

PROTECCIÓN DE LA SALUD EN ESCENARIOS COMPLEJOS.

Dres. Muro Marcelo*, **Farías Daniel****, **Lozano María***** y **Cohen Roberto*****.

**Director Nacional de Emergencias Sanitarias del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.*

***Director de Emergencias de la Provincia de Buenos Aires.*

****Médicos del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía. Asesores de la Director Nacional de Emergencias Sanitarias.*

Las emergencias son situaciones de aparición brusca e inesperada donde mucha gente debe desarrollar actividades a las cuales no está acostumbrada, interactuando con caras desconocidas y definitivamente en un medio incómodo y muchas veces hostil.

Las emergencias se clasifican en:

Simples: concatenación lineal. Ejemplo de ello es un accidente de tránsito o un incendio con evacuación previa o controlado.

Complejas: concatenación de elementos geométricos o exponenciales como concurrencia de factores catalizadores, alimentadores o comburentes para la inestabilización temporal del incidente con problemas para su resolución.

La complejidad del escenario pone su acento fundamental en la posibilidad de génesis de violencia más que en la necesidad de recursos para su resolución.

Podemos definir las emergencias en función de su envergadura: en microemergencia o macroemergencia.

La protección de la salud se torna más difícil en situaciones especiales que hemos dado en llamar: **Escenarios Complejos**. En tal sentido, se define a aquel ámbito de actuación en medicina de emergencias donde debe cumplirse con determinadas características para ser considerado como “complejo”: **1)** el status de los participantes. **2)** El carácter global o internacional de los mismos. **3)** La concentración de personas en tiempo y espacio.

En los últimos diez años, la República Argentina ha atravesado por situaciones sociales y políticas históricas, las cuales se acompañaron de escenarios complejos en

los cuales fue necesario diseñar planes de atención sanitaria para dar respuesta a la demanda generada en cada uno de esos eventos. Los atentados a la Embajada de Israel en 1992 y la AMIA en 1994 en Capital Federal (con 22 y 85 muertos respectivamente), los accidentes aéreos de Austral en 1997 en Fray Bentos que arrojó 74 muertos y LAPA en 1989 en Capital Federal con 67 muertos y 35 heridos, las protestas sociales en todo el país del 19 y 20 de diciembre de 2001 que provocaron 350 heridos y 6 muertos en 23 horas solamente en la ciudad de Buenos Aires y 22 fallecidos en total en el país, los incendios en las discotecas Kheyvis en 1993 en Vicente López, provincia de Buenos Aires con 17 muertos más de 50 heridos de distinta consideración. El incendio de la Discoteca República de Cromagnon en diciembre de 2004 en Capital Federal, que arrojó 194 muertos, 900 heridos y 726 víctimas trasladadas a centros de salud. Los recitales de música como Los Redonditos de Ricota en octubre de 2000 con 170 heridos y un muerto en 4 horas de recital. Los piojos y Caballeros de la Quema entre 2000 y 2002, Buenos Aires Vivo y Argentina Presente en 2000 y 2001, con dos jóvenes electrocutados en la ciudad de Buenos Aires en el año 2000, la cobertura de atención de Ministros de Salud de la Nación en la Reunión de COFESA (Confederación Federal de Salud), en la Ciudad de Mar del Plata en mayo de 2006.

Lo hasta aquí descripto ha ocurrido en ciudades importantes del país, involucrando solo la necesidad de atención a grupos nacionales; y en cuanto a eventos globales o internacionales que involucraron la participación de otros países, podemos mencionar la COP10: Cumbre para el Cambio Climático en Buenos Aires en octubre de 2004, donde asistieron 7500 acreditados de todo el mundo con 450 atenciones de distinta gravedad; la Cumbre de Cancilleres del Grupo de Río en 2005 en Bariloche, provincia de Río Negro, las Cumbres MiSAmA: de Ministros de Salud de las Américas, la IV Cumbre de Presidentes de las Américas y la Cumbre de los Pueblos, estas tres últimas en Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires en junio y noviembre de 2005 y la Cumbre de Presidentes del MERCOSUR y países asociados en la Ciudad de Córdoba en Julio de 2006, donde reunió a 2000 integrantes de delegaciones nacionales y extranjeras, con un número de 4000 agentes acreditados de distintas instituciones oficiales, de seguridad y protocolo, con la idoneidad necesaria para generar la experiencia de los autores del trabajo en este tipo de eventos y la autoridad válida para transmitir lo hasta aquí actuado.

El análisis de estos eventos permite ver que la complejidad surge del estudio comparativo de los mismos. El status de los participantes varía desde menores de edad bajo efecto de sustancias psicoactivas, hasta mandatarios de estado y sus delegaciones, presionados por la realidad social de su propio país y del país que visitan; ávidos de seguridad en todas las etapas, al punto límite de lo inimaginable en cuanto al despliegue de grupos de avanzada, tecnología orientada a la protección de los concurrentes y recursos económicos dispuestos a ser utilizados en situaciones no deseadas, equivalentes a presupuestos anuales de estados emergentes. El carácter global abarca desde individuos que concurren para escuchar música o bailar, hasta delincuentes que aprovechan la confusión del cúmulo de personas para cometer delitos; y en el otro extremo de la globalidad de los participantes hay dignatarios, políticos y personalidades públicas de distintos lugares del mundo, con diferentes jerarquías, costumbres y hasta ideologías contrapuestas. En cuanto a la concentración de personas en tiempo y espacio, el análisis varía desde la gran concentración por metro cuadrado en espacios cerrados, poco ventilados y mal iluminados, pasando por las protestas callejeras incontroladas, hasta las reuniones de personalidades de primera línea política en espacios cerrados cual microclimas vigilados y esterilizados. Sistemas de seguridad que intentan ser tan seguros y exclusivos que se vuelven peligrosos en sí mismos, como hemos vivido en la última reunión de Presidentes en la Ciudad de Córdoba, donde se ha querido camuflar un móvil de seguridad e inteligencia, en una ambulancia, cuyas consecuencias casi generan un conflicto diplomático internacional.

