



Estudio de Estado Mayor para adecuar normas para capacitar personal en evaluación de heridos

Julia Toledo de Soto

Trabajo de grado para optar al título profesional:
Curso de Información Militar (CIM)

Escuela Superior de Guerra “General Rafael Reyes Prieto”
Bogotá D.C., Colombia

86 51

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

ESCUELA SUPERIOR DE GUERRA



**ESTUDIO DE ESTADO MAYOR PARA ADECUAR
NORMAS PARA CAPACITAR PERSONAL EN
EVACUACION DE HERIDOS**

**MYMED JULIA TOLEDO DE SOTO
C.I. M. - 91**

ESG
825

BOGOTA, 1.991

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
ESCUELA SUPERIOR DE GUERRA

ASESOR ESDEGUE: Teniente Coronel Jaime Usategui Ramírez,
Departamento Ejército.

ASESOR TECNICO: Doctor
ESTUDIO DE ESTADO MAYOR
PARA ADECUAR NORMAS PARA CAPACITAR
PERSONAL EN EVACUACION DE HERIDOS

ASESOR TECNICO: Jaime Moreno,
Director de Socorro Seccional Cundinamarca,
Cruz Roja Colombiana

MAYOR MEDICO JULIA TOLEDO DE SOTO

TRABAJO INSTITUCIONAL IMPUESTO COMO REQUISITO
EN EL CURSO DE INFORMACION MILITAR

BOGOTA 1991

FUERZAS MILITARES ASESORIA COLOMBIANA

ESCUELA SUPERIOR DE GUERRA

ASESOR ESDEGUE: Teniente Coronel Jaime Uscátegui Ramírez,
Departamento Ejército. Bogotá, Abril 1 de 1991

ASESOR TECNICO: Doctor Juan Pablo Sarmiento, *adecuar normas*
Director Socorro Nacional Cruz Roja Colombia
na. *erza, con el fin de realizar satisfacto-*
riamente evacuación de heridos.

ASESOR TECNICO: Jairo Moreno,

REFERENCIAS: D Director de Socorro Seccional Cundinamarca,
E Cruz Roja Colombiana

BIBLIOGRAFIA: Boletín de Socorros, Cruz Roja Colombiana,
No. 18 Año 1991

CARTAGENA, Luis. Métodos y sistemas para el trans-
porte de heridos, Seminario Interamericano
de Socorrismo y rescate de Emergencia, 1990

Boletín de Socorros, Cruz Roja Colombiana,
No. 17 1987

LANE, Rudolf. Emergency Medicine in Peace and
War. Medical Corps. Vol. 2 No. 1, 1987

Boletín de Socorros, Cruz Roja Colombiana,
No. 15 1986

Planning for Health Support, FM-8-55. Depart-
ment of Army, USA, 1985

Reglamento para el servicio de tropas en Orden Público y Desastres Civiles. FF. MM. 3-17 1985

Health Services Support in a Communications Zone. FM-8-21. Department of The Army, 1984

Evacuation of the Sick and Wounded. FM-8-35. Department of The Army USA 1983

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

ESCUELA SUPERIOR DE GUERRA

Manual de Primeros Auxilios y Medicina Preventiva

BACCINO-ASTRADA, Alma. Derechos y deberes del personal sanitario en los conflictos armados. Comité Internacional de la Cruz Roja. Bogotá, Abril 1 de 1991

ASUNTO:

Estudio de Estado Mayor para adecuar normas tendientes a la capacitación de personal de la Fuerza, con el fin de realizar satisfactoriamente evacuación de heridos.

REFERENCIAS:

Directiva Transitoria No. 001 ESG-DI-DL-381 Enero 21 de 1991

BIBLIOGRAFIA:

Boletín de Socorros. Cruz Roja Colombiana. No. 18 Año 1991

CARTAGENA, Luis. Medios y sistemas para transporte de heridos, Seminario Interamericano de Socorrismo y rescate de Emergencia. 1990

1. PROBLEMA.

Boletín de Socorros. Cruz Roja Colombiana. No. 17 1989

LANZ, Rudolf. Emergency Medicine in Peace and War. Medical Corps. Vol. 2 No. 1, 1987

Boletín de Socorros. Cruz Roja Colombiana. No. 15 1986

Planning for Health Support. FM-8-55. Department of Army. USA. 1985

2. FACTORES RELACIONADOS
 Reglamento para el servicio de tropas en Orden Público y Desastres Civiles. FF. MM. 3-17 1985

a) RECHOS
 Health Services Support in a Communications Zone. FM-8-21. Department of The Army, 1984

