

Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto"

PLAN PARA LA RECEPCIÓN MASIVA DE HERIDOS Y LESIONADOS

Tte. Cor. Jaime Parellada Blanco¹ y Dra. Ángela Olga Hidalgo Sánchez²

RESUMEN

Se expone la necesidad para las instituciones hospitalarias de la confección, actualización y conocimiento del Plan para la Recepción Masiva de Heridos y Lesionados (PRMHL), sus características y principios, así como recomendaciones para su puesta en funcionamiento. Dadas las especificaciones y requerimientos de cada unidad asistencial, el PRMHL deberá adecuarse a las condiciones de ella y se observarán los aspectos básicos en su confección: interrelación con el territorio, dirección y mando, comunicaciones, personal, clasificación o "triage" y documentación que todo PRMHL debe cumplir. El PRMHL es una herramienta imprescindible para mejorar la calidad de la asistencia ante contingencias y su amplio conocimiento asegura una elevada disposición de la unidad hospitalaria.

DeCS: PLANIFICACION EN DESASTRES/métodos; DEFENSA CIVIL; HERIDAS Y TRAUMATISMOS/terapia; UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA; SERVICIO DE URGENCIA EN HOSPITAL; SISTEMAS DE COMUNICACION ENTRE SERVICIOS DE URGENCIA.

En el nivel hospitalario es imprescindible la confección y el amplio conocimiento del Plan para la Recepción Masiva de Heridos y lesionados (PRMHL). El plan debe ser actualizado periódicamente y evaluado en la práctica por medio de ejercicios, al menos 2 veces al año. En el ámbito hospitalario no puede haber lugar para la improvisación, ya que hasta un gran centro de trauma puede verse en pocos minutos desbordado por un número relativamente pequeño de lesiones. Con vistas a diseñar un adecuado plan de recepción, deben

considerarse aspectos como son: relación con el territorio, dirección y mando, comunicaciones, personal, clasificación o "triage" y documentación.

RELACIÓN CON EL TERRITORIO

El PRMHL del hospital debe tener una estrecha relación con los planes de emergencia municipales de los organismos y estructuras del territorio: Órganos del Poder Popular, instituciones civiles de salud,

¹ Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar.

² Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructora.

Defensa Civil, Zona de Defensa, Unidades Militares, Órganos del Ministerio del Interior, Sistema Integrado de Urgencias y Cruz Roja, así como las organizaciones políticas y de masas de la zona.

También deben establecerse coordinaciones con los centros económicos relevantes del área y estar preparados para enfrentar una catástrofe en situación real. Por ejemplo, si el centro está enclavado cerca de una planta química o una refinería deberá estar en condiciones de disponer de antídotos y tratamientos apropiados, así como de recibir gran número de quemados.

DIRECCIÓN Y MANDO

La activación del PRMHL requiere de una gran movilización de personal, equipos y otros medios, todo esto acarrea pérdidas, extravíos, desatención de otras tareas hospitalarias y una gran tensión en toda la organización. Por tal motivo es vital establecer de antemano quién tiene la autoridad para:

- Declarar la activación del PRMHL.
- Definir los responsables de la clasificación o “triage” de las víctimas.
- Autorizar la entrega de los recursos necesarios.
- Establecer la liberación parcial o total de las camas hospitalarias y en caso necesario comenzar la evacuación del centro.
- Disponer las medidas de seguridad, control y defensa del área.

Si el PRMHL establece la imprescindible presencia de determinado personal deberá garantizar su inmediata localización y traslado. Por tal razón el plan debe tener opciones alternativas que eviten la necesi-

dad de localización y trasladado de cualquier categoría de personal.

Es necesario la creación de un Puesto de Mando responsabilizado con la dirección del personal y los recursos sobre la base de la Información que se reciba en relación con la carga de heridos y lesionados que debe llegar. Debe también tener información acerca de la disponibilidad de camas y la situación del resto de los centros hospitalarios del territorio.

COMUNICACIONES

Un problema frecuente en una situación de desastre es la dificultad de obtener información confiable desde su escenario. La llegada de las víctimas frecuentemente no es esperada y se produce en “olas”. Habitualmente no existen precisiones acerca del número de lesionados, ni de su naturaleza, lo que deja al hospital sin información para poder tomar acciones específicas de preparación.^{1,2}

Los rumores referidos a la ausencia de supervivientes de una catástrofe (casi siempre aérea o marítima) pueden conducir a la cancelación parcial o total de PRMHL o posteriormente ser sorprendidos con la llegada de los lesionados. Es por tanto deseable, en determinadas circunstancias, la designación dentro del plan de un especialista (y hasta un equipo) que se dirija al escenario, no con el fin de tratar a las víctimas, sino para evaluar las necesidades, realizar el “triage” *in situ* e informar al centro acerca del número estimado de estas, la naturaleza de sus lesiones y la hora aproximada de llegada al centro.^{3,4}

Las comunicaciones son necesarias para ejecutar el aviso al personal, pero como durante una situación de catástrofe las líneas telefónicas del hospital se sobrecargan, es recomendable que el plan de

aviso sea desencadenado por itinerarios en forma de cascada, disponiendo que cada Jefe de Itinerario sea el responsable del aviso de no más de 5 personas.

