

INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE DESASTRE.

Marcelo R. Muro*, **Daniel M. Maffei****, **Roberto V. Cohen***** y **Marcelo E. Ballesteros******.

*Médico Cirujano del Departamento de Urgencias del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Alvarez.

**Médico Cirujano del Departamento de Urgencias del Hospital General de Agudos Dr. José María Ramos Mejía.

***Médico Clínico del Departamento de Urgencias del Hospital General de Agudos Dr. José María Ramos Mejía.

****Médico Cirujano, Jefe de Servicio de Urgencias del Hospital Interzonal General de Agudos Miguel Güemes de Haedo.

Introducción.

La resolución de las distintas situaciones con víctimas múltiples ocurridas en nuestro país, ha mostrado claramente la dificultad que siniestros de este tipo originan para la estructura de seguridad y sanitaria que debe enfrentarlas.

Alguna de las conclusiones que arroja el estudio de las múltiples imágenes de las explosiones de Oklahoma, la Embajada de Israel y de AMIA por un lado, y de la explosión de Río III por otro, es que todos estos hechos comienzan con un gran desorden, una hecatombe.

Cuanto más público sea el lugar, y menos previsible el riesgo potencial (por ejemplo en actos terroristas), más difícil será aplicar procedimientos que permitan arribar al objetivo final de toda operación en casos de desastre: minimizar el número final de víctimas.

Evidentemente los problemas que conllevan los desastres no pueden solucionarse separadamente.

Los desastres se caracterizan inicialmente por una gran incertidumbre. A menudo el carácter y extensión del daño y las amenazas persistentes (líneas de electricidad caídas, derrames químicos, etc.) no se evidencian y las acciones al comienzo se emprenden sin demasiada información.

Por ello **Tierney** definió al desastre como "*mucha gente tratando de hacer rápido lo que no hace habitualmente y en un medio decididamente no familiar*".

De la valoración de los riesgos previamente realizada y la planificación puesta en práctica dependerá cuanto tiempo dure la incertidumbre mencionada y el acoplamiento de las distintas instituciones. Todo ello, junto al tipo y magnitud del desastre determinarán el número final de muertos y evacuados.¹

Definiciones y objetivos.

La OMS define a los desastres como "*un fenómeno ecológico repentino de magnitud suficiente que requiera asistencia externa*", pero agregamos siempre con relación al medio, al contexto. Por lo cual sin duda la vinculación de un riesgo con la posibilidad de afectar una población dada, precisa aún más el tema.

La Agencia Federal de manejo de Emergencias (FEMA) de EE.UU. determina que el desastre es un siniestro de severidad y magnitud tal, que normalmente determina muertes, heridas y daños económicos que no puede manejarse por los procedimientos rutinarios de emergencias. Son imprevistos, muchas veces inesperado y requieren respuestas coordinadas, multisectoriales, para evaluar necesidades humanas y rápida recuperación.

Algunos autores consideran que la presencia de víctimas y lesionados convierten las catástrofes en desastres.

En una definición mas acertada desde lo sanitario, el Comité de Desastres del Ministerio de

Salud de Suecia, determina "que un desastre implica una situación en la cual la necesidad de cuidados médicos excede los recursos disponibles en forma inmediata, y esto hace necesaria la aplicación de medidas extraordinarias". Trae aparejada la situación con víctimas en masa en la cual la demanda a la estructura sanitaria es desmedida en cuanto a los recursos, aún reforzados, por lo que el funcionamiento y estándares normales no pueden ser mantenidos.

Ambas definiciones se basan en el concepto del desbalance entre necesidad y recursos disponibles, hecho que marcará toda la medicina de víctimas en masa. Un rápido incremento de las necesidades o una reducción de los recursos disponibles pueden originar un desastre, que será de mayores consecuencias cuanto mayor el desbalance.

Es fundamental tomar en consideración otro aspecto diferencial en los desastres, que es el impacto sociológico y psicosocial, cualquiera sea (natural o provocada) nos enfrenta con la muerte, lo que es imposible de soportar. Esta interrupción como hecho traumático produce una ruptura en el aparato psíquico que provoca un elevado monto de angustia quebrando la cadena simbólica del pensamiento, interfiriendo en las víctimas y en los equipos de rescate.

Podríamos sintetizar diciendo que el desastre es una situación brusca que quiebra la estructura económica, social y psicológica de la población, afectando la seguridad física de los individuos mediante riesgos reales y potenciales, aumenta inicialmente las necesidades sanitarias, que excede los recursos disponibles y determina la participación de ayudas externas.