(1) El E...
 Evacuation of the Sick and Wounded. FM-8-35. Department of The Army USA. 1983

Dict...
 Manual de Primeros Auxilios y Medicina Preventiva. FF. MM. 4-2- 1982

ridos.
 BACCINO-ASTRADA, Alma. Derechos y Deberes del personal Sanitario en los Conflictos Armados. Comité Internacional Cruz Roja. 1982

(2) Tiempo...
 Apoyo de Servicio de Salud en un Teatro de Operaciones. FM-8-10. Escuela de las Américas. Ejército USA, 1980

Decreto No. 290 de 1979. Que reglamenta el Comité Nacional de Emergencia.

(3) Por...
 Directiva Logística de Sanidad

y av...
 Directiva de Medicina Preventiva

quien...
 Cursos Batallón Escuela Logística

slon...
 Boletín de Socorros. Cruz Roja Colombiana. No. 11 Año 2

(4) Las...
 Boletín de Socorros. Cruz Roja Colombiana. No. 13 Año 2

clona...
 Boletín de Socorros. Cruz Roja Colombiana. No. 14 año 3

el mantenimiento del Orden Público, lo que obliga

a operar en zonas muy especiales del territorio

1. PROBLEMA. Implementar normas para la capacitación de personal en lo relacionado con el Sistema de Evacuación, como parte del Apoyo continuo del Servicio de Sanidad en todo tiempo y lugar.

(5) El total de heridos en combate para 1990 fue de

219, y el total de heridos fuera de combate para

el mismo año fue de 537.

2. FACTORES RELACIONADOS CON EL PROBLEMA

a) **HECHOS**

- (1) El Ejército no cuenta con normas o reglamentos que dictaminen la forma correcta para evacuación de heridos.
- (2) Tampoco existe personal idóneo, capacitado para realizar este tipo de apoyo, lo que incide en el aumento de bajas de personal.
- (3) Por lo anterior, el personal herido es transportado y evacuado en forma incorrecta, sufriendo consecuencias más graves que las producidas por las lesiones iniciales.
- (4) Las Fuerzas Militares y en especial el Ejército Nacional se encuentran directamente comprometidas en el mantenimiento del Orden Público, lo que obliga a operar en unas zonas muy especiales del territorio Nacional y ante un enemigo con técnicas de combate irregulares.
- (5) El total de heridos en combate para 1990 fue de 219; y el total de heridos fuera de combate para el mismo año fue de 557.

(6) La historia de la Humanidad en sus 3.400 años conocidos, es una historia de guerras pues sólo se sabe de 250 años de paz. Así, al no poderse destruir el flagelo, el hombre ha tratado de atenuar sus consecuencias.

(7) La guerra que libra la subversión, el narcotráfico y la delincuencia organizada en Colombia no cumple ni respeta normas, tratados o derechos, lo que obliga a adecuar los procedimientos de asistencia pre-hospitalaria acorde a la situación.

(8) No existe una Escuela de Medicina Militar propiamente dicha, que permanentemente esté actualizando a su personal en los temas correspondientes con evacuación, transporte y asistencia de heridos y por su conducto a todo el personal de sanidad de la Fuerza.

(9) El objetivo de Sanidad Militar es conservar la mano de obra especializada y adiestrada examinando, tratando y asistiendo, para que este personal sea devuelto a sus deberes tan a la vanguardia como sea posible.

(10) Los recursos de apoyo de Sanidad deben ser emplea-

c) **CRITERIOS** dos para proporcionar el máximo de beneficio al ma
yor número de personal, en apoyo de la Misión.

(11) El apoyo del servicio de Sanidad debe ser un siste
ma único, integrado, que se extiende desde las á-
reas avanzadas de la zona de combate en el teatro
de operaciones, hasta las unidades sanitarias cada
vez más complejas y especializadas.

b) **SUPUESTOS**

(1) Que la situación nacional de emergencia no varíe,
continuando con la escalada subversiva que nos oca-
siona un alto índice de bajas.

(2) Que la Fuerza cuente o disponga de recursos huma-
nos y materiales para respaldar la propuesta del
presente estudio, en cuanto a organización y capa-
citación de unidades especializadas en evacuación
de heridos.

