

Manejo del evento con múltiples víctimas^a

LEONARDO RISTORI⁽¹⁾

Las catástrofes con ocurrencia simultánea de múltiples víctimas son hechos esporádicos, pero que impactan fuertemente tanto a las autoridades como a la opinión pública y, en especial, a las propias organizaciones encargadas de afrontarlas.

La ocurrencia de hechos secundarios y los diversos mandos de las organizaciones a cargo, colaboran con la sensación de caos, que sólo durará el menor tiempo posible si se da una organización y forma de funcionamiento coordinado, establecidos de antemano bajo la forma de un protocolo de funcionamiento de rango oficial.

Este protocolo deberá determinar tanto los objetivos prioritarios que todas las instituciones participantes deberán compartir, como los acuerdos a los que se llegue sobre la forma de compartir la alarma; la información básica que ésta debe contener sobre el evento y su localización; el número y tipo de lesionados; las características topográficas del escenario, y las circunstancias que en él se están dando, que impacten, en cualquier sentido, el quehacer de los equipos de rescate.

Una vez acordado que el objetivo prioritario es “rescatar a los lesionados con un mínimo de secuelas y proveer su traslado a los centros hospitalarios en las mejores condiciones posibles, en forma tal de salvar la mayor cantidad de vidas”, los organismos actuantes se plegarán a este esfuerzo, cada uno en el rol que el protocolo ya establecido les haya asignado.

Una de las acciones fundamentales en el momento de hacerse presente en el escenario de un evento catastrófico, será constituir el Puesto de Comando Multi-institucional (PCM), en el que están representados los mandos en

terreno de las organizaciones presentes: Carabineros, Bomberos y SAMU. Cada uno por separado, pero en estrecho contacto y coordinación entre sí estarán a cargo de su personal y en contacto con las centrales de despacho de cada cual y sus autoridades superiores.

Desde el PCM se distribuirá al personal en las labores de rescate y se establecerán los perímetros de seguridad que identifiquen y separen la zona roja o de impacto de la zona naranja donde se concentrará la mayor parte de las actividades. Será el encargado de solicitar equipos especiales, informar a autoridades y medios de prensa y de coordinar, en caso necesario, la evacuación de una zona específica.

El componente “salud” de este PCM (el SAMU), deberá -además- vigilar y proveer para la instalación de un Puesto Médico Avanzado (PMA), estructura fundamental en el manejo de las víctimas. Este PMA, estará a cargo del manejo inicial de los lesionados y de su evacuación, en las mejores condiciones hacia los centros hospitalarios.

Esta tarea supone no sólo las maniobras de estabilización mínimas para asegurar la viabilidad del paciente a lo largo del trayecto hasta el servicio de urgencia mejor indicado como punto de destino, sino la selección de éstos, de manera de asegurar la sobrevida al mayor número.

Para el logro de este objetivo, el PMA, ubicado en la zona naranja, deberá asegurar tres áreas de trabajo. La primera, un área de recepción de pacientes, llevados hasta ella por los equipos de rescate; la segunda, un área de estabilización y la tercera, el área de evacuación, a cargo de un “oficial de evacuación”, en contacto permanente con el Centro Regulador del SAMU (CR). Este no sólo ha alertado de lo ocurrido a la red

⁽¹⁾ SAMU Región Metropolitana. Avenida Portugal 125. Santiago. Chile. leonardo.ristori@redsalud.gov.cl

^a Ponencia presentada en el seminario “Análisis y propuestas para una política nacional de gestión integral del riesgo y manejo de crisis: una visión académica”. Santiago, 24 y 25 de marzo de 2010.

hospitalaria, sino que deberá distribuir los lesionados en forma racional en esta red de acuerdo al tipo de lesiones, a la especialidad requerida, a la edad de la víctima y a la capacidad hospitalaria, llevando un registro de los traslados que ha indicado al oficial encargado, en el área de despacho del PMA.

Al área de recepción deberán confluír las víctimas trasladadas hasta allí por el personal de rescate, el que mediante un proceso de triage, elaborado para personal sin formación clínica, llevará a cabo el traslado, en el orden en que la gravedad de las lesiones del paciente lo determine.

Llegadas las víctimas al área de recepción del PMA, se hará un segundo proceso de triage, esta vez a cargo de personal sanitario y de acuerdo a parámetros clínicos. Las víctimas, categorizadas ahora con tarjetas de colores, serán ubicadas en lugares específicos en el área de estabilización, siendo las de color rojo las más críticas, seguidas por las de color amarillo, quienes recibirán los primeros gestos de tratamiento destinados a estabilizar sus funciones vitales, para permitir un traslado seguro hasta el centro de referencia.