Todo plan de protección de la salud en escenarios complejos tiene tres etapas, de distinta magnitud y duración, pero de igual importancia a los fines del éxito operativo.

- **ANTES** de la Emergencia: Participación activa de todos los integrantes del operativo, conociendo las capacidades de los grupos designados antes de la actuación en terreno. Difusión de los planes de contingencia por parte de las autoridades de coordinación. Ejercitación controlada mediante capacitación, simulacros y simulaciones adecuadas a las características del evento reproduciendo condiciones de tiempo y lugar. Contacto con los grupos de enlace local, que conocen el terreno, las dificultades de actuación y los requerimientos específicos, en nuestro caso: en el área de salud, a fin de adecuar a la realidad

local los recursos generales que se pondrán a disposición. Esta etapa, no puede ser medida o encasillada en horas, días o meses previos al desarrollo del evento; ya que la complejidad de cada operativo es el patrón que define el momento de iniciar las actividades de inteligencia y avanzada. Por otro lado, la espontaneidad o lo repentino en que puede iniciarse un escenario complejo, no permite en muchos casos planificar la actuación con antelación, debiendo poner en marcha la experiencia propia de otros eventos y la de grupos similares de actuación con mayor experiencia.

- **DURANTE** la Emergencia: Es el desarrollo del operativo en sí, con la posibilidad de modificar conductas y actitudes de acuerdo a las dificultades que se planteen en las reuniones de situación. Debiendo tener en cuenta que a la matriz fija del diseño operativo se le pueden adosar variantes que surgirán con la propia ejecución en terreno, donde la improvisación y espontaneidad juega un papel fundamental, no siempre para bien, ya que en muchos casos a la falta de experiencia se la quiere cubrir con improvisación, con el objeto de justificar la falta de conocimientos y en consecuencia el fracaso. Por lo tanto, la aplicación de procedimientos conocidos y modelos de entrenamiento aprendidos y practicados, son sin lugar a dudas, el camino al éxito.
- **DESPUÉS** de la Emergencia: Mediante reuniones por niveles de actuación, con evaluación de los hechos e informes integrados, capaces de modificar las falencias, reducir las dificultades y afianzar los aciertos. Un buen plan operativo nunca termina exactamente tal cual fue diseñado. Las modificaciones serán aquellas que surjan de la aplicación fundamentada, y no de la improvisación de aquellos integrantes que no se integran a un trabajo de equipo, pensando que su intervención es más importante que la de otros en forma individual o lo que es peor, a la del conjunto en sí. Es muy importante incluir todo lo realizado, inclusive lo que salió mal. Este será el gatillo, el punto de partida para el retorno a la fase inicial: el antes del próximo escenario. Promover el entrenamiento contínuo del personal dentro y fuera de su área habitual de trabajo, a fin de lograr una capacitación extraordinaria a las tareas que realiza a diario, con la finalidad de

actuar en otros sectores en caso de desastre en escenarios que se vuelvan complejos, conociendo de antemano el funcionamiento del área donde sea requerido, adecuando su rol a las misiones y funciones en cuestión.

Los planes deben contar con: objetivos generales para todos los escenarios claramente expresados, y objetivos particulares adaptados a cada lugar y circunstancias de actuación. Los objetivos y el desarrollo de los planes deben contemplar:

- Descripción del diseño de respuesta.
- Conformación de los distintos equipos.
- Análisis de las hipótesis de actuación.
- Descripción de operaciones especiales.
- Instrucciones varias.
- Preguntas desde y hacia los miembros que integran los equipos.
- Manejo de cadáveres en escenarios complejos.
- Recomendaciones finales.

El diseño de respuesta debe encuadrarse en dos tipos: 1) técnico-administrativo y 2) operativo. Ambos están íntimamente relacionados, ya que el éxito técnico-administrativo depende de una acertada operatividad, y la respuesta operativa depende de la idoneidad del diseño técnico y su correcta administración. Lo que hoy se denomina Gestión de emergencias y desastres o como preferimos definir los autores: Control de Gestión en la Protección de Salud en Escenarios Complejos.

El diseño de respuesta operativo debe contemplar: Respuesta Médica en tres niveles de atención: Emergencias y trauma, tratamiento de quemados y tratamiento de intoxicaciones. Respuesta Epidemiológica y Respuesta de Salud Mental.

El diseño técnico-administrativo comienza mucho antes del evento, con los grupos de avanzada, adelantados o previos (la denominación es indistinta, y se utiliza de acuerdo al área que involucre: Fuerzas de seguridad, Ceremonial y Protocolo, Salud, Prensa, Arquitectura sanitaria, etc.), que actúan en forma anónima pero que se conocen entre sí y se complementan en las tareas previas, determinando los lugares

estratégicos de ubicación de los puestos fijos de atención, la necesidad de puestos móviles de asistencia, los lugares alternativos de actuación en caso de colapso de los puestos fijos, las áreas restringidas, los corredores de circulación general y los exclusivos, en definitiva lo que puede darse a conocer y lo que nunca se conocerá de un operativo. En cuanto a lo sanitario: la cantidad y variedad de insumos en relación al número de participantes, el tipo y número de unidades de traslado, definiendo la complejidad vehicular y del personal a cargo. El número y tipo de profesionales necesarios para cubrir la demanda. Presentación con las autoridades organizadoras, anfitrionas y/o responsables del evento, a fin de conocer los requerimientos que demanden desde el sector salud, lo cual muchas veces no es factible de cumplir, ya sea por desconocimiento de esas entidades en lo que hace a la estrategia en salud, o a la exageración en las exigencias; recorriendo el abanico de posibilidades el pensamiento dual extremista que alguna vez expresara el Dr. Miguel Martínez Almoyna al intentar definir la urgencia: *“todo lo que se siente como urgente...es realmente urgente”* y en el otro extremo: *“en realidad no existen urgencias...sino gente apurada”*.