(3) Que no obstante se han tomado y se tomen las medi
das preventivas eficientes, las bajas fuera de com
bate por accidentalidad, se continúen presentando.

c) **CRITERIOS**

- (1) **Asistencia Pre-Hospitalaria:** conducta o protocolo de entrada, previo al tratamiento hospitalario de Urgencias para las víctimas de emergencia. (Anexo A)
- (2) Los pasos que se deben seguir en la asistencia Pre Hospitalaria ya han sido estandarizados en el mundo entero, principalmente en aquellos países que han visto su Historia sometida a guerras aniquilantes y a catástrofes difíciles de predecir. Estos son: Coordinación, Salvamento, Estabilización-clasificación (triage) y transporte. (Anexo B)
- (3) **Prioridades de salvamento o de evacuación:** este es uno de los pasos más complejos e importantes en la asistencia Pre-Hospitalaria. Debe efectuarse con extrema rapidez en situaciones críticas. Es por esto que el personal de sanidad que presta su servicio a la Fuerza debe estar capacitado en todos los niveles para realizar esta actividad, pero con un criterio centralizado. (Anexo C, D)
- (4) **Emergencia:** todo individuo o grupo de individuos que se encuentran próximos a un FENOMENO o se relacione con este, corren el riesgo de lesionarse físicamente.

sicamente. La respuesta de cada uno es diferente al encontrarse en condición más o menos vulnerable con respecto al medio. Como resultado, se encuentra en condición de EMERGENCIA.

- (5) **Accidente:** es una situación de carácter súbito a causa de la cual una o varias personas se lesionan físicamente con mayor o menor grado.
- (6) **Desastre:** es el producto de la interacción de un fenómeno de gran potencia destructora que ocasiona altos niveles de daño a estructuras físicas o a personas, con implicaciones sociales, psicológicas, fisiológicas, culturales y económicas.
- (7) **Las guerras han brindado grandes avances a las ciencias y a la tecnología, la medicina y ciencias afines no se han quedado atrás en ese avance y desde 1899 los adelantos y experiencias de la Medicina Militar han cobrado importancia en el desarrollo de técnicas, procedimientos y experimentos como en cirugía, técnicas asépticas, gases anestésicos, amputaciones, procedimientos de resucitación, las técnicas de debridamiento de Friedrich en 1889, esterilización de Ernest Von Bergmann en 1900, primeras suturas con catgut, cuidados de inmovilización, pre**

la situación del País.

(11) vención de las infecciones, etc., hasta la actualidad cuando la Medicina Militar brinda a las especialidades nuevos avances en inmunizaciones, cáncer, extremidades artificiales, infusión de elementos controlada, osteosíntesis y una variedad de elementos para facilitar a la medicina en general y al paciente en particular una sobrevida satisfactoria a pesar de los conflictos.

- (8) El recurso sanitario más cercano al soldado en combate consiste en: practicantes, Auxiliares o Socorristas que deben acompañar y apoyar a las compañías, escuadrones o baterías. Normalmente deben ser asignados a razón de un practicante por pelotón, tres por escuadrón y tres por pelotón de ingenieros de combate. *evacuación de Heridos, de acuerdo con normas generales dictadas por la Dirección*
- (9) Este personal debe estar capacitándose constantemente y actualizándose en las técnicas y medidas para asistir, prestar los primeros auxilios, clasificar y evacuar correctamente al personal herido en cualquier circunstancia. (Anexo E, F) *personal de Suboficiales de la Escuela de Suboficiales, Intensi*
- (10) Se deben tener previstos mecanismos eficaces de reacción inmediata por parte de la Sanidad Militar, ante eventualidades que impone el medio ambiente y la situación del País.

(11) Con el objeto de disminuir accidentalidad y lesiones irreversibles, debe existir en toda Institución que se encargue de vigilar y velar por la salud de los individuos, guías metodológicas para realizar estudios y planes de prevención, manejo y evacuación.

3. DISCUSION

A) POSIBLES SOLUCIONES

b) ANALISIS POSIBLES SOLUCIONES

(1) Por intermedio de la Dirección de Sanidad y como una orden del Comando del Ejército, ordenar a las Brigadas que realicen permanentemente reentrenamientos al personal de Sanidad orgánico, para capacitarlos en las doctrinas de evacuación de Heridos, de acuerdo con normas generales dictadas por la Dirección de Sanidad.

(2) Que el Comando del Ejército por intermedio del Batallón Escuela Logística, continúe realizando cursos de Primeros Auxilios y de Socorro a personal de Suboficiales de la Escuela de Suboficiales, intensificando la Doctrina de Evacuación de heridos, con normas reevaluadas por el Mando Superior.

- (3) