clasificación, por lo que consideramos oportuno no repetirlos.

Se considera **Atención prehospitalaria de víctimas en masa**, al conjunto de procedimientos aplicados en el foco del evento adverso, las unidades de salud de la Atención Primaria de Salud y durante el transporte asistido. En el escenario, la actividad sanitaria con las víctimas la inicia la comunidad (*testigos o participantes*), a lo cual le siguen el Servicio de Emergencia Médica Móvil (SEMM), Brigadas Médicas del SIUM y profesionales y técnicos que son movilizados por los puestos de mando de Salud y la Defensa Civil. Los principios aquí expuestos son válidos para su aplicación por cualquiera de los participantes y debe iniciarse con el primero en arribar. Este trabajo se centrará en la labor de los SMU en el sitio del escenario, en especial para los desastres de presentación súbita o rápidos, que es donde tiene un papel inicial más protagónico.

## Organización de los servicios de urgencia médica en el escenario

Metodológicamente las actividades las dividiremos en dos grupos:

- Actividades relacionadas con el escenario
  - Proceso de alerta
  - Activación y movilización de planes y recursos
  - Logística para el desastre
- Actividades en el lugar del siniestro
  - Evaluación de la situación
  - Seguridad
  - Definición de zonas de acceso
  - Definición de áreas de trabajo
  - Búsqueda y rescate
  - Asistencia médica en el escenario
  - Comunicaciones
  - Manejo de la información
  - Evacuación controlada

### Actividades relacionadas con el escenario

#### Proceso de alerta

Es la secuencia de actividades ejecutadas para lograr la movilización eficaz de los recursos adecuados e incluye la advertencia inicial, la evaluación de la situación y la difusión del mensaje de alerta. En esta fase, las organizaciones involucradas en la respuesta del desastre y la población potencialmente afectada, son notificadas.

En nuestro sistema de salud, el aviso de catástrofe puede ser emitido por planta de radio, vía telefónica o verbalmente por instituciones o miembros de ellas como MINSAP (*Ministerio de Salud Pública*), PNR (*Policia Nacional Revolucionaria*), DC (*Defensa Civil*), Departamento de Bomberos e incluso por un observador ocasional. La información se verificará siempre. Tras esta comprobación los puestos de mando, incluido el Centro

\* 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. Master 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

Coordinador Provincial de la Emergencia Médica (CCPEM), se activarán, se desencadenarán los planes de aviso según tipo y magnitud del evento, se iniciará el envío de recursos humanos y el transporte sanitario al sitio del evento, y se establecerá la coordinación intersectorial y con los centros de salud implicados.

La información solicitada por el puesto de mando o CCPEM al que reporta el incidente debe incluir:

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

#### **Activación y movilización de planes y recursos**

Este principio es vital para evitar improvisaciones que generalmente llevan al caos, a veces por exceso y otras por defecto. En algunos países desarrollados, tras la confirmación del accidente o fenómeno, se envía a la escena un Puesto Móvil con personal entrenado quien en un primer momento brindará los elementos necesarios para una adecuada respuesta (*personal y recursos*) y creará el primer puesto de mando en la escena. En Cuba, la práctica es el envío escalonado de ambulancias (*acorde a la magnitud*) que recogen tripulaciones y recursos desde sus bases, CCPEM o policlínicos; pero sin dejar desprovista del servicio a la población. Por ello, es importante, tener registrado y localizable al personal paramédico, de enfermería, médico y socorristas entrenados, para crear nuevas tripulaciones y convertir ambulancias y vehículos básicos en intermedios o avanzados.

Para la respuesta, es necesario además tener algunas consideraciones como: Horario del día, condiciones del tiempo, vías de acceso y su estado, rutas hacia los centros de salud, las llamadas múltiples y los reportes de casos atrapados. Todo lo anterior hace posible la planificación de la llegada.

Un elemento que conspira contra el SEMM en países con escasos recursos es el de disponer de pocas ambulancias. Una solución es tener un inventario de las ambulancias disponibles tanto del sistema como de otros organismos y entidades con los que es necesario establecer convenios de colaboración, en especial de los bomberos, equipos de rescate, empresas, las Fuerzas Armadas, etc. Lo que no se planifica no se tendrá después.

Otra actividad es el contar con el material y recursos médicos listos para la salida al escenario. Se debe tener en cuenta que con el inicio de la movilización se dispondrá de poco tiempo para el reabastecimiento y todas las unidades necesitarán de sus reservas. Para el manejo de casos en el escenario los recursos deben empacarse en completos (*paquetes con todos los recursos completos para un número*

*fijo de víctimas [5,10,20,etc.]*), según características de los desastres esperados y de los territorios, estos medios deben actualizarse por uno de los miembros del Comité de Desastres del SEMM.