¿Quién o quiénes están en condiciones de cumplir con esta etapa del diseño de respuesta? Sin lugar a dudas aquellas personas con experiencia, que solo hablen de lo que saben hacer; ya que estamos plenamente convencidos que las estrellas están en el cielo, y muchas veces debemos escuchar a “técnicos” hablando de temas que solo conocen por Internet, o aquellos que organizan un operativo desde un escritorio, cuando solamente se han desplazado alrededor del mismo, o que en una conferencia muestran fotografías que han producido otros en lugares de la tierra donde jamás han estado, desconociendo la realidad que existe fuera de un cómodo sillón de oficina. Hemos asistido con asombro a exposiciones del tema donde una computadora de última generación y una buena conexión de internet permitieron al disertante obtener lo necesario para armar una buena conferencia; pero la desilusión de los espectadores no tarda en hacerse notar cuando llega el momento de las preguntas que intentan conseguir respuesta a algún problema, hasta ese momento sin solución, que por supuesto seguirá sin resolver por el locuaz conferencista.

La conformación de un equipo multidisciplinario eficiente debe reunir a los siguientes profesionales: médico clínico o cirujano con experiencia emergentológica, sanitarista con experiencia en epidemiológica en desastres, arquitecto o ingeniero con experiencia en higiene y seguridad sanitaria, psicopedagogo con manejo de recurso humano de nivel universitario, licenciado en administración con conocimientos de gerenciamiento en salud e informática, licenciado en economía familiarizado con los aspectos financieros de los recursos de salud, abogado con orientación bioético-penalista, mecánico con orientación industrial y conocimientos de bioingeniería, bombero con manejo de protocolos de sustancias peligrosas, tipo QBRN (Químico, Biológico, Radiante y Nuclear), vocero de prensa con conocimientos sanitarios y manejo del léxico médico y por último un integrante de nivel ejecutivo con jerarquía en la estructura de gobierno y poder político. No es necesario que el grupo esté conformado por todos y cada uno de los enunciados, pero la concurrencia de la mayoría hará más sustentable el plan.

¿Quién o quiénes deben conformar los distintos equipos de actuación en terreno? La conformación de los equipos operativos deben tener tres niveles médicos de actuación: uno de coordinación operativa que se manejará en forma vertical hacia arriba con el responsable final sanitario e interactuará horizontalmente con los grupos de enlace multidisciplinarios y locales (personal de rescate de otras instituciones, jueces, fiscales y peritos forenses, agentes del orden, personal administrativo de la organización del evento, equipos de apoyo para familiares de víctimas y personal, actuante, organizaciones independientes y voluntarios de la comunidad.

El perfil del Coordinador debe ser operativo, de especialidad clínica o quirúrgica con experiencia emergentológica. Entre sus misiones y funciones debe ejercer liderazgo efectivo, tomar contacto con representantes de todos los organismos involucrados, ser capaz de determinar prioridades, prever duplicación de esfuerzos, manejar la información y aplicar uniformidad de procedimientos.

Hacia abajo tendrá contacto directo con el segundo nivel de actuación médica, que es el eje fundamental del éxito operativo: profesionales médicos de perfil clínico-quirúrgico capacitados con protocolos de actuación internacional y sus distintas adaptaciones

nacionales (ATLS, ITLS, ADLS, BDLS, PHTLS y ACLS). Este nivel tendrá un coordinador de terreno al cual responderán desde la función asignada.

El tercer nivel de actuación médica, no es menos importante que los anteriores, pero sus responsabilidades se ven acotadas por las especialidades que desarrollan: epidemiología, toxicología, quemados y salud mental. Responderán a las necesidades operativas por sectores, con misiones y funciones previamente acordadas.

El segundo nivel médico, o nivel de actuación en terreno, debe estar escoltado por personal de enfermería, entrenado en atención de emergencia, a razón de uno por turno de trabajo y uno por móvil de traslado. Completando el grupo de actuación, cada unidad de traslado sanitario deberá contar con un conductor capacitado en atención inicial y entrenado en el manejo en norias de circulación de escenarios complejos, capaz de desplazarse por vía terrestre en modos: cápsula, comitiva, caravana, prevención, evasivo y código rojo, a tiempos reales y diferidos. Para lo cual es importante conocer el terreno a cubrir con antelación.

Aquellos pilotos de aeronaves (aviones y helicópteros) configuradas sanitarios, deben estar capacitados por la autoridad aeronáutica correspondiente, en lo referente a traslados sanitarios, tal como lo hace el INMAE (Instituto Nacional de Medicina Aeronáutica y Espacial), dependiente de la Fuerza Aérea Argentina.

Las hipótesis de actuación que deben tomarse en cuenta en escenarios complejos, responden a:

- Eventos de víctimas únicas con o sin trauma.
- Eventos de víctimas múltiples con o sin trauma.
- Paro cardiorrespiratorio presenciado o no.
- Aparición de patologías desconocidas preexistentes.
- Complicación de patologías conocidas preexistentes.
- Incidentes durante el traslado aéreo y/o terrestre.
- Atentados terroristas involucrando víctimas únicas: lesiones por proyectiles de arma de fuego, arma blanca, gases tóxicos o explosivos.
- Atentados terroristas involucrando víctimas múltiples: químicos, biológicos, nucleares, radiantes, explosiones, incendios.

- Brotes de ETA (Enfermedades de transmisión alimentaria) y ETI (Enfermedades tipo Influenza).

Principios básicos de atención de paciente único.

- Realizar un interrogatorio completo.
- Determinar gravedad y necesidades.
- Casos graves: colocar siempre Oxígeno a flujo 10 litros/min.
- Colocar vía periférica: catéter sobre aguja 14 o 16. Una o dos vías de acuerdo a la patología.
- Aplicar en todos los casos el protocolo en el orden correspondiente.
- Registrar todo actuado.

Principios básicos de atención de víctimas múltiples.

- Realizar semiología de la escena de afuera hacia adentro.
- Utilizar el START como método de triage.
- Designar un encargado de triage por turno.
- Repetir el triage del lugar de impacto en el centro de estabilización.
- Trasladar las víctimas al centro de estabilización o puesto fijo y pedir cercar el área.
- Evacuar, si es necesario, respetando el orden de triage.
- Aplicar en todos los casos el protocolo en el orden correspondiente.
- Registrar todo actuado.

