

Transporte sanitario terrestre en emergencias y desastres

Land health transport in emergencies and disasters

Mamés Delgado L.A.
TES2. UVI Movil del Hospital Central de Asturias

Introducción

En el ámbito del Principado de Asturias los vehículos de transporte sanitario se consideran centros sanitarios móviles y como tales vienen incluidos en el Decreto 42/94, de 16 de junio sobre centros sanitarios, constituyendo así un eslabón más dentro del dispositivo de asistencia sanitaria. Las características técnicas que han de cumplir estos vehículos, así como su dotación técnica y humana está reguladas por el Decreto 73/97, de 13 de noviembre, Reglamento de transporte sanitario en el Principado de Asturias, que clasifica los vehículos en:

- *Ambulancia convencional.* La destinada al transporte individual de personas que a criterio médico precisen este tipo de transporte. Tienen capacidad para transportar una persona en la camilla y deben cumplir las características recogidas en el citado Decreto 73/97. Deben ir provistas de un botiquín normalizado, del material de soporte vital básico y de una reserva de oxígeno. Su función habitual es trasladar a personas enfermas o heridas hasta un centro sanitario, también efectúa servicios programados es decir, no urgentes de forma individual (consultas, rehabilitación, hemodiálisis, etc.)
- *Ambulancia colectiva.* Es aquella especialmente acondicionada para el transporte conjunto de personas cuyo traslado no revista carácter de urgencia, ni estén aquejadas de enfermedades transmisibles. Tiene capacidad para transportar seis personas sentadas y una en la camilla. Debe ir provista de un botiquín normalizado de primeros auxilios, del material de soporte vital básico y de una reserva de oxígeno. Su función habitual es trasladar a personas válidas o semiválidas conjuntamente desde sus domicilios hasta los centros sanitarios (consultas, rehabilitación, hemodiálisis, o cualquier tratamiento ambulatorio).
- *Ambulancia asistencial.* Es la que ha sido adaptada para permitir determinadas medidas asistenciales en ruta, en especial maniobras de reanimación, así como de sostenimiento y control de las funciones vitales. Según el nivel de dotación de

medios humanos y materiales, este tipo de ambulancia se subdividen en dos categorías:

Ambulancia asistencial medicalizable. Por sus características técnicas puede ser fácilmente equipadas para prestar medidas de atención sanitaria en ruta por parte de personal sanitario específicamente cualificado. Debe cumplir las condiciones exigidas a las ambulancias convencionales y, además, los requisitos específicos de forma que garanticen unas condiciones de habitabilidad y de estructura y sea posible acoplar de forma rápida y segura los equipos y el material de soporte vital avanzado y la farmacopea de urgencia.

Ambulancia asistencial medicalizada o UVI-Móvil. La destinada al transporte de enfermos de alto riesgo que precisen o puedan precisar asistencia sanitaria en ruta y que reúne, de forma permanente, las características técnicas y la dotación suficiente para que un médico y un A.T.S./D.U.E., debidamente cualificados, puedan prestar esta asistencia intensiva. Deberá cumplir las condiciones específicas relativas tanto al material como al personal formado.

El servicio de transporte sanitario podrá ser prestado, asimismo, en ambulancias denominadas *todo terreno*, entendiéndose por tales aquellas especialmente acondicionadas para el transporte de personas por zonas del Principado de Asturias con especiales dificultades orográficas, cuando concurren condiciones climatológicas adversas o en los supuestos en los que lleven a cabo servicios especiales de rescate.

Las ambulancias todo terreno podrán ser, a su vez, convencionales, asistenciales medicalizables o asistenciales medicalizadas, debiendo cumplir en todo caso las condiciones exigidas en los diversos Anexos relativas tanto al material como al personal.

La normativa de ambulancias del Principado de Asturias obliga a todos los servicios de ambulancias a dotar cada vehículo con dos personas debidamente formadas y en posesión de una tarjeta de identificación expedida por la Consejería de Sanidad. Existen dos niveles de formación para este personal: el nivel 1 (Técnico de Emergencias Sanitarias, TES1) para ambulancias convencionales y el nivel 2 (Técnico Especialista en Emergencias Sanitarias, TES2) para ambulancias medicalizadas.