#### **Logística para el desastre**

Esta puede llegar desde varios lugares, en primer lugar de las reservas de los servicios médicos y de la Defensa Civil. Es importante que todos recursos que lleguen al sitio del siniestro sean controlados por el Puesto de Mando y distribuidos equitativamente según las necesidades. En tal sentido, se pueden crear unidades de apoyo con grupos electrógenos, agua potable, etc.

Ante la necesidad de un apoyo más profesional, el Puesto de Mando puede solicitar la activación de grupos especiales para la búsqueda y rescate en condiciones difíciles, grupos toxicológicos, etc.

#### **Organización de las actividades en el lugar del siniestro**

La organización de las actividades en el lugar del siniestro incluye la serie de pasos ya enunciados y que a continuación explicaremos.

#### **Evaluación de la situación**

Una vez conocido el evento y sus elementos iniciales mediante el proceso de alerta, el movimiento a la escena se hace manteniendo la evaluación de la situación, observando las características del entorno para la protección y seguridad, analizando las diferentes variantes de acceso al lugar para ganar en rapidez sin arriesgar la vida, la búsqueda de información para solicitar ayuda o para la activación de los planes contra catástrofes si esto no estaba realizado. Con los datos obtenidos, establecer un plan, este tiene que ser flexible para que se pueda modificar cuando sea necesario de acuerdo a la situación y las necesidades que se presenten. Son preguntas frecuentes:

- La escena: ¿Cuáles fueron las fuerzas y mecanismos desencadenantes?, ¿Puedo llegar?
- La situación: ¿Por qué ocurrió?, ¿Hay otros riesgos?
- ¿Cuántas víctimas?, ¿Cuántas están graves?
- ¿Cómo llegar con el personal, equipos y recursos?
- ¿Cómo trasladar todas las víctimas, hacia adonde y con qué?
- ¿Qué apoyo se necesita?

Es importante tener en cuenta:

- Cuando están involucrados trenes o camiones de mercancías, pueden romperse contenedores con sustancias volátiles, combustibles, corrosivos o tóxicos
- La dirección del viento puede arrastrar sustancias desde grandes distancias, no ubique puntos en dirección a favor del viento



- La posibilidad de incendios
- La posibilidad de derrumbes o inundaciones
- La inestabilidad de vehículos fundamentalmente con personas adentro
- Señalizar las vías de acceso para prevenir nuevos accidentes

### Seguridad

El primero y uno de los elementos más importantes a tener en cuenta en el momento de la atención a enfermos múltiples es la seguridad. Se deben tomar todas las medidas destinadas a proteger a los encargados del salvamento, las víctimas y a la población expuesta, contra riesgos inmediatos o potenciales.

Las medidas incluyen: De acción directa, para la reducción de riesgos mediante el control de incendios, el aislamiento del material peligroso, el uso de ropa protectora y la evacuación de las poblaciones expuestas y las de acción preventiva que incluyen el establecimiento de las zonas de acceso y otras para evitar desastres secundarios, las cuales deben estar controladas por el personal de la Policía u otros órganos de seguridad.

No está recomendado arriesgar vidas innecesariamente por personal no entrenado para ello, dejar esta labor para los bomberos y las brigadas de rescate y salvamento.

#### **Precauciones para el acercamiento a la escena:**

- Aproxímese desde la parte superior de una elevación o desde la dirección del viento
- Aísle y evite el contacto con la escena si sospecha desastre químico, biológico, por fuego o con explosivos
- Esté alerta ante olores o nubes inusuales y contenedores con salideros
- No transite a través de salideros o nubes de vapor
- Mantenga a todo el personal a una distancia segura de la escena
- Aproxímese al escenario con precaución
- Parquee los vehículos ordenadamente y en posición defensiva

### Definición de zonas de acceso

En dependencia de la topografía, magnitud, características del siniestro y las condiciones climatológicas como el viento y la lluvia, se recomienda la creación de al menos tres zonas de acceso restringido y sus vías de acceso (*Anexo No. 1*):

- **Zona de impacto:** Área donde se originó el siniestro, la misma tendrá un radio no menor de 30 metros y un máximo en dependencia del tipo e intensidad del fenómeno. Esta es de acceso solo para personal de rescate y salvamento el cual deberá entrar debidamente protegido. Para los grupos de

seguridad es imprescindible la restricción de la zona en el menor tiempo posible

- **Zona de trabajo:** Con acceso permitido a trabajadores autorizados encargados de operaciones de salvamento, atención médica, mando y control, comunicaciones, servicios de ambulancias, seguridad y vigilancia. En esta área se establecerán el Puesto de Mando, el Puesto Médico de Avanzada, el Centro de Evacuación y el Estacionamiento para los diversos vehículos de emergencia y de servicios técnicos
- **Zona para personalidades,** familiares y prensa: Ubicada fuera de la zona de trabajo, está destinada a personalidades, prensa y como área de seguridad para curiosos
- **Vías de acceso y control del tránsito.** Estas deben estar debidamente señalizadas para prevenir el embotellamiento del tránsito, para que la recogida de pacientes sea en el menor tiempo posible evitando nuevos accidentes. Esta es una responsabilidad principal de los funcionarios del orden público

### Definición de áreas de trabajo

Desde el primer grupo que llega y como parte del plan inicial, se deben identificar las diferentes áreas dentro de la zona de trabajo, así como sus accesos (*Anexo No. 1 y 2*), ello permite un trabajo más organizado y evita la duplicidad de funciones. Cada una, idealmente, debe disponer de un jefe.