En todos los casos y en la medida de lo posible:

- Mantener la calma y cumplir el plan operativo establecido.

- No mover cadáveres, salvo que dicha actitud genere riesgo para el rescatador, o la valencia social indique lo contrario. Tomando los recaudos para dejar por escrito el lugar desde donde se moviliza el o los cuerpos, la posición, las características del lugar del hecho, la hora y todo elemento de interés para la investigación forense.
- No reanimar paros si no hay personal suficiente. Recordando que el triage es ofrecer lo mejor para el mayor número de víctimas y no para las más graves.
- No gritar ni generar más desorden.
- Escuchar al líder.
- Aplicar técnicas standard de estabilización. El área de impacto no es un buen lugar para improvisar o actuar empíricamente.

En casos de víctima única en PCR (Paro cardiorrespiratorio):

- Aplicar normas ACLS.
- Realizar RCP (Reanimación cardio pulmonar) básico continuo.
- Obtener vía aérea avanzada y aportar oxígeno a alto flujo (mayor a 10 litros/min)
- Conectar siempre a monitor cardíaco.
- Registrar en forma escrita la utilización de drogas y sus tiempos.
- Comenzar la reanimación y al mismo tiempo alguien debe contactar allegados.
- Comunicar la gravedad de la situación a quien corresponda.

Situaciones Especiales que deben tenerse en cuenta durante la atención en escenarios complejos:

- Intoxicaciones masivas con alimentos, venenos, etc.
- Ataque con químicos (líquidos, sólidos o gaseosos), plaguicidas, etc.
- Desbordes por gran número de víctimas, periodistas ó público.
- Ataque directo al lugar de concentración de personas (hotel, estadio, teatro, discoteca, etc.).
- Atención de un presidente, su esposa o personalidad con alta valencia social.
- Problemas de idioma entre víctima y rescatador.
- Problemas diplomáticos de jurisdicción.

Instrucciones generales varias para la actuación en escenarios complejos:

La actuación sanitaria en escenarios complejos, conlleva un número de instrucciones generales varias, las cuales deberán ser adaptadas al tipo de evento, con una base común para todos ellos:

- En todo momento debe haber una dotación completa en cada puesto, sea fijo o móvil. Lo impredecible de la emergencia hace que un operativo fracase por fallas humanas.
- Salvo requerimiento, no circular innecesariamente. Si bien la presencia de personal sanitario debidamente identificado genera tranquilidad en los participantes del evento, algunas veces puede malinterpretarse, y la exposición se convierte en una actitud de preocupación o inseguridad.
- En todo momento llevar el equipo de comunicación, la identificación y la vestimenta asignada. Estos elementos hacen a la propia seguridad del rescatador, ya que la posibilidad de una identificación rápida es necesaria en caso de dispararse un alerta, y para aquellos que esperan generar caos o sacar ventajas en sectores controlados, la figura de un individuo que no tiene prácticamente restricciones de ingreso y egreso de las áreas críticas, se vuelve un blanco deseado al momento de obtener el beneficio que la categoría, el nivel de responsabilidad o jerarquía otorga al equipo de salud.
- Respetar el diseño de turnos preestablecido. No solo para el trabajo sino para las horas de descanso y comidas, ya que las jornadas operativas pueden ser prolongadas y la fatiga física y mental es propicia para cometer errores.
- El personal que no esté de turno estará a disposición en formas rápidamente ubicable, recordando lo impredecible de la emergencia, la cual cuando surge en forma premeditada, suele elegir los tiempos y horarios de menor refuerzo de personal, no solo asistencial, sino de seguridad.
- No abandonar el radio operativo sin autorización de quienes ejerzan la Coordinación. Cualquier movilización debe comunicarse
- Cualquier observación extraña, por parte de los integrantes de los equipos de actuación, debe ser informada, ya que el trabajo interdisciplinario se ve enriquecido por el aporte de todos los sectores, los cuales en determinadas situaciones adquieren una importancia impensada, recordando que manejar información es manejar poder.
- El personal de cada puesto es autónomo pero pueden movilizarse de acuerdo al requerimiento que la Coordinación operativa considere como estrategia.

- Los móviles de traslado sanitario no deben moverse sin autorización del coordinador del área. En caso de ser necesario un desplazamiento, deberá adecuarse a las norias de circulación y en los grados de emergencia autorizados (sin señales, con señal lumínica únicamente o con identificación sonora y lumínica combinada).
- Todo paciente con diagnósticos dudosos deben ser trasladados por lo menos en silla de ruedas, evitando la exposición pública, si el ámbito lo permite.
- En caso de que la complejidad de la patología requiera traslado, hacerlo siempre al lugar primario de derivación preestablecido.
- No se debe trasladar ningún paciente sin aviso.
- En caso de víctimas múltiples se utilizará un área de estabilización alternativa, la cual estará chequeada con anterioridad, y en conocimiento de los grupos de apoyo no médicos que colaborarán en caso de colapso, tales como fuerzas de seguridad, Defensa y Protección Civil, etc.
- De igual forma, se utilizará el área de estabilización alternativa en caso de colapso de un puesto fijo, ya sea por atentado, desborde de pacientes o público.
- Se registrarán todos los pacientes en el libro de guardia en forma cronológica, con detalles identificatorios, diagnósticos, tratamientos y recomendaciones. El mismo tiene valor de prueba pericial, debiendo cumplirse con las normas legales vigentes para la confección de documentación sanitaria.
- El profesional a cargo de la asistencia deberá quedar debidamente registrado para su identificación en caso de requerimiento operativo o judicial.
- No se debe dar informes a la prensa sin la debida autorización, recordando que es de buena práctica centralizar la información en la persona de mayor jerarquía presente o quien él designe para ese momento. Teniendo en cuenta el tipo de pacientes tratados, deberá adecuarse el grado de información a lo que el paciente o su familia autorice. En los casos en que exista intervención policial o actuación judicial, no podrá darse ninguna información que no haya sido autorizada por el magistrado interventor. En caso de tratarse de personalidades de la política nacional o extranjera, la información deberá adecuarse a las recomendaciones sugeridas por los propios involucrados, sus representantes oficiales o sus médicos personales. Es de buena práctica dar información, ya que el aporte de información suele aliviar tensiones. El silencio crea expectativas e incertidumbres. Sugiriendo dar los informes a modo de comunicados

(orales y escritos) de todo dato que resulte de interés, luego de la debida autorización, respetando los secretos de sumario, los derechos personalísimos y las buenas costumbres.

