

CAPÍTULO 6

MANEJO DE MULTITUD DE VÍCTIMAS

Es probable que solo después de determinados tipos de desastres sea necesario proporcionar cuidados médicos a un gran número de víctimas. La mayoría de las lesiones se producen durante el impacto, lo que hace que las mayores necesidades de asistencia de urgencia correspondan a las primeras horas posteriores a él. Se pierden muchas vidas porque los recursos locales no se han movilizad con la rapidez suficiente.

El grueso de la organización y provisión de transporte, primeros auxilios, asistencia médica y suministros recae sobre el país afectado. Debido a que el tiempo para responder durante el período de mayor necesidad es muy corto, la ayuda de la comunidad internacional probablemente no sea un factor significativo en cuanto al número de vidas salvadas.

Según el enfoque asistencial clásico que se utiliza con mayor frecuencia para atender a un enorme número de víctimas producido por un desastre, se da adiestramiento a las primeras personas que responden para que clasifiquen a los heridos según la urgencia de atención y para que proporcionen la asistencia sobre el terreno antes de evacuar a las víctimas hacia el servicio de salud más cercano que les pueda proporcionar cuidados médicos.

El manejo de un número masivo de víctimas se divide en tres campos principales: asistencia urgente prehospitolaria (búsqueda y rescate, primeros auxilios, clasificación y estabilización de las víctimas), recepción y tratamiento en el hospital y redistribución de los pacientes a otros hospitales en caso necesario.

ASISTENCIA URGENTE PREHOSPITALARIA

Búsqueda, rescate y primeros auxilios

Tras un gran desastre, las necesidades de búsqueda y rescate y de prestar primeros auxilios a las víctimas podrían ser tan grandes que los servicios de socorro organizados no puedan satisfacer más que a una pequeña parte de la demanda. La ayuda más rápida provendrá de los sobrevivientes que hayan resultado ilesos, quienes deberán proporcionar toda la ayuda posible. La mejoría de la calidad y de la disponibilidad de los servicios de primeros auxilios inmediatos depende del adiestramiento y preparación logrados a través de organismos especializados, por ejemplo, mediante cursos que las brigadas de bomberos pueden dictar a grupos de voluntarios.

Cuidados en el terreno

Lo ideal es que el transporte de las víctimas a los hospitales se haga de manera escalonada y que los pacientes reciban un tratamiento adecuado sobre el terreno que haga tolerables los retrasos. Sin embargo, en la realidad, la mayoría de los heridos, utilizando el transporte disponible, llegan de manera espontánea a los servicios de salud si estos se encuentran lo suficientemente cerca, sea cual sea el estado operativo del centro. Algunas víctimas pueden no querer o no poder solicitar cuidados médicos, lo que hace de la búsqueda activa de casos una parte importante de todo esfuerzo de socorro. Esto justifica la creación de equipos móviles de asistencia que se desplazarán al lugar del desastre; además se dispondrá de estaciones de primeros auxilios localizadas en las proximidades de los centros sanitarios.

Para proporcionar el tratamiento adecuado a las víctimas, es preciso reorientar los recursos de salud hacia esta nueva prioridad. Es necesario potenciar al máximo la disponibilidad de camas y de servicios quirúrgicos, dando el alta de manera selectiva a los pacientes ingresados por otros motivos, cambiando el calendario de ingresos y cirugía no prioritarios y utilizando al completo todo el espacio y el personal disponibles. Pueden posponerse determinadas responsabilidades médicas y otras pueden ser delegadas al personal técnico de salud como sucede, por ejemplo, con el tratamiento de heridas menores.

Deben hacerse las previsiones del caso para garantizar la cantidad necesaria de alimentos y habitaciones para el personal de salud.

Se debe establecer un centro de información para responder a las preguntas de los familiares y amigos de los pacientes; este funcionará las 24 horas del día con el personal no sanitario que sea necesario. La Cruz Roja local podría llevar a cabo esta función.

Se dará prioridad a la identificación de las víctimas, aspecto que se está convirtiendo en un tema cada vez más especializado. También debe disponerse de espacio y servicios mortuorios adecuados.