Aunque la mayoría de los desastres se ajustan a la estructura planteada, algunos como los químicos necesitan de áreas de descontaminación (*Zonas caliente y tibia*) antes de pasar al paciente a otras áreas (*Zona fría*) o a las instituciones de salud.

- **Área de búsqueda y rescate:** Ubicada dentro o cerca de la zona de impacto, tiene como objetivos: La localización de víctimas, su retiro de sitios peligrosos y traslado a los lugares de acopio, evaluación preliminar del estado clínico, prestar los primeros auxilios y traslado al puesto médico de avanzada, de ser necesario. Esta área la dirigen los bomberos o grupos de rescate y salvamento, pues son los que cuentan con los medios y la experiencia para ello. Cuando el área de impacto es extensa o cuando presenta riesgos evidentes, puede ser necesario dividirla en áreas de trabajo más pequeñas que evacuarán a un punto intermedio (*Área de acopio*), en el cual socorristas y voluntarios de la Cruz Roja harán una clasificación inicial y brindarán los primeros auxilios antes de trasladar las víctimas al puesto médico de avanzada

- **Área del puesto de mando (PM):** Es una unidad multisectorial (*todas las instituciones participantes*) de dirección y control encargada de la coordinación de los diversos sectores involucrados, del enlace con los sistemas de apoyo, la supervisión del manejo de las víctimas y de brindar la información oficial sobre el incidente. Debe localizarse cerca del resto de las áreas y su personal debe tener la más alta jerarquía y el entrenamiento en este tipo de actividad. Para el sector salud, es el núcleo de comunicación y coordinación de la organización prehospitolaria. Todos los recursos que llegan (*personal o material*), deben presentarse, identificarse o entregarse en el puesto de mando para la definición de sus misiones y distribución según el plan trazado

Una de las problemáticas, en especial cuando acuden medios y personal de varias instituciones y organizaciones al escenario, es el establecimiento de los niveles jerárquicos. En general se acepta que el primero en llegar debe iniciar el trabajo de “Comandante del escenario”. Los que llegan inicialmente entregan progresivamente el mando a los jefes y coordinadores definidos según niveles de mandos y planes establecidos. En nuestro país, los máximos responsables de la coordinación de todas las actividades ante un desastre es la DC.

El **responsable de salud** del puesto de mando se subordina al coordinador general y cumple con las siguientes funciones: Supervisa la atención local de las víctimas, proporciona el enlace con el sistema de salud/médico de apoyo, asegura el suministro adecuado de recursos humanos y equipos, recibe informes del director del Puesto Médico de Avanzada, despliega y dirige al personal de salud e informa al coordinador del Puesto de Mando y a la Dirección Provincial de Salud. Todos los grupos y recursos que llegan deben contactar con este personal para recibir las misiones de acuerdo al plan general.

**Son funciones de la policía:** Asegurar el establecimiento y mantenimiento de las medidas de seguridad a efectos de mantener las zonas de acceso restringido, proporcionar el control de multitudes y tránsito, el cuidado de los recursos disponibles o desplegados en las diferentes zona, evitar el desorden social y proteger al público en general de la exposición a riesgos.

**Son funciones de los bomberos y grupo de rescate y salvamento:** Ubicar a las víctimas y retirarlas de los lugares peligrosos, pueden efectuar el Triage inicial de las víctimas y proporcionales los primeros auxilios esenciales, trasladar o jerarquizar el traslado por voluntarios de las víctimas al Puesto Médico de Avanzada y la ayuda en la atención médica cuando su trabajo inicial ha concluido.

- **Área del puesto médico de avanzada (PMA):** Consiste en un área para el tratamiento médico (*puede ser organizada al inicio por los socorristas testigos o participantes*) sencillo, ubicado a corta distancia (*50-100 m*) de la zona de impacto con el objetivo de estabilizar en el foco a las víctimas del siniestro (*el proceso abarca todos los procedimientos del apoyo vital básico y avanzado*), y organizar la evacuación hacia los hospitales u otros centros de salud preparados para recibirlos. No debe alojar un elevado número de víctimas a la vez; en promedio, el espacio debe ser suficiente para 25 víctimas y el personal de atención. Puede ubicarse en una casa, edificio, en una carpa, etc. Su superficie mínima es de 73 m<sup>2</sup>. Su estructura incluye los siguientes componentes (*Anexo No. 2*):