Los objetivos sanitarios frente a un siniestro con víctimas múltiples son minimizar el número de víctimas manteniendo el mejor nivel médico para el mayor número de pacientes, aún cuando por definición no siempre resulta posible. Encontrándose también la atención psicológica de las víctimas que en ese primer momento requieren contención y palabras que los vuelva a contextualizar, ya que estos fenómenos traumáticos producen un corte, se expresan más allá de las experiencias cotidianas, de las certidumbres, de los mecanismos defensivos y adaptativos del yo para sobrevivir, y quienes lo sufren vivencian una situación de desamparo que desborda los parámetros de contención habituales y desencadena comportamientos de urgencia no siempre racionales ni adaptativos, es una experiencia que aporta en poco tiempo un aumento de excitación a la vida psíquica muy difícil de manejar, es una vivencia específica que puede desarrollar cuadros clínicos no específicos.

Semiología de la escena.

En situaciones de desastres e independientemente de la preparación previa, la calidad de la respuesta y su efecto se vincula con la rapidez y precisión con que se da la alarma.

Los testigos podrán ser circunstanciales o calificados, y las centrales de recepción mencionadas deben contar con personal entrenado que sea capaz de contener el solicitante de la emergencia y ubicar geográficamente el lugar en forma precisa y determinar tipo de desastre y magnitud actual, si es posible.

Independientemente de cual fue el primer rescatador, en sentido amplio, que arribe al lugar, el mismo deberá realizar una semiología inicial del siniestro lo más completa posible, e ir transmitiéndola a su central para ir adecuando la respuesta paso a paso.

Antes de iniciar la descripción de qué información se debe priorizar, pretendemos enfatizar dos conceptos fundamentales. El primero de ellos se refiere a la norma o regla de priorizar la *seguridad del rescatador*; esto significa que en ningún caso es racional propender a conductas peligrosas que arriesguen el operativo en su conjunto.

Esto conlleva dos consecuencias igualmente negativas, por un lado el aumento del número de víctimas a tratar y en segundo lugar el fracaso de la tarea para la cual el rescatador fue enviado, convirtiéndose en una nueva víctima. No creemos conveniente realizar cursos de

"heroísmo".

La información vertida pretende aumentar la capacitación de quienes trabajan en desastres para hacer más efectiva su labor en bien de la comunidad a la cual obviamente pertenecen. Por otra parte, muchos héroes son condecorados post mortem y ello conlleva desde estas líneas una contradicción teleológica.

Buscamos minimizar las víctimas, no aumentarlas por conductas negligentes, desaprensivas, extraordinarias o fuera de molde, propias de situaciones emotivas descontroladas que no son justificadas en profesionales de la emergencia. Podríamos comprenderlas como hecho individual frente a la contingencia de ver involucrado alguno de sus afectos en el siniestro, pero de ninguna forma propiciarlas.

Existen ejemplos en todo el mundo de mortalidad de personal en funciones por conductas inseguras. Cabe recordar el bombero fallecido en las inundaciones de Pergamino el 07/04/95, quien intentó el rescate cruzando el torrentoso río Pergamino sin tomar adecuadas precauciones en cuanto a su fijación, siendo finalmente arrastrado por la corriente. En otro ejemplo local, el incendio de Puerto Madryn, con una docena de bomberos y colaboradores muertos, todavía inexplicable, y con el agravante de no tener personas a rescatar en ese momento.

Todos observamos por televisión la caída de la loza de Pasteur en la noche del lunes 18 de julio de 1994, 12 horas después de la explosión en AMIA.

Seis bomberos salvaron sus vidas milagrosamente, quienes trabajamos allí, en ese escenario nos preguntamos: cuántos muertos y lesionados más hubiera habido, si la caída se producía a las 11 horas, 6 ó 7 horas antes. Este ejemplo nos permite introducirnos en el segundo concepto importante que pretendemos enfatizar en este momento: la prioridad consecutiva a la seguridad del rescatado es identificar al paciente que se encuentra más gravemente lesionado y con mayores posibilidades de recuperación. Esta tarea en sucesos con víctimas masivas incluye, la tarea que denominamos triage o clasificación.

Organización en el sitio del desastre.

De acuerdo a la característica del siniestro como hemos visto, la escena puede cambiar en forma considerable.