La información debe cumplir con tres características: decir poco, que todo lo que se diga sea verdad, pero no toda la verdad.

- Cualquier violación del secreto médico en estos casos tiene connotaciones inimaginables.
- En caso de mandatarios o personalidades públicas con médico acompañante se permitirá su integración al equipo en la acción y en las decisiones.
- Por una cuestión de seguridad no se entrega medicación a terceros, sin evaluación previa del requirente, sin importar su jerarquía o condición, ya que la prescripción es un acto médico, con responsabilidades que concluyen en la concreción de la práctica médica, y en determinadas situaciones la intervención de terceras personas se convierte en una condición peligrosa de seguridad, a la cual el médico deberá responder con idoneidad.
- No se le debe negar la atención a nadie. Aun cuando el área de atención se ubique en zonas de acceso restringido, el o los profesionales deberán acercarse al paciente sin violar los cordones de restricción y sin descuidar los puestos preestablecidos.
- En aquellas situaciones especiales en que operativamente un móvil se traslade en modo de cápsula, el personal se mantiene encapsulado en todo momento. Cualquier novedad se informa, pero no se desarma la cápsula.
- Un incidente menor puede desencadenar una tragedia.
- Ningún operativo termina hasta que realmente termina. El nivel de stress generado, o el 1/adrenalina debe mantenerse hasta que la voz oficial del operativo dé el finalizado, ya que en los momentos previos al final, donde reina el cansancio, la distensión y la desatención, suele ser un momento de posibles alertas que involucre tanto a los asistentes al evento que se desconcentran como a los miembros del grupo sanitario que confían en que su trabajo ha terminado.
- Finalmente, pero no por ello menos importante, la seguridad del rescatador debe ser pilar fundamental del operativo, sin actos heroicos que en definitiva solo serán tenidos en cuenta por unos pocos, recordando que un rescatador muerto no rescatará más. En este punto es importante recordar los "4 NO" de la emergencia para cuando los

actuantes en un rescate se vuelven confiados: 1) NO suponga nada, 2) NO se precipite, 3) NO pruebe, coma, huela ni toque nada y 4) NO se convierta en una víctima más.

Las instrucciones generales hasta aquí expuestas, requiere de una especial atención en todas las etapas de actuación, con objetividad y sin perder la capacidad de rechequear, con una meta preestablecida: reducir el riesgo. El conocimiento de los distintos escenarios “semiología de la escena”, permitirá administrar el riesgo si se logra reducir la vulnerabilidad del grupo de actuación (riesgo interno) y si se capacita al personal en conocimiento de las amenazas (riesgo externo). El Libertador Simón Bolívar decía: *“La seguridad más segura, es dudar”*, y con este pensamiento como base de fundamento enfático es posible dar una serie de recomendaciones finales, que en muchos casos no solo le salvarán la vida a probables víctimas, sino que preservarán al rescatador, evitando que se convierta en una nueva víctima: respetar las reglas clave y protocolos. La inactividad condiciona a los actuantes volviéndose confiados. Los curiosos pueden hacer cosas que compliquen la situación. Por ello, y para no convertirse en una víctima más, reafirmamos que el rescatador no debe suponer nada, no debe precipitarse, no debe probar, oler, comer ni tocar nada en forma injustificada.

Preguntas desde y hacia los miembros que integran los equipos.

La conformación de un plan para proteger la salud en escenarios complejos, debe permitir que exista un intercambio de preguntas entre los integrantes de los distintos niveles de actuación. Muchas veces se generan dudas que no son planteadas en el momento indicado, por temor, soberbia, autosuficiencia o falsa inteligencia; debiendo tener en cuenta que el individuo más inteligente no es el que conoce todas las respuestas...sino aquel que tan solo se pregunta algo más.

Es por ello que la posibilidad de que antes y después de cada evento, los integrantes hagan preguntas, sin dudas enriquecerá la evaluación y conclusiones que realicen los encargados operativos, ya que es un buen momento para dejar al descubierto flancos débiles de la actuación, que quizás no habían sido contemplados.

Recomendaciones generales para el personal que actúa en escenarios complejos.

El personal que actúa en escenarios complejos donde la potencial aparición de víctimas únicas o múltiples es posible o probable, deberá tomar conocimiento de las

siguientes recomendaciones generales para el manejo de víctimas en situaciones de desastre. A saber:

- **En eventos con víctimas múltiples**, la población se sensibiliza a tal punto que puede volverse intolerante. **Por lo tanto**, el personal sabrá comprender las vivencias y actuará con la mayor competencia posible.
- **En eventos con víctimas múltiples**, se ponen en marcha recursos y procedimientos extraordinarios, a los cuales no estamos acostumbrados. **Por lo tanto**, el personal actuará en conocimiento de sus misiones y funciones con la mayor idoneidad.
- **En eventos con víctimas múltiples**, la afluencia de vehículos, autoridades judiciales y políticas, público profano, fuerzas de seguridad y periodistas aumenta considerablemente. **Por lo tanto**, el personal ingresará por los accesos preestablecidos, evitando circular innecesariamente.
- **En eventos con víctimas múltiples**, las jornadas de trabajo obligatoriamente se prolongan, la tensión aumenta y el nivel de concentración y rendimiento decaen. **Por lo tanto**, el personal verá alterada su jornada de trabajo, la cual se recomienda que no se extienda más allá de 12 horas por día máximo, con 12 horas mínimas de descanso.
- **En eventos con víctimas múltiples**, se modifica la actividad laboral del área de impacto. **Por lo tanto**, las autoridades del operativo deberán prever la provisión de alimentos para el personal en funciones y dispondrá de un área interna para descanso y esparcimiento, provista de los medios necesarios de comunicación para estar informado de lo que ocurre con relación al evento fuera del sector de trabajo.
- **En eventos con víctimas múltiples**, la población reclama información sobre posibles desaparecidos involucrados. **Por lo tanto**, se dispondrá de los medios necesarios de información: carteleras, vistas fotográficas del rostro de todos los cuerpos que ingresen fallecidos (identificados o no) y listados por orden alfabético, tanto de sobrevivientes heridos como de todos los fallecidos identificados. Actualizados en forma horaria por personal designado a tal fin.