- Entrada: Esta debe ser fácil de identificar

- Área de recepción y clasificación: Es un área en la entrada del PMA, encargada de la clasificación o selección de los pacientes según las funciones vitales afectadas. No se atenderá a más de una víctima al unísono. El tiempo ideal para clasificar a los pacientes acostados es de menos de 3 minutos y para los de pie de 1 minuto. Está integrada por una persona altamente especializada en emergencias más un socorrista para el registro y señalización de las víctimas (*número de registro, sexo, edad aproximada, raza, Triage, hora de arribo y de entrada al área de tratamiento*). Éstas, trasladadas por camilleros, se clasificarán y enviarán posteriormente al área correspondiente. No se le aplicará ningún tratamiento en ese momento. Cuando el número de lesionados sobrepasa la capacidad del puesto médico, será necesario establecer un área de espera hasta que puedan ser atendidos

- Área de tratamiento: El PMA tendrá al menos 3 áreas para el tratamiento de enfermos, el área roja (*muy graves*), la amarilla (*menos graves*) y verde (*no graves*); las víctimas llegarán a estas áreas portando una manilla, tarjeta, esparadrapo u otra forma de señalización, con el código asignado en el área de Triage, luego serán estabilizadas hasta su traslado hacia la zona de evacuación. Un equipo de entre 2-4 personas (*médico, enfermero, socorrista, camillero*) atenderá a cada lesionado. Se podrá disponer además de un área (*Códigos Negros*) para la ubicación de los fallecidos en el PMA. El área de tratamiento deberá tener un responsable para coordinar con otras áreas, proveer de suministros, organizar la eliminación de desechos y dirigir las comunicaciones.



- **Salida.** Esta también debe ser visible, para evitar problemas en el flujo de pacientes o personal
- **Área de evacuación:** Comúnmente se ubica en la salida posterior del puesto médico de avanzada y se nutre de las víctimas recuperadas de éste. En ella los pacientes esperarán un corto tiempo antes de su evacuación. 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 recibirlas. En ello es muy importante la coordinación y comunicación entre las instituciones de salud y la zona del siniestro. Durante su estancia y 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. El responsable de esta área llevará el control de cada paciente, definirá el destino más adecuado y la prioridad para su traslado. La evacuación deberá ser controlada por prioridades vitales (*primero los Códigos Rojos, luego Amarillos y Verdes*), de forma escalonada a intervalos de 3-5 minutos, siempre que la gravedad lo permita, con lo cual se evita la aglomeración de casos en los servicios hospitalarios de urgencia
- **Área de espera:** Para ambulancias y otros recursos cercanos a donde se puedan generar demandas, también hay que tener en cuenta que puedan aterrizar helicópteros y el personal de esta área debe crear las condiciones para un correcto aterrizaje y despegue. En estas, los paramédicos conductores deben: Permanecer en el vehículo en todo momento, responder con prontitud a las directivas del responsable de transporte del cual recibe indicaciones (*es el jefe del área*), asegurar que el vehículo esté estacionado en el área designada y listo para partir y transportar a los pacientes de conformidad con las reglas e instrucciones de seguridad

### Búsqueda y rescate

Esta tarea pertenece a los grupos de rescate y salvamento, bomberos y grupos especiales de la Defensa Civil. Las técnicas de rescate también se rigen por un grupo de principios dentro de los cuales están: Evaluación de la situación y realización de círculos de exploración, establecimiento de áreas para personas y equipos,

estabilización de la escena ante situaciones que puedan provocar víctimas secundarias, establecimiento de vías para el acceso mantenido a pacientes, extracción en especial si están atrapados y apoyo vital básico si necesario.

### Asistencia médica en el escenario

Esta incluye una serie de actividades que van desde el Triage (*descrito en el tema anterior*), el manejo de testigos, el Apoyo Vital Básico en las áreas de rescate y salvamento, el manejo de cadáveres, los registros médicos hasta la atención médica calificada en el PMA y la actividad de las Brigadas Médicas del SIUM (*BM-SIUM*). Si bien la asistencia médica se inicia con la autoayuda por parte de los involucrados, la presencia de socorristas y técnicos de la salud pueden iniciar el apoyo vital básico, hasta la llegada de otro personal en ambulancias intensivas o las BM-SIUM.

- Clasificación (*Triage*) por prioridad vital

Toda víctima de un siniestro debe ser evaluada y clasificada según la presencia de problemas o lesiones que representan un mayor o menor riesgo para la vida. Existen tres áreas fundamentales de clasificación: Las de acopio, de clasificación en el puesto médico de avanzada y la de evacuación. Una forma rápida para clasificar víctimas múltiples en un inicio se muestra en el Anexo No. 3.

- Manejo de testigos

El manejo de testigos es muy importante pues por un lado pueden iniciar la asistencia a las víctimas, brindar información de lo sucedido, de las características del terreno y de la población; pueden ayudar en labores como señalización, establecimiento de límites de las zonas, traslado de lesionados y en medidas de apoyo vital básico. Pero por otro lado, si no son debidamente organizados y seleccionados pueden entorpecer las labores e incluso convertirse en víctimas secundarias.