De todas formas a los fines de ubicar en la misma la tarea de los cuidados médicos, utilizaremos un esquema organizacional de aplicación más o menos universal para describir más profundamente el rol sanitario.

Se denomina zona de impacto, incidente o zona de riesgo a aquella en la cual se originó el mismo y si bien varía de acuerdo a su origen, en un incendio o un accidente múltiple, la misma tendrá un radio no menor a 30 metros, aumentando el mismo cuando hay un fuerte viento y hacia donde el mismo se dirige.

El acceso a esta zona es exclusivo de los equipos de *búsqueda y rescate* dado que su personal cuenta con los elementos y el adiestramiento indispensable para manejar los distintos peligros que implica.

Estos rescatadores profesionales (bomberos generalmente) dividirán su tarea en dos grupos, uno de lucha contra el agente causante (fuego, gases, etc.) y otro encargado de la búsqueda y evacuación inicial o corta de los sobrevivientes.

Sólo debe permitirse el acceso a esta zona al resto de los operadores (personal de seguridad, sanitario, etc.) cuando el riesgo se ha controlado a su mínima expresión. Es justamente este el sector en el cual es fundamental restringir periodistas o curiosos, dado el potencial aumento en el número de víctimas que puede ocurrir.

Zona de clasificación de pacientes en escena.

También llamada área de triage en escena, área de colección de víctimas, tiene por especial función realizar una evaluación rápida de cada paciente con el objeto de ordenar su tratamiento y posterior evacuación.

En algunos países se utilizan a tal efecto el hospital más cercano si la distancia de transporte es realmente corta. También escuelas, centros comerciales, estadios, pueden ser útiles en siniestros de origen múlticéntrico como terremotos.

En otros países con cultura organizacional en desastres, existen verdaderas áreas sanitarias montables como en el aeropuerto Orly Oeste, que se despliega en 9 minutos en una burbuja inflable. En nuestro medio el aeropuerto de Ezeiza cuenta con un espigón en el que se monta el sector en 15 minutos, y la Fuerza Aérea cuenta con un hospital reubicable, pero de más pesado desplazamiento y adecuación. También pueden utilizarse tiendas o carpas de campaña (servicio de emergencias en países nórdicos) para concentración del equipamiento y el personal para comenzar primeros auxilios.

Aparte de comenzar a efectuar el triage de los pacientes, el establecimiento de esta área tiene otros propósitos:

Estabilizar funciones vitales antes del transporte y hacer otros preparativos para evitar el deterioro y el sufrimiento innecesario durante el mismo.

Planificar una evacuación racional de acuerdo a las patologías presentes y tomando en cuenta el recurso de admisión óptimo más cercano. Se trata así de evitar el atascamiento del hospital local con muchos enfermos, que por la dilación en la atención pueden correr riesgos.ⁱⁱ

Tratar de registrar e identificar todos los pacientes antes que abandonen el área. De todas maneras siempre es altamente probable que autoevacuados concurren espontáneamente a centros de atención o merodeen la zona sin ser registrados y figurando como desaparecidos.

Cuando el número de casos es menor al rescatado inicialmente se puede trasladar al centro de atención sin escala previa.

Los cadáveres se dejarán en el sitio de su hallazgo hasta la intervención judicial, a menos que entorpezcan directamente las tareas de rescate o la reanudación del funcionamiento de estructuras irremplazables.

Cuando son movilizados deben agruparse en un lugar separado del sector médico de avanzada, y cuando es posible junto a sus pertenencias ya que ello favorece la identificación y reconocimiento posteriores en casos con deformación traumática o descomposición.

En el otro extremo de la situación, los ilesos o con lesiones que les permite deambular deben ser contenidos en lo posible algo alejados del grupo de pacientes urgentes. Esto evita varias situaciones igualmente comprometedoras para el operativo, como lo son el entorpecimiento de las tareas de salvataje o la lesión de estos deambulantes aumentando la necesidad sanitaria.

En casos como el desastre del avión uruguayo en la Cordillera, o el militar no hace mucho caído en Córdoba, o el choque de trenes en Benavidez o Brandsen el área de impacto se encuentra más o menos lejano a un acceso principal o utilizable, y el transporte inicial se hace a campo traviesa hacia un segundo punto denominado sector o noria de transporte.

En este puesto y de acuerdo a la espera calculada para evacuar, también será necesario contar con soporte médico de mantenimiento en ese lugar.

Una vez realizada esta categorización a la que nos referiremos específicamente en Triage, se procederá a la evacuación.