El número total de ambulancias que circulan por el territorio español asciende a más de 2.500, de las cuales 110 están en Asturias, en principio cada una de ellas dispone como mínimo de un dispositivo de enlace con el Centro Coordinador por medio de radio emisor/receptor, algunas también están localizables mediante buscapersonas e incluso las hay que dispone de telefonía móvil.

Esta distribución y su fácil accesibilidad las convierte en el medio sanitario más rápido de activar en caso de accidente múltiple o de desastre, en cualquier momento del día o de la noche, además no están sujetas a las inclemencias del tiempo. En principio y gracias a la formación obligatoria, los ambulancieros deben ser capaces de hacer un balance fiable de la situación y transmitir estos datos al Centro Coordinador con el fin que éste pueda adoptar las medidas acordes con los datos recibidos y desplegar los medios necesarios o replegar los medios ya prealertados.

Es sumamente importante que tanto los ambulancieros, como los componentes de los demás servicios susceptibles de ser los primeros en el lugar de un accidente de cierta importancia sepan disociar entre un *accidente múltiple* y un *desastre o catástrofe*. En un desastre los medios son inferiores al número de víctimas que hay que atender y se precisa desplegar medios extraordinarios, ya sean técnicos, policiales o sanitarios y que el número de víctimas requiera un triaje con el fin de catalogar por orden de prioridades y de una regulación en las evacuaciones condicionado al triaje.

El personal técnico en emergencias o cualquier persona implicada por su profesión en estos temas debe ser capaz de hacer un balance fiable de una situación de catástrofe y conocer perfectamente los principios del triaje y de la evacuación priorizada. Según el nivel de organización, en un desastre hay cuatro fases:

I. Fase de Desorganización. Esta fase comprende desde el momento del accidente hasta la llegada de los primeros auxilios. No hay una norma absoluta pero se estima que esta fase varía de unos minutos hasta la primera media hora.

II. Fase Organizada. Esta fase comprende desde el momento de la llegada del primer médico que realice triaje hasta el despliegue de puestos avanzados y/o el hospital de campaña. Se estima que este periodo puede variar desde la primera media hora hasta la primera hora, también llamada *hora dorada*.

III. Fase Estructurada. Esta fase comprende desde el momento en el que están operativos las estructuras móviles y portátiles es decir, los vehículos de mando y el hospital de campaña hasta la creación de las norias de evacuación y traslado. Se estima que este periodo puede variar desde la primera hora hasta la evacuación de los últimos heridos.

IV. Fase Programada. Esta fase comprende desde el momento en que finalizan las tareas de evacuación de los heridos, hasta la reparación de los servicios básicos, (agua, luz, gas, teléfono, etc.) o el restablecimiento de la normalidad en la vía pública. Se estima que éste periodo puede variar desde unos días hasta semanas incluso meses. (una hora en caso de accidentes de circulación)

Es fácil comprender que los Servicios de Transporte Sanitario actuarán básicamente en las tres primeras fases de la catástrofe. En la fase I, no solamente tienen que actuar como medio de transporte sino que deben de actuar como puesto avanzado para realizar un balance de la situación y comunicarlo al Centro Coordinador, mientras llegan los refuerzos solicitados, el personal sanitario de la primera ambulancia, debe hacer un segundo repaso de los heridos y prodigar los primeros auxilios, estos se limitaran a la permeabilización de la vía aérea, al control de las hemorragias y a intentar reagrupar los heridos leves en una zona que denominaremos zona verde.

En la fase II, los ambulancieros se ponen a las ordenes del primer médico llegado al lugar del siniestro denominado *médico clasificador o médico de triaje*, cuya labor es la de otorgar una prioridad de traslado a cada paciente con un código de colores. Debe recordarse que existen varias tarjetas de triaje, básicamente idénticas todas ellas, cuyos códigos de colores son: Rojo para la máxima prioridad en evacuación, Amarillo para la segunda prioridad, verde para la tercera prioridad y negro para la última prioridad.