Logrado este objetivo, la víctima quedará a disposición del área de evacuación, donde el Oficial de Evacuación, transmitirá al CR las lesiones del paciente y su condición y recibirá del CR las instrucciones de derivación al centro de salud que le ha asignado.

Es preciso aclarar que la actividad del PMA y los procedimientos que en él se desarrollan, hacen más lenta la evacuación de heridos, a causa del triage y de los procedimientos de estabilización.

Pero el triage permite identificar adecuadamente a los pacientes que requieren prioritariamente traslado y se verán efectivamente beneficiados con él, evitando el traslado de personas que o no lo requieren con urgencia o que, a causa de la gravedad de sus lesiones, no lograrán recibir ningún beneficio del esfuerzo médico que se les entregue.

Por otra parte, las maniobras de estabilización hacen a esta evacuación más segura para quienes la afrontan, disminuyendo la posibilidad de

muerte en el trayecto.

Dado que el estado de un traumatizado puede experimentar variaciones en el lapso de minutos, se hace obligatorio un tercer procedimiento de triage a la llegada al hospital.

Este procedimiento, que logra el mejor aprovechamiento de los siempre escasos recursos de personal, vehículos de transporte y cupos hospitalarios, debe fundamentarse, para su más rápida implementación ante un evento catastrófico, en convenios suscritos previamente, entre la autoridad sanitaria y quienes puedan proveer los recursos señalados como escasos.

Se hace entonces necesario, contar con convenios suscritos con FF.AA., mutuales, hospitales universitarios, clínicas privadas, servicios privados de ambulancias, etc., los que deben cumplir con, al menos, dos condiciones:

1. Hacerse efectivos en forma automática cuando se comunique la alarma.
2. Que en la institución solicitada esté siempre presente, las 24 hrs. del día, una persona que, en virtud del convenio, tenga las atribuciones para facilitar los recursos solicitados, sean móviles, personal o cupos hospitalarios.

El operativo se pondrá en marcha automáticamente cuando la alarma se de a conocer y será, desde el ámbito sanitario, el médico de turno en el Centro Regulador el responsable de su iniciación. El término del proceso, en cambio, dependerá de la instrucción de una autoridad del SAMU o del sector salud cuando por su trascendencia se justifique su participación.

Esta organización, se debe someter con periodicidad a ejercicios y simulacros, bajo el concepto que "es mejor estar preparado para algo que puede no ocurrir, a que ocurra algo para lo que no estábamos preparados".

En los simulacros llevados a cabo y en la puesta en práctica en situaciones reales, notamos dos falencias que destacar.

La primera, es la demora en la instalación y consecuente organización de un PMA. Actualmente el SAMU está trabajando en la incorporación de un dispositivo de despliegue rápido que resuelva este punto.

La segunda, es la falta de una frecuencia radial de crisis y de equipamiento para utilizarla. La experiencia aprendida, señala que los sistemas telefónicos se saturan y dejan de prestar servicio y que la falta de energía eléctrica pone fuera de funcionamiento a instalaciones de antenas repetidoras.

Sigue siendo un tema pendiente la necesidad de mantener un contacto que esté asegurado a todo evento durante una catástrofe, y que permita la comunicación fluida entre todas las instancias que se relacionan con el manejo de la situación y la solución de los problemas que se presentan.

Finalmente, todo el dispositivo descrito, se fundamenta en la mantención de la capacidad operativa de la red hospitalaria.

El reciente terremoto que asoló al país dañó seriamente esta capacidad en las zonas afectadas, obligando al desplazamiento de pacientes entre regiones con serio peligro para su sobrevivencia,

costos elevados para el Estado y un aumento de la carga de sufrimiento para víctimas y sus familiares que, además, debieron enfrentar una separación forzosa.

La lección aprendida es que las estructuras hospitalarias no pueden colapsar, lo que no es otra cosa que una disposición, con este precepto en mente, en el momento de decidir las inversiones dispuestas para su planificación y construcción.

También se deben identificar las especialidades médicas cuya falencia hace más peligroso el traslado de los pacientes que las requieran. Así, en caso de que se haya perdido parte o la totalidad de la capacidad de respuesta, sean las que prioritariamente se pongan en marcha, desplazando a otras especialidades o poniéndolas en marcha, con preferencia, en aquellas estructuras que se mantengan operativas.

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a revistas@med.uchile.cl