La misma deberá realizarse respetando las prioridades de gravedad siguiendo tres premisas: la modalidad lesional, la probabilidad de sobrevivida y el lugar de destino y su adecuación.

En general, salvo los casos alejados que mencionamos, no faltan ambulancias para esta

taréa. Es más, en los incidentes de la Embajada de Israel y AMIA, los servicios privados de ambulancia tuvieron un papel supernumerario e incluso fueron rechazados dado que no fueron integrados a la organización preparatoria para situaciones con víctimas múltiples. No impresiona lógico, a priori, desdeñar recurso alguno frente a las dificultades presupuestarias habituales del sector salud en general.

La clave, según **Robert Auffet**, jefe de medicina de desastres de Orly Oeste y asesor de medicina de desastres de la OACI, "*es fundamental conocerse las caras antes del desastre, en los preparativos, para que durante el mismo no se compita por aparentes espacios de poder, que lejos están de los pacientes*".

Siguiendo este criterio, pueden utilizarse otros medios de evacuación: el aéreo, el acuático y en casos de concentraciones populares en regiones céntricas con una buena programación previa, el subterráneo puede recorrer más rápidamente alejando las víctimas del foco, y acercándolas a móviles que las trasladen al hospital.

Para la planificación de esta evacuación es muy útil aplicar el concepto de noria.

Esto implica que los móviles utilicen distintos recorridos para entrar y salir del sector de colección de pacientes, para evitar que la detención accidental de algunos de ellos frene el ritmo de evacuación.

El coordinador de evacuación, subordinado al jefe médico del operativo será alguien que conozca profundamente los hospitales de la región y con reconocimiento profesional en ellos.

La tarea más importante que debe llevar adelante el coordinador de evacuación es no transportar el desastre al hospital más cercano, enviando todas las víctimas al mismo, sin tomar en cuenta las lesiones encontradas o la capacidad instalada de respuesta.

También aparecen como amenaza en esta etapa las dificultades de interactuar de distintas organizaciones y jurisdicciones. Es fundamental no perder de vista el objetivo final, cual es la pérdida de la menor cantidad de vidas humanas.

Triage de víctimas.

La excesiva demanda de atención médica producida en siniestros que envuelven víctimas en masa aumenta la habitual insuficiencia de recursos de respuesta en que viven habitualmente poblaciones en desarrollo como la muestra. Esto de todas maneras, puede crear serias dificultades en países más organizados.

Atento a esto el médico se ve obligado a racionalizar sus cuidados. Si pretendemos al mismo tiempo tratar a todos los pacientes y la respuesta no es suficiente, podemos desviar la atención en pacientes graves que no se salvarán de todas maneras, y no dirigir el esfuerzo a aquellos que, también graves, aunque tal vez no inicialmente tan comprometidos, morirán sin las medidas básicas que implementadas, tendrían buenas probabilidades de éxito.

Triage, que proviene del verbo francés *trier*, significa seleccionar, clasificar u ordenar.

El objetivo básico del triage es beneficiar a la mayor cantidad de pacientes, pero buscando asegurar la sobrevida, en primer lugar a los pacientes críticos con posibilidades reales de acceder a ella.

El triage implica utilizar el recurso humano y físico de la manera más eficiente posible.

Hay al menos tres razones por las cuales el triage beneficia la respuesta en desastres:

1. Separa aquellos que requieren cuidados médicos para sobrevivir o para "salvar un miembro";
2. Al separar y agrupar las lesiones menores, reduce la presión en guardias médicas. En promedio después de un estudio de 26 desastres en EE.UU., solo un 15% de los sobrevivientes requirieron hospitalización;
3. Favorece la distribución racional y adecuada entre los distintos hospitales

disponibles, descomprimiendo la demanda con más facilidad.

El médico se enfrenta de esta manera a una misión para la cual, en nuestro medio, no ha sido adecuadamente entrenado.

De todas formas, no debe considerarse al triage solo en un número elevado de pacientes. Decidir entre tres accidentados a quién evacuar y operar primero, representa un mini escenario de un gran desastre.

Lo importante es el criterio y su comprensión.ⁱⁱⁱ

Técnicas y procedimientos para realizar el triage.

Esta difícil tarea tiene múltiples instrumentos de categorización a utilizar, a nuestro criterio suficientemente expuestas en la literatura.^{iv}

En general se habla de triage en situaciones con número menor de pacientes, y el relato del LXI Congreso Argentino de Cirugía o las Normas de Categorización de la Asociación Argentina de Cirugía los contemplan acabadamente.

