

ATENCION MEDICA *PREHOSPITALARIA*



para casos de desastres

ATENCION MEDICA
PREHOSPITALARIA

para casos de desastres

**ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIA
PARA CASOS DE DESASTRE**

**Una presentación del
Programa de Preparativos
para Situaciones de Emergencia
y Coordinación del Socorro
en Casos de Desastre
OPS/OMS**

ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIA PARA CASOS DE DESASTRES

1. **ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIA PARA CASOS DE DESASTRE**

2. **DEFINICION DE DESASTRE**

La Organización Panamericana de la Salud define como desastre, para fines operativos, a un fenómeno ecológico repentino de magnitud suficiente que requiera asistencia externa.

3. Otra definición operativa dice que un desastre es todo suceso que causa destrucción y zozobra ocasionando demandas que exceden la capacidad de respuesta de la comunidad afectada. Generalmente, los desastres tienen un efecto imprevisto, grave e inmediato sobre la salud. A menudo el número de víctimas es considerable y la respuesta a la demanda de asistencia inmediata requiere una eficiente planificación y organización de los servicios de salud.

4. **CLASIFICACION DEL DESASTRE**

Por su naturaleza, los desastres se clasifican como:

- Naturales y
- Provocados por el hombre

5. **DESASTRES NATURALES**

Según su tipo se pueden dividir en:

Tectónicos: Terremotos, tsunamis, y erupciones volcánicas

Meteorológicos: Huracanes, sequías e inundaciones

Topológicos: Avalanchas y deslizamientos

6. **DESASTRES PROVOCADOS POR EL HOMBRE**

Hasta ahora no existe una clasificación uniforme. Por su naturaleza y el efecto que producen, se pueden dividir en:

- Contaminaciones químicas
 - Intoxicaciones masivas
 - Incendios
 - Víctimas de la violencia social
 - Explosiones
-

7. LA ATENCION MEDICA EN EL SITIO 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 y estabilización 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.

8. 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 está 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.

9. 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, brigadas de la Cruz Roja, brigadas móviles de los hospitales, servicios médicos de emergencia 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.

10. FUNCION DEL PUESTO DE COMANDO

Las funciones esenciales que desempeña un puesto de comando son: Evaluar en forma preliminar la magnitud del desastre, coordinar la atención médica de emergencia, delimitar la zona afectada, establecer medidas de seguridad y una red coordinada de comunicaciones de emergencia, regular el tráfico y crear el puesto de información pública y al de la prensa. Las organizaciones o brigadas de socorro que colaboran en la zona del desastre deben asignar un representante al puesto de comando. Todo el personal asignado al puesto de comando debe utilizar un distintivo que lo identifique claramente.

11. COORDINADOR MEDICO EN EL PUESTO DE COMANDO

Las acciones de salud en la zona de desastre deben estar a cargo de un médico con experiencia en el manejo de gran cantidad de víctimas y la toma de decisiones en situaciones de emergencia. En ausencia de un médico, una enfermera calificada o un paramédico con amplia experiencia podría estar a cargo. En una comunidad organizada que cuenta con un plan para casos de desastre, la designación de la autoridad médica y su rol de coordinador está ya preestablecido. El coordinador médico, como parte del puesto de comando, tiene la responsabilidad de organizar y coordinar la atención médica de emergencia, lo mismo que la movilización y transporte de las víctimas desde el sitio del desastre hacia los hospitales. Este coordinador debe ser un profesional a quien se le otorgue la suficiente autoridad sobre el personal médico y paramédico para que asigne tareas y áreas de acción al personal de servicio y a los médicos de emergencia. El coordinador médico trabaja en estrecha cooperación con el facultativo encargado de separar a los pacientes por categoría de emergencia y el auxiliar coordinador del transporte.

12. SEGURIDAD

Tradicionalmente la seguridad del área del desastre recae en la autoridad policial y sus agentes. Su función principal es la de asegurar que solo 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.