Si el testigo fue parte del evento, debe ser evaluado como si fuese una víctima más. Hay un grupo de testigos que no son útiles por lo que hay que separarlo del resto, dentro de los que se encuentran: Los alarmados, los deprimidos y los hiperactivos.

- Atención médica a las víctimas

La atención de las víctimas puede iniciarse en cualquiera de los puntos del siniestro o durante el traslado. Podemos brindar apoyo vital básico en:

- Zona de impacto, antes de movilizar las víctimas
- Área de acopio
- Áreas de tratamiento del puesto médico de avanzada

- Durante el traslado en ambulancias u otros vehículos

El apoyo vital avanzado debe realizarse en el puesto médico de avanzada por personal más calificado. Son actividades médicas principales. El manejo de la ventilación, respiración y circulación; también la analgesia, vendaje de heridas y la inmovilización de lesiones. Tan pronto como el paciente sea trasladable, debe transportarse al hospital adecuado y con los recursos y en la ambulancia adecuados.

- Brigadas médicas del SIUM

En cada provincia puede estar formada una brigada con personal de salud para casos de desastres, la cual bajo la dirección del SIUM debe presentarse en corto tiempo (30-50 minutos) en el lugar del desastre. En algunas provincias esta brigada parte de los hospitales, pero si existe la disponibilidad de personal capacitado en la atención primaria es preferible a debilitar los recursos hospitalarios que son necesarios para la respuesta en estas instituciones.

Este es un grupo mixto (*médicos, enfermeros, socorristas, camilleros*) de aproximadamente 20 personas, con entrenamiento en emergencias, las cuales son transportadas al sitio del evento para participar principalmente en el trabajo del PMA. Deben tener autonomía para el manejo inicial de 25-50 víctimas graves.

- Manejo de los cadáveres

En el escenario no se debe ni manipular ni movilizar los cadáveres, esto es función del grupo de Medicina Forense y la policía. Si fallecen luego del rescate, se ubican en la zona designada para ello en el área de Código Negro del PMA bajo la custodia preferentemente de la policía.

- Registros médicos

Este es un aspecto que además de ético y legal, se entrelaza con lo relacionado a la información, es necesario tener un aproximado de lo hecho con los pacientes en especial para datos posteriores a familiares, cierre de estadísticas y hasta para control económico de los recursos.

A cada paciente se le debe confeccionar una historia clínica fácil de llenar que recoja datos de cada uno de los puntos por donde transita. Nuestra propuesta es el modelo de la siguiente página, el cual con copia carbonada permite de forma simple tener tres copias del documento, una que lleva al hospital, una que se queda en el área de evacuación luego del traslado y otra para los archivos del SEMM.

### Comunicaciones

Las mismas tienen una importancia vital en la coordinación y la eficacia del sistema. Son necesarias las

comunicaciones del puesto de mando del sitio del siniestro con la totalidad de las áreas de trabajo, con el resto de los puestos de mando y con las unidades móviles; para ello podrán utilizarse las plantas de radio de las ambulancias, la policía o teléfonos desde un punto localizado estratégicamente también puede hacerse visualmente o mediante un individuo que sirva de enlace.

### Manejo de la información

Tan pronto se confirme la presencia de un desastre, los centros coordinadores de la emergencia o urgencia municipales o provinciales brindarán toda la información posible a los puestos de mando provinciales, PNR, DC y otros organismos relacionados. Para la movilización oportuna de los recursos necesarios, la información debe fluir en cascada hacia los niveles superiores y subordinados.

La información, en especial a la población, medios de prensa, personalidades y el resto de las instituciones debe ser única y se facilitará por la persona designada del puesto de mando.

### Evacuación controlada

Esta comprende los procedimientos implementados para la transferencia segura, rápida y eficiente de las víctimas, en los vehículos apropiados, a los hospitales adecuados y preparados para recibirlas. En sentido general el responsable de esta área notificará al jefe médico del PM el estado de los pacientes y sus necesidades de tratamiento definitivo y de transporte quien con información sobre disponibilidad de camas, quirófanos, etc. coordinará con las instituciones receptoras a las que informará lo que va a recibir.

El médico del PM transmitirá el lugar de destino al jefe del área de evacuación quien a su vez le proporcionará al jefe de transporte la siguiente información: Tipo de vehículo requerido, tipo de tripulación requerida y destino. El jefe de transporte notificará al área de evacuación si el tipo de transporte requerido está disponible y las variantes si no se cuenta con el transporte o la tripulación adecuados; entre ambos decidirán si el traslado procede en ese momento. El jefe de transporte notificará al Puesto de Mando cada vez que se transfiera una víctima.

Una variante aplicada en nuestra provincia es dirigir los pacientes con Código Verde hacia el policlínico más cercano geográficamente al escenario o a uno predefinido cerca del hospital provincial. Estas víctimas no deben ser trasladadas a los hospitales principales, para evitar sobrecarga o distracción de los servicios en hospitales.