El primer elemento a determinar es que, independientemente de la escala empleada o la simbolización y señalización elegida, el criterio que la sustenta es internacionalmente el mismo:

- a) La separación de pacientes urgentes de los no urgentes (ilesos y muertos);
- b) Valoración de urgentes en cuanto a su gravedad y a la posibilidad de sobrevivir en el tiempo;
- c) El ordenamiento de acuerdo a estos elementos.

Interviene en esta determinación factores como el impacto fisiopatológico, la topografía y cinemática lesional y la edad y otros factores agravantes o reductores de morbilidad.

Tomaremos como modelo operativo el Protocolo START (Simple Triage and Rapid Treatment) del Presbyterian Memorial Hospital, South California. Pasos decisivos.

La tarjeta que objetiva los datos constatados a través del S.T.A.R.T. se denomina METTAG y se objetiva en 4 categorías.

Otra escala a utilizar es el Cram's Scale de Gormican, adaptado a nuestro medio como CRAMP y adoptado por resolución biministerial (Salud y Defensa) en 1988.

Esta escala agrega a los signos de deterioro fisiológico la modalidad lesional. Circulación, Respiración, Abdómen, Motor y Palabra son los 5 territorios evaluados con tres posibilidades 0, 1 y 2 puntos cada uno sumando 10 puntos un paciente sin alteraciones y decreciendo en relación directa con la gravedad que éste presenta. Se profundiza a continuación sobre el método, considerando al mismo como la objetivación del criterio.

C: Circulación

Se valora el estado hemodinámico con procedimientos simples, no invasivos como el pulso, la tensión arterial sistólica, y el relleno capilar.

Pulso

Normal en el adulto--60-100 por minuto.

Deben evaluarse en forma simétrica y de los periféricos a centrales, dado que un pulso radial o pédico presente se correlaciona con una tensión arterial suficiente para hacerlo palpable, + de 80 mm. Hg.

Relleno capilar

Comprimir fuertemente los tejidos blandos o el lecho ungueal durante 5 segundos y observar cuanto tarda el área blanqueada en retomar color.

Otro dato importante cuando buscamos evaluar la hipoperfusión es la temperatura corporal. Un dedo gordo frío al tacto supone hipoperfusión y, de aparecer livideces sobre todo en la región suprapatelar, implica severa alteración de la microcirculación. Este último signo tiene

más estrecha relación con la posibilidad de sobrevida.

Las posibilidades de integración de este módulo son:

Pulso	Tensión art. sist.	Rell. cap.	Puntos
60-100/min	100 mm.Hg.	3-4 seg.	2
+de100-de60	85-100	+de 5seg.	1
sin pulso	-de 85mmHg	no hay	0

R: Respiración y tórax

Se examina en forma rápida y simultánea:

- Frecuencia y modalidad respiratoria.
- Existencia de lesiones.

Frec. Resp.	Tipo	Lesión	Puntos
10-35/min	normal	--	2
-de10/+de35	disnea-paradoj.	Presente	1
apnea	estertorosa	pres / ausen	0

A: Abdomen

Se realiza la semiología clásica que evalúa dolor, defensa o lesiones.

Hallazgos semiológicos	Puntos
Semiología conservada	2
Dolor, defensa, lesión	1
Vientre en tabla	0

M: Motor / P: Palabra

Se evalúan en forma simultánea con sencillas pruebas que determinan el compromiso neurológico y las lesiones motoras en los miembros.

Hallazgos semiológicos	Puntos
Alerta- Responde órdenes moviliza adecuadamente	2
Traum. enc. crán / Confuso/ Resp = Decortica	1
Sin resp. al dolor/Herida penet. en cráneo / descerebram.	0

Agrupando todos los territorios hallamos lo siguiente:

R.C.= N// Pulsos Perif. +++//T. Art. Sist. +de 100	2
C Retardo del Rell. Cap. ///Taquicardia// T. art. 80-100	1
Ausencia de Rell. Cap. Asistolia /// T. art. -de 80	0
Frecuencia resp. normal /// sin lesión anatómica	2
R Taquipnea, disnea // Lesión //Dolor torácico	1
Apnea	0
Abdomen no doloroso // sin lesión	2
A Abdomen doloroso/// lesión	1
Vientre en tabla	0
Responde órdenes	2

M Decorticación /// lesión en miembros	1
Descerebración/// ausencia de respuesta al dolor	0