Debe preverse en el PRMHL la comunicación directa con el centro coordinador del Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM) del territorio (MINSAP. Sistema Integrado de Urgencias Médicas. En Carpeta Metodológica, 1999). Esto permitirá un mejor conocimiento del evento, sus consecuencias y las necesidades requeridas. El plan debe establecer la coordinación para la utilización de los medios de radio de la Policía Nacional Revolucionaria (PNR).

PERSONAL

El control y manejo del personal es crucial en situaciones de desastre. El plan no debe establecer que todo el personal que se encuentre disponible en el centro acuda de inmediato al área de recepción, ni que automáticamente se active el aviso al resto del personal fuera del centro; aunque sí debe especificar la permanencia en el hospital de todo el personal, hasta que sea decretado el cese de la actividad.

El PRMHL establecerá de forma escalonada la entrada de personal a las áreas de recepción y tratamiento de acuerdo con las necesidades que puedan ir surgiendo.

Hay que considerar que el personal hospitalario durante una determinada situación de catástrofe o desastre, pudiera encontrarse lógicamente ansioso por conocer si sus familiares u hogar han sido afectados por el evento.

CLASIFICACIÓN O "TRIAGE"

La clasificación o "triage" se considera vital durante el manejo hospitalario

de una situación de desastre. Todo PRMHL debe tener presente la capacidad real del centro para recibir y procesar distintos tipos de lesionados (número de cirujanos, anestesiólogos, intensivistas y personal adiestrado en medidas de soporte vital básico y avanzado, salones de operaciones disponibles, áreas con posibilidades para ofrecer cuidados intensivos e intermedios, número de respiradores listos, abastecimiento de soluciones parenterales, sangre y derivados, material de curaciones e inmovilización, capacidad de los medios de diagnóstico y posibilidades de transporte y evacuación, entre otros), sin perder de vista que en muchas ocasiones las lesiones son complejas y pueden ser de variada naturaleza en un mismo paciente.

La clasificación o "triage" debe estar a cargo de uno de los miembros de mayor experiencia y capacidad del equipo quirúrgico de guardia. De forma excepcional y de acuerdo con la naturaleza del evento, se podrá encargar esta tarea a otro especialista, como pudiera ser en el caso de un escape de gas tóxico, por ejemplo. El "triage" se realizará en una plazoleta o área abierta aledaña o inmediata al área de resucitación o recepción del Servicio de Urgencias y dispondrá de un adecuado número de camillas y portadores, los que estarán subordinados al Jefe del Área de Recepción y Clasificación.

La clasificación o "triage" se realizará de forma rápida con vistas a que se facilite la aplicación oportuna de los procedimientos de apoyo vital a aquellos lesionados que verdaderamente puedan beneficiarse.⁵

Existen muchos sistemas de clasificación o "triage", pero básicamente se resumen en 4 categorías:

- *Categoría 1 (Rojo)*: lesionados que requieren de un procedimiento inmediato para salvar su vida.

- *Categoría 2 (Amarillo)*: lesionados que requieren de un procedimiento que impida su deterioro o posible muerte. Al momento de la clasificación se encuentran lo suficientemente bien como para poder esperar por el procedimiento definitivo.
- *Categoría 3 (Verde)*: Lesionados que no requieren de un procedimiento inmediato, el que puede diferirse sin compromiso para la vida.
- *Categoría 4 (Negro)*: lesionados con injurias incompatibles con la vida o fallecidos.

Una vez clasificados, los pacientes deben ser identificados con el color acorde a su categoría. Como alternativa los lesionados pueden ser enviados al área prevista, la que estará identificada por el color establecido.

Es importante aplicar los principios del “triage” a los pacientes que se encuentran previamente hospitalizados. El resultado de esta clasificación debe ser conocido cuanto antes. El hospital deberá disponer del

mayor número de camas de Cuidados Intensivos e Intermedios posible, por lo que deberá activarse el plan de liberación de camas. Este plan deberá definir, de acuerdo con el “triage”, cuáles pacientes deben mantenerse hospitalizados (Rojos y Amarillos) y cuáles (Verdes) pueden ser egresados de inmediato o transferidos hacia un punto de reunión con vistas a ser evacuados. El plan deberá incluir el tipo de evacuación que requiere cada paciente, también deberá prever las salas que serán liberadas inicialmente con el objetivo de recibir a aquellos pacientes que puedan ser egresados de los Cuidados Intermedios, para que de inmediato estos se encuentren en capacidad de recibir a los pacientes provenientes de los Cuidados Intensivos. La actividad de los medios diagnósticos (Laboratorio e Imagenología) estará igualmente regida por las prioridades definidas en el “triage”.

En la figura se presenta una variante de la preparación de un área para la recepción masiva de lesionados.