13. COMUNICACIONES

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 participantes. El puesto de comando debe tomar el control de las comunicaciones y la canalización de las órdenes establecidas. En desastres de gran magnitud las fuentes alternas de comunicación, como la red de radio aficionados, constituyen un valioso elemento de apoyo.

14. TRANSPORTE

La concentración de medios de transporte en el área del desastre, tanto de ambulancias como de vehículos particulares, puede crear una situación de desor-

den que, lejos de facilitar la movilización de las víctimas, entorpece la circulación y comprometa 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 los 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.

15. *AMBULANCIAS AEREAS*

Las ambulancias aéreas (helicópteros) constituyen un importante apoyo y solo se deben utilizar para casos especiales. El helicóptero es también un valioso medio para efectuar un reconocimiento del área afectada. La información proporcionada al puesto de comando permite una mejor estimación de la magnitud del problema y de sus necesidades potenciales. También juega un rol importante en la regulación del tráfico.

16. *CENTRO DE INFORMACION*

Un desastre no solo 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.

17. *INFORMACION A LA PRENSA*

Los medios de comunicación bien informados contribuyen positivamente a los esfuerzos de socorro en la zona del desastre. Interferir en su función informativa puede tener efectos contraproducentes. El centro de información debe facilitar el acceso de la prensa a la zona del desastre facilitando la obtención de documentación gráfica e información disponible sobre la naturaleza del desastre, su magnitud y los efectos producidos.

18. *"TRIAGE"*

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

19. **ACCIONES DE TRIAGE**

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

20. **"TAGGING"**

La aplicación del concepto de triage 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 un esparadrapo 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 triage.

21. **CODIGO DE COLORES PARA PRIORIDADES**

Por conveniencia, la mayoría de los servicios médicos de emergencia ha adoptado el uso de los colores rojo, amarillo, verde y negro para determinar prioridades de atención y movilizar las víctimas de los desastres. Esto no excluye que se puedan utilizar otros modelos estandarizados.

22. **ETAPAS DEL TRIAGE**

El triage es un proceso dinámico que se inicia en el sitio del desastre y continúa hasta que el paciente ingresa al hospital para recibir tratamiento final. De su efectividad y oportunidad depende la supervivencia de los heridos.

23. **RESCATE DE VICTIMAS**

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 expuestos 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.

24. AREA DE TRIAGE Y CENTROS DE COLECCION

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 "áreas de triage".

El área de triage 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 triage 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 triage es de suma importancia. Después de un rápido examen médico, él hace la evaluación de las víctimas y les asigna la prioridad que corresponda.

25. AREAS DE MOVILIZACION

Una vez efectuado el triage, 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; acomodarlo para su transporte, completar datos de identificación o sugerir modificación a la prioridad asignada de acuerdo a la evaluación del paciente. También en estas áreas se efectúa la inmovilización adecuada de fracturas.

26. UNIDADES MOVILES

La utilización de unidades móviles para prestar atención médica 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 supersaturación de los servicios existentes.

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.

27. **EQUIPO Y SUMINISTROS MEDICOS**

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 equipo básicos:

- Caja con tarjetas de triage y material de escritorio
 - Equipo básico de ventilación y cilindros portátiles de oxígeno
 - Material de curaciones incluyendo vendas y soluciones antisépticas
- 28.
- 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 linternas
 - Cajas con herramientas básicas
 - Ropa, frazadas y sábanas

29. **CRONOLOGIA DE DESASTRE**

En toda la etapa prehospitalaria de la atención médica, la administración del tiempo y la oportunidad de la respuesta resultan ser crucial. Cada una de las instancias de la atención demandan un tiempo de respuesta y las posibilidades de supervivencia de las víctimas se reducen si el tiempo de respuesta, desde el conocimiento del desastre hasta la atención hospitalaria, se prolonga.

30. **FIN**

31. **CREDITOS**

La preparación de esta serie de diapositivas ha sido posible gracias al apoyo financiero de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA) y de la Oficina de Asistencia al Exterior en Casos de Desastre de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América (AID/OFDA).

GUIÓN



**Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
EE.UU.**