Palabra normal	2
P Confuso o incoherente	1
No pronuncia palabra inteligible	0

De acuerdo a las distintas patologías que el paciente pueda tener se agrupará a los mismos en 5 categorías: ^v

Categoría	Cramp	Tarjeta Arg	Tarjeta Int
Fallecido	--	blanco	negro
Críticos no recuper.	0-1	negro	azul/amarillo
Críticos recuperables	2 a 6 96+	rojo	rojo
Diferibles o moderados	7-8	amarillo	amarillo
Leves e ilesos	9-10	verde	verde

Cuando se realiza la evaluación inicial en la escena, permite distinguir a los pacientes en dos grupos:

Triage de pacientes en el lugar

Urgentes

Críticos y moderados
 Rojos/amarillos/negros o azul

No urgentes

Cadáveres e ilesos
 Verde, blanco o negro

Esta evaluación prehospitalaria se realiza en tres etapas:

- 1- Evaluación de gravedad y posibilidad de sobrevida.
- 2- Triage inicial de todos los pacientes.
- 3- Reclasificación, prioridades de tratamiento y evacuación.

1- Evaluación de la probabilidad de sobrevida

La literatura francesa en medicina de desastres agrupa las distintas patologías en las siguientes prioridades de atención:

Emergencias: fallecen inmediatamente sin asistencia y a veces con ella. Se manifiestan como tal:

- a) Asfixia de origen cérico-máxilo facial traumático
- b) Hemorragia exsanguinante.

Urgencias inmediatas: peligro de muerte a corto plazo exceptuando las emergencias.

Incluyen:

- a) Trauma severo sin asfixia o hemorragia severa.
- b) Destrucciones en los miembros.
- c) Trauma de cráneo con pérdida del conocimiento.
- d) Quemaduras de + del 15%.

Urgencias mediatas: pueden esperar hasta 18 horas.

- a) Traumatismo de cráneo alerta.
- b) Quemaduras leves.

c) Heridas faciales sin compromiso ventilatorio.

Urgencias relativas: esperan hasta 36 horas.

2 -Triage rápido en escena:

Separa y agrupa los urgentes, menos de 1 minuto por paciente.

3 - Reclasificación y evaluación previa al transporte

Entre 2 y 3 minutos por paciente. Una vez que se concluye con la clasificación de todas las víctimas, se harán recorridas de triage cada 15 minutos y se comienzan con medidas de tratamiento básico en el lugar.

De acuerdo al sitio del desastre, es posible contar con un hospital de campaña ó estructura edilicia con equipamiento, rápidamente configurable, que funcionará como Sector de Estabilización y área de reclasificación de las víctimas. El espigón Internacional del Aeropuerto Pistarini y el Sector hangares de Austral y Lapa actualmente han dado excelente resultado en este modelo, permitiendo una evacuación más preparada y eficaz.

También se debe realizar un triage psicológico para evaluar los distintos grados de respuesta, desde una leve ansiedad hasta el estado de shock emocional, implementar las acciones e indicaciones más precisas.

La medicina de desastres enfrenta al médico y sus auxiliares a situaciones de resolución difícil y limitada.

La no utilización de recursos instalados de variada financiación en momentos de desastres es un error metodológico frecuente e injustificable. Pero tal vez el mayor de los errores, intencionadamente producidos a veces, es la dificultad para la integración. Ese gasto permanente de energía, supone competir por invadir los roles de otras instituciones sin dedicarlas al desarrollo óptimo del propio.

El accidente. 31 de agosto de 1999.

La noche del 31 de agosto de 1999 no sería apacible como las anteriores, se escribiría con letras de fuego el capítulo más siniestro de la aviación nacional. A las 20.36 hs. se anuncia la salida del vuelo 3142 de LAPA con destino final la Ciudad de Córdoba, partida que se demora 17 minutos, para comenzar la pesadilla a las 20.53 hs.

El Boeing 737-200 LV-WRZ carretea por la pista y al llegar a la cabecera sur rompe el cerco perimetral del Aeroparque Jorge Newbery, para arrasar con todo lo que se le cruzara a su paso: rejas, automóviles, parada de colectivos, transeúntes y hasta una grúa que trabajaba en el lugar. La macabra iluminación que daba al cielo la aeronave envuelta en llamas, permitió a varios testigos reconstruir el hecho. Solo detuvo su marcha el talud de tierra de la Asociación Argentina de Golf, detrás del cual casi trescientas personas se encontraban disfrutando de un campeonato de golf.