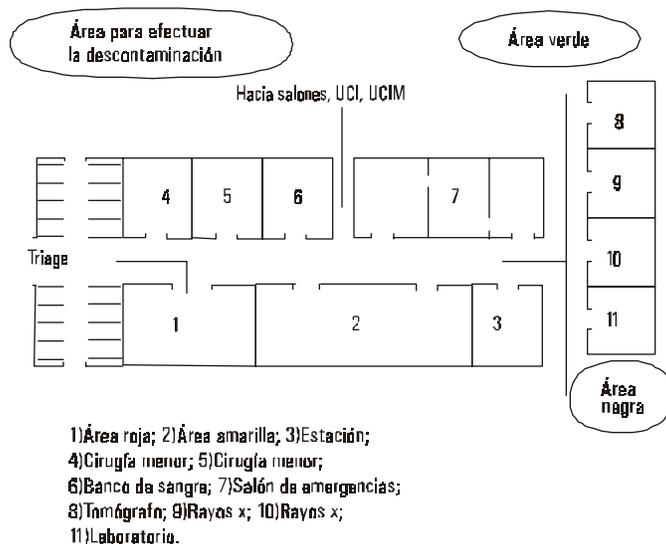


FIG. Representación de la dislocación de las áreas.

DOCUMENTACIÓN

Generalmente la documentación que se obtiene de una situación de desastre es pobre. Esto no solo impide la evaluación del trabajo realizado, sino que durante el evento puede entorpecer grandemente la toma de decisiones. Hay varias formas de solucionar este problema:¹

- Creación de una documentación específica y sencilla (tarjetas) para las situaciones de catástrofes. Tiene 2 inconvenientes: pueden omitirse datos evolutivos importantes y que el personal, al no estar habituado a ella, no la maneje con eficiencia.
- Utilización de la documentación habitual en los casos de desastres. El personal está habituado a esta documentación, pero su manejo es muy engorroso, pues exige datos irrelevantes y omite elementos de gran importancia durante un evento con lesionados masivos.
- Implantación de una documentación que abarque a todas las situaciones de urgencia y emergencia, tanto en situaciones normales como de desastre. Esta solución es la más integral, el personal estará familiarizado con la documentación pues la maneja diariamente, sin

embargo, de inicio hay que hacer una inversión importante para rediseñar todo el modelaje a emplear.

La documentación que se establezca deberá llevarse con rigor y de forma diferenciada por los departamentos encargados de su control, con vistas a poder obtener todos los elementos que permitan la evaluación de la situación.

CONCLUSIONES

El PRMHL es un documento vivo que se debe comprobar, revisar y actualizar periódicamente. Su contenido será evaluado a todo el personal de la guardia médica (y en especial a los equipos quirúrgicos, de anestesiología y medicina intensiva) dentro de la valoración de su competencia y desempeño. Deberán existir copias disponibles para su lectura en todo el Servicio de Urgencias y es recomendable que su esquema general esté disponible en las áreas de atención de la emergencia.

Es muy recomendable después de sucedida una emergencia masiva de heridos o lesionados realizar el análisis detallado de todo lo acontecido con la presencia del personal actuante.

SUMMARY

The need of making, updating and knowing about the Plan for the Mass Admission of Wounded and Injured Patients (PMAWIP), its characteristics and principles and the recommendations for its implementation at the hospital institutions are explained. According to the specifications and requirements of each health assistance unit, the PMAWIP should be adequated to their conditions and the following basic aspects will be considered to design this Plan: interrelation with the territory, management and control, communications, personnel, classification or triage and documentation. The PMAWIP is an essential tool to improve the quality of assistance in contingent events and its wide knowledge guarantees a high disposition of the hospital unit.

Subject headings: DISASTER PLANNING; CIVIL DEFENSE; WOUNDS AND INJURIES/therapy; INTENSIVE CARE UNITS; EMERGENCY SERVICE, HOSPITAL; EMERGENCY MEDICAL SERVICE COMMUNICATION SYSTEMS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Angus DC, Kvetan V. Desastres y terapia intensiva. En: Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva Shoemaker A. 3 ed. Esp México DF: Editorial Médica Panamericana, 1996:114-25.
2. Macintyre AG, Christopher GW, Eitzen E. Weapons of mass destruction events with cotaminated casualties. Effective planning for health care facilities. JAMA 2000;283(2):242-9.
3. Deriet R. Triage in the Emergency Department. Emergency Medicine Online <http://www.emedicine.com/emerg/topic_670.htm> Topic Last Updated:01/01/2000.
4. Dale J, Green J, Reid F. Primary care in the accident and emergency department: Prospective identification of patients. BMJ 1995;311:123-6.
5. Salk ED, Schriger DL, Hubbell KA. Effects of visual cues, vital signs and protocols on triage: a prospective randomized crossover trial. Ann Emerg Med 1998;32(6):665-4.

Recibido: 15 de febrero del 2001. Aprobado: 19 de marzo del 2001.

Tte. Cor. *Jaime Parellada Blanco*. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Avenida Monumental, CP 11700, Ciudad de La Habana, Cuba.