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

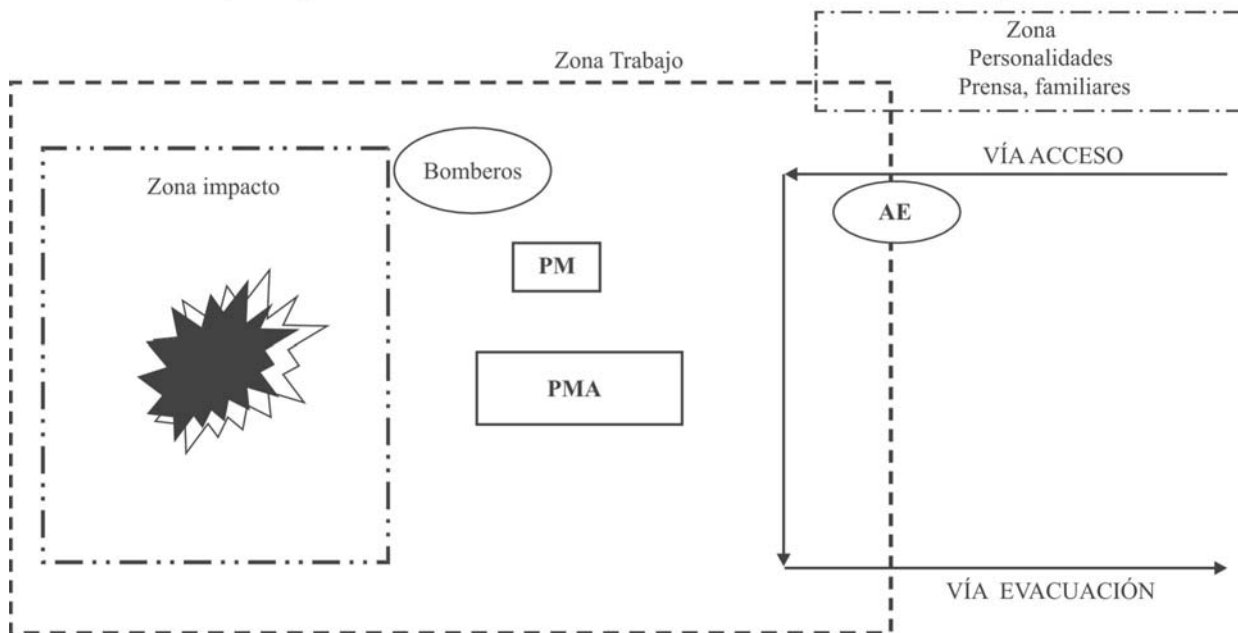
- Necesidad de cirugía para sobrevivir
- Necesidad de cirugía para salvar funciones
- Víctimas que necesitan cuidados intensivos

**SISTEMA INTEGRADO DE URGENCIAS MÉDICAS  
Historia Clínica para DESASTRES**

DATOS GENERALES									
<b>Nombre:</b>								Desconocido:	
<b>Sexo:</b>	Masc	Fem	<b>Edad:</b>	Años	Meses	Desconocido	<b>Fecha:</b>		
<b>Incidente:</b>	Municipio			Localidad:			<b>Hora:</b>		
Tipo de Incidente:									
ÁREA de TRIAGE									
<b>Código</b>	Rojo	Amarillo	Verde	Negro	Hora:		<b>Paciente No:</b>		
Asistencia previa:		Sí	No	<b>Problemas principales:</b>					
<b>Responsable</b> Nombre:			Calificación:			Firma:			
ÁREA ATENCIÓN MÉDICA									
<b>Parámetros</b>	Inicio	Hora	Hora	Hora	<b>Procederes generales</b>				
<b>Hora</b>					Vendaje	Oxígeno %	ECG		
Frecuencia respiratoria					Inmovilización	Aspiración	Reanimación		
Características respiración					Collarín cervical	Intubación	Cardioversión		
SaO <sub>2</sub>					Tabla espinal	Ventilación	Defibrilación		
Frecuencia cardiaca					Sonda uretral	Aerosolterapia	Otros		
TA sistólica					Sonda levine	Monitorización			
TA diastólica					<b>Fluidos endovenosos</b>		Volumen:	Hora	
Sangramiento									
Mejor respuesta ocular									
Mejor respuesta verbal									
Mejor respuesta motora									
Escala coma Glasgow					<b>Medicación administrada</b>		Dosis	Vía	Hora
Trauma Score Revisado									
Reacción pupilar	oO	oO	oO	oO					
Otros:									
<b>Código</b>									
<b>Responsable</b> Nombre:			Calificación:			Firma:			
ÁREA de EVACUACIÓN									
<b>Parámetros</b>	Inicio	Hora	Hora	Hora	<b>Procederes generales</b>				
<b>Hora</b>									
Frecuencia respiratoria:									
SaO <sub>2</sub>									
Frecuencia cardiaca:									
TA Sistólica:									
TA Diastólica:					<b>Medicación administrada</b>		Dosis	Vía	Hora
Mejor respuesta ocular:									
Mejor respuesta verbal:									
Mejor respuesta motora:									
Escala coma Glasgow:									
Trauma Score Revisado:									
<b>Código</b>									
<b>Responsable</b> Nombre:			Calificación:			Firma:			
DETALLES DEL TRASLADO									
<b>Destino:</b>					<b>Ambulancia No:</b>				
<b>Código</b>	Rojo	Amarillo	Verde	<b>Hora de salida:</b>					
<b>Responsable</b> Nombre:			Calificación:			Firma:			