- **En eventos con víctimas múltiples**, el ingreso de cadáveres al área destinada a morgue y el de heridos a las áreas asistenciales, suele ser desordenado por el gran número que se reciben simultáneamente. **Por lo tanto**, el personal extremará los cuidados con las notas de remisión, historias clínicas y pertenencias. Dejando constancia escrita de todo dato de interés para la operativa durante la permanencia hasta el traslado, si el mismo se produce.
- **En eventos con víctimas múltiples**, suele prestarse a confusión la identificación de cuerpos de fallecidos y las similitudes fisonómicas hacen que el personal pierda en un primer momento objetividad. **Por lo tanto**, se dispondrá de un área dentro del edificio destinado a morgue: amplia, bajo techo, cerrada y refrigerada para realizar el Triage (selección) de cadáveres antes de su ingreso a la sala de obducciones, donde serán clasificados por: sexo, edad aparente, color de piel, color de cabellos y señas particulares. Ese lugar podrá ser utilizado como depósito transitorio de cuerpos hasta la entrega a los deudos. Los cuerpos periciales de rastros y fotografía trabajarán en el lugar a fin de descomprimir el tránsito de personal en áreas destinadas a la atención de sobrevivientes y de familiares que reclamen por sus desaparecidos, sus heridos y sus muertos.
- **En eventos con víctimas múltiples**, el aporte de información sobre el desarrollo operativo de trabajo suele aliviar tensiones. El silencio crea expectativas e incertidumbres. **Por lo tanto**, la autoridad designada a tal fin, de acuerdo a la institución que esté a cargo, con el asesoramiento profesional, dará los informes a modo de comunicados (orales y escritos) de todo dato que resulte de interés, luego de la debida autorización del Magistrado interventor, respetando los secretos de sumario, los derechos personalísimos y las buenas costumbres.
- **En eventos con víctimas múltiples**, el personal asignado al manejo de cadáveres y heridos graves con posibilidades de muerte, suele estar sometido a tensiones no habituales, lo que puede desencadenar malestares físicos y psíquicos propios de la tarea desarrollada. **Por lo tanto**, se dispondrá de un equipo de Médicos Generalistas, Psiquiatras y Psicólogos capacitados para la atención en situaciones de stress postraumático.

- **En eventos con víctimas múltiples**, las calles de acceso y los medios telefónicos de comunicación suelen colapsar. **Por lo tanto**, el personal deberá conocer las norias de circulación en las calles circundantes para arribar. En caso de colapso de las vías de acceso, el personal se concentrará en puntos preestablecidos por las autoridades del evento, desde donde será trasladada por móviles policiales. De igual forma será trasladado el personal que deja el turno. El personal sabrá cuales son las líneas telefónicas para uso exclusivo, o los medios alternativos de comunicación, evitando comunicaciones innecesarias ajenas a cuestiones laborales de operatividad.
- **En eventos con víctimas múltiples**, es posible que el número de víctimas exceda la capacidad operativa. **Por lo tanto**, los responsables de cada área informarán las posibilidades reales de operación, a fin que el Comité de Crisis, Comando Operativo, Comando Unificado, Puesto Médico de Avanzada, o como se defina a los responsables de decidir el punto de corte respecto del requerimiento de ayuda externa, para el cumplimiento de la operativa.
- **En eventos con víctimas múltiples**, la improvisación intenta justificar la falta de conocimientos y en consecuencia el fracaso. **Por lo tanto**, la aplicación de procedimientos conocidos y modelos de entrenamiento aprendidos y practicados son el camino al éxito.
- **En eventos con víctimas múltiples**, ocurren situaciones que difícilmente son resueltas por personal no entrenado. **Por lo tanto**, el personal deberá entrenarse para resolver situaciones que difícilmente ocurran.

Manejo de cadáveres en escenarios complejos.

La Prensa mundial vio con malos ojos y duras críticas a los grupos de adelantados norteamericanos, en ocasión de realizarse la Cumbre de Presidentes de las Américas en la Ciudad de Mar del Plata, cuando bajaron de un avión Galaxy 4000 bolsas de cadáveres. Por dura que parezca la realidad, nosotros lo llamaríamos previsión; ya que una hipótesis de actuación evalúa que probabilidades y posibilidades existen para que se desarrolle un atentado que obligue a su utilización.

En situaciones de desastre, la tendencia es priorizar la atención de los sobrevivientes. Pero al momento de diagramar un plan de atención sanitario en escenarios complejos, no debe dejarse de lado el manejo de los muertos. Cuando se habla de triage en trauma suele repetirse: *“Los muertos no apuran”* pero...debe existir un plan conjunto en el cual, sin descuidar los recursos que se destinen a las víctimas sobrevivientes se pueda atender las necesidades de los muertos.

Producido el desastre, las prioridades son tres: 1) rescate y atención de los sobrevivientes. 2) mantenimiento de los servicios básicos. 3) recuperación y manejo de los cadáveres.