A las 20.57 hs. recibe la Central Operativa de SAME el pedido de auxilio desde un teléfono público, avisando de un accidente aéreo en Aeroparque. Antes de que ingrese la alarma al SAME, se había desplazado hasta el lugar la ambulancia con dotación completa de la Zona 6, que hace base en Plataforma Sur del Aeroparque.^{vi} El médico a cargo del móvil describe a su arribo la situación y la escena: el Sistema se pone en marcha.^{vii}

Se debía implementar el Plan de Contingencia^{viii}, establecer un cordón sanitario, para lo cual se le solicita al Jefe de Operaciones de Policía Federal quien instrumenta como medidas iniciales el corte de calles afectando al personal policial, patrulleros y motociclistas para agilizar el tránsito, y en el caso que corresponda, que escolten a las ambulancias.^{ix}

Los hospitales de referencia, puestos en alerta roja eran el Hospital General de Agudos Juan Fernandez, Hospital de Niños Ricardo Gutierrez, Hospital General de Agudos Cosme Argerich, Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia, Hospital de Quemados y Hospital General de Agudos Ignacio Pirovano.

Siendo las 21.13 hs. el Director Operativo de SAME en conjunto con el Jefe Operativo de Policía Federal disponen el siguiente cordón sanitario: Corte de calle en Avenida Costanera en el tramo comprendido entre Avenida Sarmiento y Salguero (Acceso Hospital Argerich). Colaboración del personal policial en Avenida Sarmiento, Avenida del Libertador, Coronel Díaz y Cerviño, para el acceso al Hospital Fernandez.

Avenida Sarmiento, Avenida del Libertador y Monroe, para el acceso al Hospital Pirovano.

Avenida Sarmiento, Avenida del Libertador, Coronel Díaz y Paraguay, para el acceso al Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. El resto de los hospitales de la red se mantienen alertados continuando con la atención de la demanda sanitaria habitual de la ciudad.

Se estableció una noria de clasificación y atención, estabilización y traslado.^{x xi}

Las autoridades del aeropuerto informaron que se trataba de un avión Boeing 737-200 con capacidad para 149 personas, y que trasladaba a 80 pasajeros y 5 tripulantes.

Se realizó el triage trasladando en un primer momento 30 sobrevivientes críticos recuperables y de mediana gravedad: 21 al Hospital Fernández, 4 al Hospital Rivadavia, 2 al Hospital Argerich, todos ellos con diagnóstico de politraumatismos, heridas cortantes y quemaduras superficiales y profundas, y 3 quemados graves al Hospital de Quemados. Las dos azafatas de 23 y 25 años luego de haber sido atendidas con diagnóstico de politraumatismo y crisis nerviosa, se trasladan a la Clínica Bazterrica, y un pasajero politraumatizado a la Clínica del Sol.^{xii xiii}

Se concentró la atención de víctimas en el lugar, y a medida que se las evacuaba, se cubría la atención física y psicológica de familiares y personal de rescate en el lugar, en los hospitales y centros de derivación, en la zona de embarco del aeropuerto y en la Morgue Judicial de la Ciudad.

Luego que 10 dotaciones de bomberos utilizaran 1600 litros de emulsor para combatir el inflamable combustible, comenzó la tarea de remoción de escombros en busca de sobrevivientes y cadáveres. Se dispuso que ocho ambulancias permanecieran en el lugar, se asignaron cinco móviles sin profesionales médicos para que colaboren con el traslado de cadáveres. Se instruyó al Jefe del Departamento Transporte de SAME para que organice los relevos del personal y eventuales refuerzos.

Pasada la media noche se dispuso la presencia de la Unidad psiquiátrica Móvil, conjuntamente con dos móviles de prevención, los que se apostaron en las inmediaciones de las oficinas del Aeroparque, poniéndose al servicio y disposición del Grupo de Factores Humanos.^{xiv xv}

Se envía a la 01.40 hs. una ambulancia a la Casa de la Provincia de Córdoba y otra al Aeropuerto de Ezeiza, al entrar en conocimiento que se encontraban en vuelo desde Córdoba familiares de las víctimas.

El lugar parecía un campo de batalla, con dos vehículos atropellados, uno de los cuales solo pudo ser reconocido por el paragolpes delantero de color blanco y la patente que aun conservaba CJJ 482.