Anexo No 1.

**ESQUEMA GENERAL DE ORGANIZACIÓN EN EL ESCENARIO**

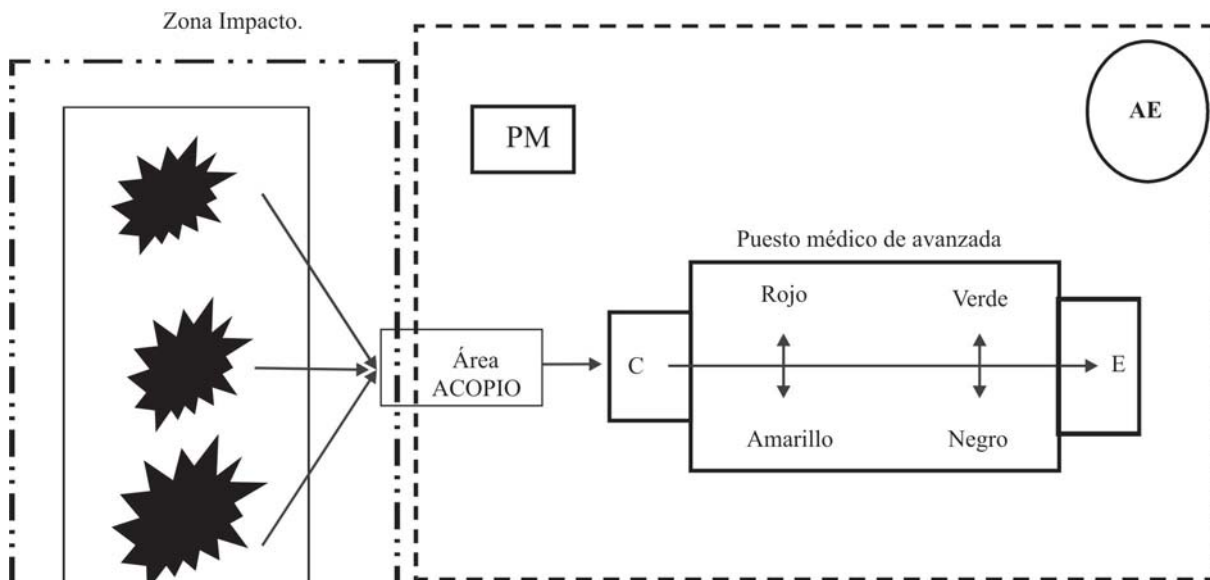


**Leyenda**

- PM: Puesto de mando
- PMA: Puesto médico de avanzada
- AE : Área de espera

Anexo No 2

**ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA MÉDICA EN EL ESCENARIO ZONA DE TRABAJO**



**Leyenda**

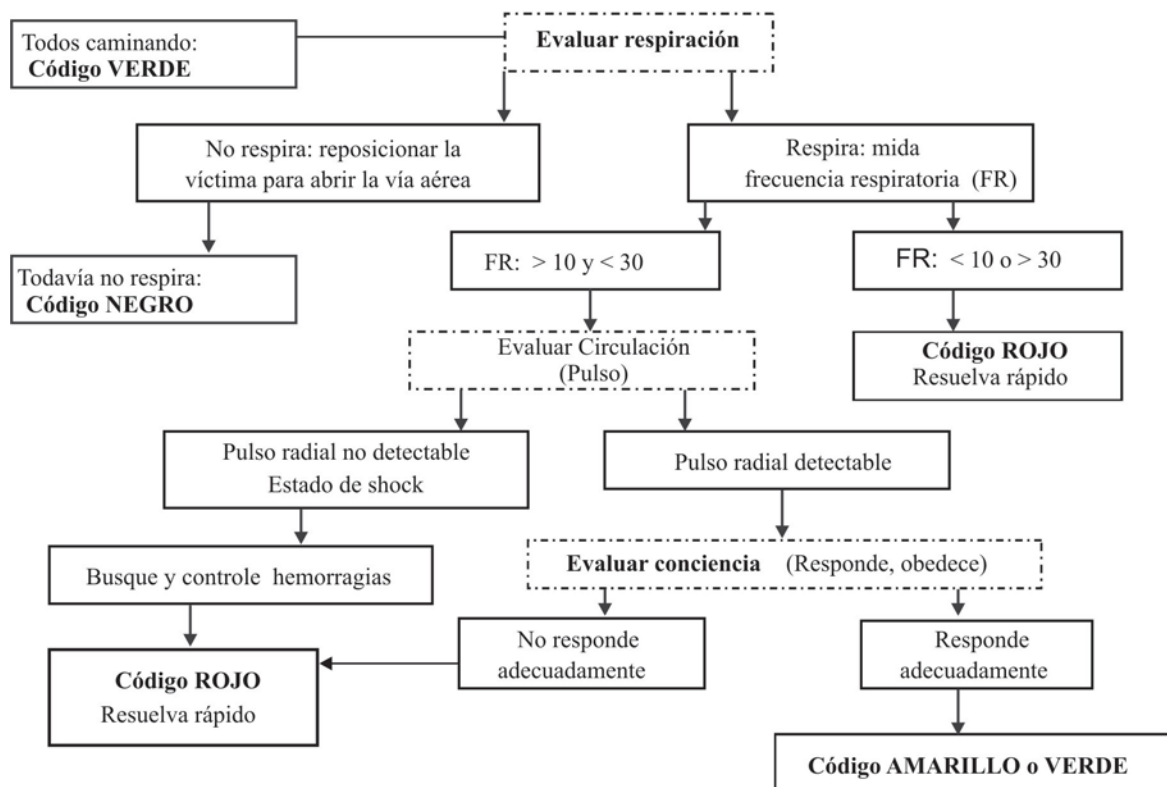
- AE: Área de espera
- C: Área de clasificación
- E: Área de evacuación
- PM: Puesto de mando





Anexo No. 3

**ESQUEMA DE CLASIFICACIÓN PARA VÍCTIMAS MÚLTIPLES**



**BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

- Navarro VR, Falcón A. Organización de un sistema de atención a víctimas en masa. En su: Manual para la instrucción del socorrista. Rodas: Damují; 2001: 117-26.
- Bindman AB. Triage in accident and emergency departments. BMJ 1995; 311:404.
- Kennedy K, Aghababian RV, Gans L. Triage: Techniques and applications in decision making. Ann Emerg Med 1996; 28(2): 136-144.
- Hersche B, Wenker O. Principles of Hospital Disaster Planning. The Internet Journal of Disaster Medicine. 1998; 1 (2).
- Lerner EB, Billittier AJ, Sikora J, Moscati RM. Use of a geographic information system to determine appropriate means of trauma patient transport. Acad Emerg Med 1999 Nov; 6(11): 1127-33.
- Marrow J. Triage and casemix in accident and emergency medicine. Eur J Emerg Med 1998 Mar; 5(1): 53-8.
- Organización Panamericana de la Salud. Establecimiento de un sistema de atención de víctimas en masas. Washington: OPS; 1996.
- Organización Panamericana de la Salud. Grupo de Trabajo de Expertos en Políticas de Desarrollo en sistemas Nacionales de Servicios de Urgencia Médica: Informe de la reunión de Expertos (10-12 de septiembre de 1997, México). Washington: División de desarrollo de sistemas y servicios de salud; 1998 (serie 13): 11-13.