La Institución coordinadora responsable del manejo de cadáveres deberá orientar sus esfuerzos a dar respuesta a las siguientes prioridades:

- a. Búsqueda de información.
 - b. Levantamiento de cadáveres.
 - c. Traslado de los cuerpos y restos.
 - d. Designación de áreas de trabajo para: Depósito de fallecidos, examen tanatológico y exposición de los mismos para su identificación.
-
- a. Búsqueda de información: Del lugar del hecho y sus riesgos, condiciones meteorológicas reinantes, tipo de hecho y peligros potenciales, número de víctimas fatales, estado de los cuerpos, tiempo estimado en realizar el levantamiento, recolección de información de las víctimas.
 - b. Levantamiento de cadáveres: Conocer el área de posible dispersión de restos y/o cuerpos, accesibilidad a la zona y a los cadáveres, integridad de los cuerpos, número y estado de conservación, dividir el lugar del hecho en zonas de actuación, describir, ubicar y numerar los cuerpos en terreno.
 - c. Traslado de los cuerpos y restos: en transporte especializado y/o adaptado para cadáveres, debiendo estar los cuerpos correctamente embalados en bolsas con identificación. No realizar el traslado de cadáveres o sus restos en forma individual, vehículos particulares ni ambulancias.
 - d. Áreas de trabajo: designación de áreas de trabajo para depósito (lugar donde se colocarán los cuerpos a medida que vayan llegando desde el lugar del hecho), cámara refrigerada o acondicionadas a tal fin que permita clasificar los cuerpos

sin exponerlos al sol, o como en algunos países que cuentan con carpas para la preservación postmortem de las víctimas, que contempla un área refrigerada para este fin. El examen tanatológico (estrategia medicolegal) debe contemplar: autopsia o reconocimiento de cadáveres (causa y mecanismo de muerte), descripción de la vestimenta, informe odontológico, examen antropométrico y antropológico, toma de huellas dactilares, toma de muestras biológicas (ADN, histológico y toxicológico), examen radiológico y fotográfico. Debe determinarse un lugar para la exposición (presentación de los cuerpos y posterior reconocimiento). Contemplando que en eventos con víctimas múltiples se impone realizar un triage o selección de cadáveres, igual que en los vivos, a fin de facilitar la identificación de certeza. Una rápida clasificación propuesta incluye la separación de cuerpos en áreas por sexo: masculino-femenino, edad aparente: mayor o menor de 20 años, color de cabellos: negros-castaños-rubios-canos-calvos y la presencia o no de tatuajes (señas particulares). Esa área debe adecuarse además, para realizar un interrogatorio dirigido a los familiares, consultándolos por las prendas de vestir y efectos personales del occiso. Exhibir fotografías del rostro, definir señas particulares diferentes a los tatuajes y exposición del cuerpo en forma respetuosa.

- e. Objetivo final del manejo de cadáveres: conservación, inhumación, cremación o traslado al extranjero. Para ello deben recordarse cuatro premisas básicas: 1) el cadáver producto de un desastre no constituye un riesgo infeccioso. 2) nunca se debe enterrar a las víctimas en fosas comunes. 3) respetar las costumbres culturales y normas religiosas de la población. 4) agotar todos los medios para lograr la identificación de los cuerpos.

Recomendaciones finales.

Quienes intenten transitar el gerenciamiento en medicina de desastres, con el objeto de proteger la salud en escenarios complejos, deberán convivir en la administración del riesgo de la escena con situaciones de conflicto: incomodidades, noches oscuras, gases lacrimógenos, lluvia, frío, viento, calor, incendios, falta de reconocimiento profesional, deslealtades personales, superposición de mandos, pujas de poder, embaucadores indiscretos que hablan de lo que nunca han hecho, detonar de

proyectiles, heridos, sufrimiento y hasta cadáveres, con miedo a la muerte del otro...con miedo a la propia muerte.

Aquellos que se sientan capacitados, deberán aceptar las reglas admitiendo que no siempre tendrán todas las respuestas a sus dudas, pero indefectiblemente tendrán que preguntarse algo más para encontrar el camino del éxito.

Bibliografía consultada.

Álvarez Leiva C y colab. Manual de Asistencia Sanitaria en las Catástrofes. Ed. ELA (Madrid), 1992.

Alzualde L y colab. Departamento de Urgencias. Aspectos médicos, administrativos, éticos y legales. Ed. El taller (Buenos Aires), 1999.

Arnold JL. International emergency medicine and the recent development of emergency medicine worldwide. Ann Emerg Med 1999; 33: 97-103.

Barbetti A. Gestión de calidad en los sistemas de emergencia. Rev 107 Emergencia, 2003; 1 (3): 35-40.

Biancolini C y colab. Argentine Jewish community institution bomb explosion. J Trauma 1999; 47: 728-732.

Bonazzola P y colab. Desastre: un problema de atención médica. Escuela de Salud Pública, Universidad de Buenos Aires 1984; 97.

Casalnuovo C y colab. Colapso de edificio AMIA por explosivos: la atención de víctimas en el Hospital de Clínicas UBA. Rev Asoc Argent Ortop Traumatol 1996; 61 (4): 405-413.

Casalnuovo C. University hospital response before a terrorist bomb attack. Rev Argent Cir 1997; 72 (1/2): 38-48.

Cohen E. Patient identification at triage tags. JEMS 1986; 15-45.

Cohen R y colab. Recurso físico en el hospital público: marco regulatorio para un mejor diseño y aprovechamiento. RM 1998; 1 (5): 13-16.

Cohen R y colab. Seguridad: factor básico para un buen rescate. Rev SAME 2000; 8 (2): 58-60.

Cohen R y colab. Sistema de respuesta frente a incidentes con víctimas múltiples. www.same.org.ar, 2002.

Cohen R. Aspectos medicolegales en la urgencia. (Relato Oficial XIX Congreso Argentino de Patología de Urgencia y Emergentología). Patol Urg 2005; 14(1): 4-40.

Command of Defense Council. Medical Manual of Defense Against Chemical Agents. (London). Sixth edition, 1987.

Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional. Estrategia Médico Legal frente a una Catástrofe: El caso AMIA, 1996.

Curci, O. Toxicología. La Prensa Médica Argentina Editores (Buenos Aires), 3º edición, 2005.

Dykstra E. International models for the practice of emergency care (Editorial). Am J Emerg Med 1997; 15: 208-209.

Eleta G y colab. Identificación en desastres de masas. Cuad Med For 2002; 1 (3): 167-187.

Fernández G y colab. Normas de Atención Médica del SAME 2003. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Ed. Talleres Como (Buenos Aires), 2003.

Gisbert Calabuig J. Medicina Legal y Toxicología. Ed. Masson-Salvat (Barcelona), 4º edición, 1992.