Es importante que este médico sea fácilmente identificado por todos los componentes de los servicios de socorro mediante un chaleco fluorescente con la palabra "TRIAJE" en la espalda.

En la fase III se procede mediante un sistema de norias. Existen básicamente dos norias, la primera denominada pequeña noria o noria de evacuación y la segunda, denominada gran noria o noria de traslado. En principio la pequeña noria es la que va desde el lugar del siniestro hasta el puesto avanzado si la catástrofe es de pequeña o mediana envergadura o hasta el hospital de campaña^{1/2} si el siniestro es de mayor magnitud.

Lógicamente la gran noria es la que va desde estos puestos intermedios hasta los hospitales de destino, una vez estabilizados cada uno de los pacientes por los equipos médicos avanzados. Es también muy importante que cada uno de los traslados sea comunicado al Centro Coordinador por las ambulancias, aquí también hay divergencia de criterios, al menos en la forma de transmitir estos datos por vía hertziana, algunos expertos defienden la transmisión de los datos de forma abreviada catalogando a los pacientes por la patología o el traumatismo de más importancia y otros consideran que estos datos deben ser transmitidos mediante un código argumentando el secreto médico, en lo que sí coinciden cada una de las partes es en que estos pacientes deben ser orientados por el médico regulador hacia el centro sanitario mejor predispuesto para recibirles por su disponibilidad y por supuestos en función de la patología o el traumatismo hacia el centro sanitario capaz de hacer frente a dichas dolencias para poder realizar esta función de regulación médica. Durante las Fases II y III, se recabaron datos de disponibilidad de camas y de quirófanos de cada uno de los hospitales susceptibles de recibir a los pacientes de la catástrofe.

Por tal motivo en dicho Centro Coordinador debe estar un médico denominado médico regulador, no solamente orienta cada una de las ambulancias hacia un centro sanitario, sino que también debe estar perfectamente al corriente de la situación en el lugar del siniestro al menos en necesidades de medios de socorro y traslado.

Una de las estrategias más utilizada por estos médicos reguladores es la de enviar las ambulancias a un lugar próximo de la catástrofe y mantenerlas en estado de disponibilidad. La razón fundamental es que puede disponer del medio de traslado ideal de forma casi instantánea, dependiendo de que se tenga que trasladar por medio de una U.V.I. móvil, de una ambulancia colectiva o individualmente con una ambulancia convencional.

Debe precisarse que si nos basamos en la definición sencilla de desastre (las víctimas son superiores en número al de los medios disponibles), una vez evacuadas las víctimas de máxima prioridad (tarjeta roja), es preciso utilizar los medios lo más racionalmente posible, así por ejemplo se puede combinar y utilizar una ambulancia colectiva para trasladar una víctima con tarjeta amarilla y varias con tarjeta verde.

Existe también la posibilidad de trasladar a los heridos leves por medio de autobuses de tipo transporte urbano, pues disponen de menos plazas sentadas que los autocares pero ofrecen mayor espacio para el personal sanitario acompañante incluso se podría acceder a ellos con silla de ruedas para las personas que deambulen difícilmente. Estos medios deben ser utilizados preferentemente cuando el número de víctimas es lo suficientemente importante como para prever que los medios de transporte sanitarios tradicionales no garanticen una evacuación rápida en el tiempo.

Casi siempre llegados a la fase IV, es también función del médico regulador el desactivar los medios de socorro sanitarios, es frecuente que se dejen siempre en el lugar de la catástrofe durante todas las tareas de rehabilitación un tiempo prudencial, primero de modo preventivo por si ocurriese un accidente a los trabajadores y también por si apareciese algún superviviente de forma inopinada.

Finalmente, es preciso que los vehículos de socorro en general sepan intervenir en las emergencias y por supuesto en las catástrofes sin que por ello provoquen un colapso del área del siniestro, siempre tendrán que tener en cuenta en la medida de lo posible de que exista un pasillo de evacuación.