Se enviaron a la Morgue Judicial 66 cadáveres, en su mayoría quemados al punto de carbonización, y 11 bolsas con restos humanos para la identificación.^{xvi} Unos días después fallece en el Hospital de Quemados la víctima número 67.

Reflexiones finales.

El plan de contingencias se cumplió según estaba establecido... El sol se levantaba en el río disipando las tinieblas después de diez horas de horror y muerte. Se descubre un telón que nos sorprende trabajando junto a Policías, Bomberos, Prefectos, Personal de Fuerza Aérea y Defensa Civil. Primero luchando contra el fuego, luego contra el dolor, y por último contra las dudas. Contra el fuego, arriesgando las propias vidas por salvar la de otras personas a las que no conocíamos. Contra el dolor, intentando dar alientos a los que agonizaban entre los hierros calcinados.^{xvii} Contra las dudas, colaborando con la Justicia en la búsqueda de la verdad... Recordando que no existe el hombre activo, sin error. El concepto más moderno de error es el sistémico, aquel que estudia no solo el hecho fallido, sino qué factores pudieron favorecerlo.^{xviii} El tiempo limitado para decidir, la indefensión y soledad en que a veces se encuentra quien decide y las luctuosas consecuencias de un error, han hecho que se diseñaran los protocolos, llamados "check list" en la jerga aeronáutica, porque disminuyen el margen de error, quitándole al operador la posibilidad de memorizar los procedimientos.^{xix} Conmovidos por la tragedia, pero satisfechos por haber hecho lo que debíamos.

BIBLIOGRAFIA

-
- ⁱ Muro M y Neira J. Situaciones de Desastre. Preparación y Coordinación Médica. Ed. Data Visión (Buenos Aires), 1999.
- ⁱⁱ Gomez M y Neira J. Atención inicial de pacientes politraumatizados. 1º edición. Editorial Fundación Pedro Luis Rivero, 1992.
- ⁱⁱⁱ Alejandro S, Ballesteros M y Neira J. Pautas de manejo definitivo de pacientes politraumatizados. 1º edición. Editorial Hoechst Marion Rousell, 1996.
- ^{iv} Ramenofsky M y colab. Manual Avanzado de Apoyo Vital en Trauma. Colegio Americano de Cirujanos. 1º edición (Illinois, USA), 1994.
- ^v Cohen E. Patient identification at triage tags. JEMS, 15-45, 1986.
- ^{vi} Muro M y colab. ¿Paraqué una base en un aeropuerto?. Rev. SAME, 8 (4): 50-54, 2000.
- ^{vii} Muro M y colab. Participación del SAME en el accidente de Austral. Rev SAME, 5 (4): 9-11, 1997.
- ^{viii} Muro M, Carluccio V y colab. Plan operativo Sanitario para Desastres. Departamento de Desastres del SAME. 2º edición, 2000.
- ^{ix} Martínez Almoyna M y colab. Manual de Regulación Médica de los SAMU. Elementos para la Regulación Médica de la Urgencias. 1º edición en español. Editorial Fundación Pedro Luis Rivero, 1999.
- ^x Neira J. Categorización de pacientes en caso de catástrofes. Boletín Dto. de Medicina de Catástrofes de la Dirección Nacional de Defensa Civil, 1988.
- ^{xi} Rozemblat E. Atención de víctimas en masa. Medicina de Catástrofe, 1 (1): 3-5, 1988.
- ^{xii} Datos obtenidos de la Central Operativa y Coordinación Médica de SAME, 1999.
- ^{xiii} Riú J y Tavella de Riu G. Lesiones. Ed. Akadia-Lema (Buenos Aires), 1994.
- ^{xiv} Rivas T, Falcon R, Brusco I. El rol de los profesionales de la salud mental en situaciones de desastre. Rev. SAME, 8 (3): 6-21, 2000.
- ^{xv} Muro M y colab. Equipo de Factores Humanos. Reunión con personal del SAME interviniente en el incidente de Lapa. Rev. SAME 7 (3): 16-22, 1999.
- ^{xvi} Cohen R. Datos obtenidos de la Morgue Judicial de la Ciudad de Buenos Aires, 2000.
- ^{xvii} Muro M y colab. La tragedia de Aeroparque. Intento de explicar lo inexplicable. Rev. SAME, 7 (3): 12-15, 1999.
- ^{xviii} Cohen E. Psiquiatría y Desastres. Ed. Panamericana (Buenos Aires). 572-580, 1986.
- ^{xix} Muro M. Editorial. Rev. SAME, 7 (3): 5-6, 1999.