Gómez M y Neira J. Atención inicial de pacientes politraumatizados. 1º edición. Editorial Fundación Pedro Luis Rivero (Buenos Aires), 1992.

Holliman C, Kirsch T, Green G. Guidelines for evaluation of international emergency medicine assistance and developments projects. Ann Emerg Med 1997; 4: 996-1001.

Janniere D, Cara M. Las urgencias médicas a bordo de los aviones de línea. Vie Medicale 1984; 30-33.

Lauwerys, R. Toxicología Industrial e Intoxicaciones Industriales. Ed. Masson (Barcelona), 3º edición, 1994.

Levi L et al. National strategy for mass casualty situations and its effects on the hospital. Prehospital Disaster Med 2002, 17 (1): 12-16.

Lyons K. Is your Hospital prepared to treat hundreds of victims of a terrorist attack?. J Health Prot Manage 1999-00, 16 (1): 20-24.

Manual de Medicina Aeronáutica. Instituto de Medicina Aeronáutica y Espacial, Ed. INMAE (Buenos Aires), 2001.

Manual USAMRIID'S. United States Medical Researchs Information of Infectious Diseases. (USA), 2001.

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.

Mason J y Purdue B. The Pathology of Trauma. Ed. Arnold (Londres) Third Edition, 2000.

Ministerio de Salud del Gobierno de la Nación Argentina. Normativa para móviles de traslado sanitario. Decreto 1269/92. Rev SAME 2000; 8 (4): 7-16.

Ministerio de Salud del Gobierno de la Nación Argentina. Preparación ante riesgo global de Terrorismo Biológico y Químico, 2001.

Mitchell J. Stress: The history, status and future of critical incident stress debriefings. Journal of Emergency Medical Services 1988; 13: 98.

- Mitchell J, Bray G. Emergency Services Stress. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall, 1990.
- Mitchell J, Everly G. Critical Incident Stress Debriefing: CISD. Ellicot City, Md: Chevron Publishing Company, 1993.
- Muro M y colab. Participación del SAME en el accidente de Austral. Rev SAME 1997; 5 (4): 9-11.
- Muro M y Neira J. Situaciones de Desastre. Preparación y Coordinación Médica. Ed. Data Visión (Buenos Aires), 1999.
- Muro M y colab. La tragedia de Aeroparque. Intento de explicar lo inexplicable. Rev. SAME 1999; 7 (3): 12-15.
- Muro M y Neira J. La importancia de la capacitación del recurso humano y del control de calidad en la atención del paciente traumatizado. Rev. SAME 1999; 7 (3): 51-64.
- Muro M. y colab. Plan Operativo Sanitario para Desastres. Departamento de Desastres del SAME, 1999.
- Muro M, Carluccio V y colab. Plan operativo Sanitario para Desastres. Departamento de Desastres del SAME. 2º edición, 2000.
- Muro M, Cohen R y colab. Trauma: El trabajo en equipo es la clave del éxito. Healthig News 2000; 4 (9): 13.
- Muro M. y colab. ¿Para qué una base en un aeropuerto?. Rev SAME 2000; 8 (4): 50-54.
- Muro M y colab. Manual de Emergencias Pediátricas del SAME. 2º edición (Buenos Aires), 2000.
- Muro M y colab. Manual de Emergencias Prehospitalarias del SAME. 4º edición (Buenos Aires), 2001.
- Muro M y colab. Manual Operativo Sanitario para Desastres del SAME. 2º edición (Buenos Aires), 2001.
- Muro M, Cohen R y colab. Manual de Procedimientos Aplicables en Situaciones con Víctimas por Exposición a Agentes Biológicos y Químicos. SAME (Buenos Aires), 2001.
- Muro M. Los Sistemas de Atención Médica de Emergencias en la República Argentina. Rev SAME 2001; 9 (1): 9-15.
- Muro M, Cohen R y colab. Respuesta médico-quirúrgica en incidentes con víctimas múltiples. (Medical management of mass casualty victims incidents). Rev Arg Cir 2002; 83 (5-6): 199-205.
- Muro M, Cohen R y colab. Terrorism in Argentina. Prehosp Disast Med 2003; 18(2): 53-56.
- Muro M, Cohen R y colab. Los sistemas de atención médica de emergencias en la República Argentina. www.ramosmejia.org.ar, 2004; 9 (1).
- National Emergency Training Center. Emergency Management Institute. Department of State Office of Medical Services. Chapter VII: Chemical, Biological Agents and Nuclear Radiation Exposure, 2001.

Neira J, Muro M. La importancia de la capacitación del recurso humano y del control de calidad en la atención del paciente traumatizado. Rev SAME 1997; 5 (4): 12-25.

Noto R, Huguenard P y Larcan A. Medicina de Catástrofe. Ed. Masson (Barcelona), 1989.

Organización Panamericana de la Salud. Manual Nº 5 sobre Desastres: Manejo de cadáveres en situaciones de desastre. (Washington), 2004.

Patitó J y colab. Tratado de Medicina Legal y Elementos de Patología Forense. Ed. Quorum (Buenos Aires), 2003.

Poisindex Managements. Warfare Agents. (USA), 2001.

Quesada Suescun A y Rabanal J. Procedimientos teóricos en Urgencias y Emergencias. Ed. Ergen (Madrid), 2003.

Revilla J. Cómo funcionan los Sistemas de Atención Médica de Emergencia y Rescate de las Ciudades de Miami Dade y Miami Beach. Rev. SAME 2000; 8 (2): 50-53.

Rivas T, Falcon R, Brusco I. El rol de los profesionales de la salud mental en situaciones de desastre. Rev. SAME 2000; 8 (3): 6-21.

Rozemblat E. Atención de víctimas en masa. Medicina de Catástrofe 1988; 1 (1): 3-5.

Rusi A. El sistema de emergencias porteño para asistir una catástrofe. El médico 2001; 12 (136): 23.

Sánchez Velasco M. Escenarios para la primera intervención en emergencias con armas de destrucción masiva en España. Belt Ibérica, 2003.

San Román E y colab. Trauma Prioridades. Ed. Panamericana (Buenos Aires), 1º edición, 2002.