Triaje (clasificación)

Cuando la cantidad y la gravedad de las lesiones superan la capacidad operativa de los servicios de salud disponibles, es necesario adoptar un enfoque distinto del tratamiento médico. El principio de “tratar primero a quien llega primero”, tal y como se aplica en la asistencia médica de rutina, no es apropiado en las emergencias masivas. El *triage* consiste en una clasificación rápida de los heridos según la gravedad de sus lesiones y la probabilidad de supervivencia si reciben cuidados médicos rápidos. Debe ser adaptada a las capacidades disponibles localmente. La primera prioridad son las víctimas cuyo pronóstico inmediato o a largo plazo puede mejorar significativamente con un cuidado intensivo sencillo. La prioridad más baja se aplica a los pacientes moribundos que necesitan muchísima atención (con beneficios dudosos). El *triage* es el único enfoque que puede proporcionar un beneficio máximo al mayor número posible de lesionados en una situación de desastre.

Aunque varios países han adoptado distintos sistemas de *triage* que aún están en uso, la clasificación más usada recurre a un sistema de códigos de colores aceptado internacionalmente. El rojo indica una elevada prioridad en cuanto al tratamiento

o el traslado, el amarillo se aplica a las prioridades medias, el verde se usa para los pacientes ambulatorios y el negro, para los muertos o moribundos.

El *triage* debe llevarse a cabo sobre el terreno, con el fin de determinar las prioridades de transporte e ingreso en hospitales o centros de tratamiento, en los cuales se evaluarán de nuevo las necesidades y prioridades de cuidados médicos del paciente. Lo ideal es que los trabajadores de salud locales hayan aprendido los fundamentos del *triage* como parte de su entrenamiento para desastres, para poder llevar a cabo el proceso cuando ocurra un desastre. Si sobre el terreno no existe personal de salud debidamente adiestrado, todos los equipos de ayuda que acudan al lugar del desastre deberán contar con un responsable de *triage* y con expertos en primeros auxilios, que serán los encargados de hacer estas evaluaciones. Cuando se establezca un puesto médico avanzado, el *triage* médico podrá hacerse a la entrada del mismo, con el fin de determinar el nivel de cuidados necesarios en cada caso.

Siempre que sea posible, las personas con lesiones menores o moderadas deben recibir tratamiento cerca de sus domicilios, para evitar la fractura social y el gasto adicional de recursos para transportar a estos pacientes a los servicios centrales. Los pacientes con lesiones graves deben ser trasladados a hospitales que dispongan de servicios especializados.

Identificación

Es necesario identificar a todos los pacientes con etiquetas en las que consten su nombre, edad, sexo, lugar de origen, categoría de *triage*, diagnóstico y tratamiento inicial. Estas etiquetas deben haber sido uniformadas y diseñadas con antelación como parte del plan nacional de desastres. El personal de salud debe estar completamente familiarizado con el uso adecuado de estas etiquetas.

RECEPCIÓN Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL

A la llegada al hospital, el *triage* quedará bajo la responsabilidad de un médico con mucha experiencia, ya que de su clasificación pueden depender la vida o la muerte del paciente. Este médico determinará las prioridades y actividades de todo el personal.

Estructura institucional

Spirgi señala que el manejo más eficaz de un gran número de víctimas exige una organización de los servicios muy distinta de la de rutina. Dice que el “plan hospitalario en caso de desastre designa la estructura de mando que hay que adoptar en caso de desastre . . . [Un] equipo de mando (formado por un funcionario de alto nivel cualificado de las divisiones médica, de enfermería y administrativa)... dirigirá al personal a los lugares de trabajo según el plan y movilizará al personal y a los recursos adicionales necesarios”.¹

¹Edwin H. Spirgi, *Disaster Management: Comprehensive Guidelines for Disaster Relief* (Berna, Hans Huber, 1979).

Utilización de procedimientos terapéuticos sencillos y uniformes

Los procedimientos terapéuticos deben ser económicos, tanto en lo que se refiere a los recursos humanos como en cuanto a los materiales, y deben elegirse de acuerdo con este principio. El personal y los insumos de salud respaldarán estos procedimientos. Es necesario simplificar el tratamiento médico de primera línea con objeto de salvar vidas y evitar complicaciones o problemas secundarios graves. La preparación y la generalización de procedimientos uniformes, por ejemplo para el uso amplio del desbridamiento, el aplazamiento del cierre de las heridas primarias o el uso de férulas en lugar de enyesados circulares pueden disminuir notablemente el número de muertes y de las secuelas a largo plazo.

En muchos casos, personas con conocimientos limitados pueden llevar a cabo los procedimientos más sencillos con rapidez y eficacia. Algunas técnicas más complejas que requieren personal muy capacitado, equipo especial y mucho material (p. ej., el tratamiento de las quemaduras graves) no constituyen una inversión de recursos prudente en el manejo de situaciones con gran cantidad de víctimas. Muchos médicos no aceptan fácilmente este cambio de enfoque de la práctica de rutina a los cuidados médicos de masas.

REDISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ENTRE HOSPITALES

Si bien las instalaciones de atención de salud ubicadas en la zona del desastre pueden estar dañadas y bajo gran presión por la sobrecarga de las numerosas víctimas, los establecimientos que están fuera del área pueden absorber una carga mucho mayor o proporcionar servicios médicos especializados, por ejemplo, de neurocirugía. Lo ideal es que exista un sistema metropolitano de tratamiento médico de urgencia que permita a los hospitales funcionar como partes de una red de referencia. Con distintos grados de complejidad, una red de equipos de socorro prehospitalario puede coordinar el traslado de pacientes desde la zona del desastre. La decisión de redistribuir a los pacientes fuera de dicha zona debe considerarse cuidadosamente, ya que una evacuación no planificada y posiblemente innecesaria puede crear más problemas de los que resuelve. Cualquier traslado debe estar sometido a un buen control administrativo con el fin de restringirlo a un número limitado de pacientes que necesitan cuidados especializados que no están disponibles en el área afectada. Las políticas de evacuación deben estar uniformadas y ser aceptadas por todos los organismos que dan socorro en la zona del desastre y por los hospitales que reciben a los pacientes.

La mejor forma de acoplar los recursos a las necesidades consiste en utilizar un cuadro similar al mostrado en la Figura 6.1, que puede ampliarse y situarse sobre una pared. Se hace una lista de los hospitales según su localización geográfica, comenzando por los más cercanos al área del impacto. La presentación gráfica del número de camas disponibles, del personal médico y de enfermería necesario para mantener los servicios durante las 24 horas del día, la escasez de artículos médicos esenciales y otras necesidades permitirán que el coordinador del sector salud para la gestión de desastres dirija la ayuda externa hacia las zonas de mayor necesidad, en las que los beneficios a lograr con esa ayuda serán máximos. El análisis de los datos permitirá establecer los patrones de redistribución de recursos y pacientes.

FIGURE 6.1. Monitoring of hospital resources.

1 NOMBRE LUGAR	2 Especialidad	3 CAMAS		4 CIRUJANOS		5 ANESTESISTAS		6 Otro personal médico necesario	7 Enfermeras necesarias	8 Material imprescindible insuficiente	9 Otras necesidades o contratos
		a Total	b Disponibles	a Presentes	b Necesarios	a Presentes	b Necesarios				
Hospital "A", Ciudad "de desastre"	General	850	8	5	4	5	4	2 pediatras 1 ginecólogo	5	Material de sutura, placas rayos X	Generador
Hospital "X" Ciudad "normal"	Trauma- tología	450	145	5 (traumatol.)	—	3	—	1 ginecólogo	1	Ropa de cama	Servicio de cocina insuficiente

Esta investigación de los recursos hospitalarios alcanza su máxima utilidad cuando existe la posibilidad de que la necesidad de asistencia médica se prolongue.

Si el coordinador del sector salud para la gestión de desastres comprueba que la capacidad total del sistema sanitario del país no alcanza a cubrir las necesidades creadas por el desastre, puede considerar varias alternativas. La mejor es la expansión rápida de los servicios y personal permanentes del propio país, que ofrece la ventaja de cubrir las necesidades inmediatas dejando beneficios permanentes. Otra alternativa que se ha mostrado menos deseable consiste en poner en servicio los hospitales móviles de emergencia del gobierno, el ejército, la Cruz Roja o privados. Si es necesario organizar uno de estos hospitales, en primer lugar se tratará de que proceda del país afectado por el desastre o de un país vecino con el mismo idioma y cultura; en segundo lugar, se considerará la posibilidad de traerlo desde países más lejanos.

Los hospitales móviles extranjeros pueden tener varias limitaciones. En primer lugar, es posible que se necesiten varios días para establecer un hospital móvil completamente operativo, en tanto que la mayoría de las víctimas del impacto inmediato necesitan tratamiento en las primeras 24 horas. En segundo lugar, el costo de estos hospitales, sobre todo si se transportan por vía aérea, puede ser prohibitivo y a menudo se deduce del paquete de ayuda total que ofrece el gobierno o la fuente de ayuda privada. En tercer lugar, estos hospitales suelen ser tecnológicamente muy avanzados, incrementando las expectativas de las personas a las que atiende de una forma que será difícil, si no imposible, cubrir por las autoridades locales durante el período de recuperación. Por último, estos hospitales tienen un gran valor en cuanto a relaciones públicas para el organismo que los proporciona, lo que puede hacer que este presione para que se acepten.