- Organización Panamericana de la Salud. Organización de los servicios de salud para situaciones de desastres. Washington: OPS; 1983 (Publicación Científica No 443).
- Rici E, Pretto E. Assessment of prehospital and hospital response in disaster. Disaster Clinical Care Clinics 1991; 7(2): 471-84.
- Salk ED, Schriger DL, Hubbell KA. Effect of visual cues, vital signs, and protocols on triage: a prospective randomized crossover trial. Ann Emerg Med 1998; 32(6): 655-64.
- Sturm J. Multiple trauma and the management structure Zentralbl Chir 1999; 124(11): 1030-5.
- Federación Aragonesa de Solidaridad. En: La Ayuda Humanitaria Internacional. FAS. Zaragoza, 2003.
- Organización Panamericana de la Salud. Aspectos básicos de los planes de emergencia para el nivel local En: Preparativos de salud para situaciones de desastres). OPS Washington: DC; 2003.p. 23-43 (Serie Manuales y Guías sobre Desastres, N° 3).
- Organización Panamericana de la Salud. Coordinación de las actividades de respuesta ante un desastre y evaluación de las necesidades de salud. En: Los desastres naturales y la protección de la salud. OPS Washington: DC; 2000.p. 33-41.
- Sosa A. Trauma y desastres. En: Urgencias Médicas. Guías de primera intención. La Habana, Ciencias Médicas; 2004: 154-76.
- Hersche B, Olivier C, Wenker OC. First Aid Station (FAS). The Internet Journal of Disaster Medicine 2000; 1(1).
- Stumpf J. Incident Command System: The History and Need. The Internet Journal of Rescue and Disaster Medicine 2001; 2 (1).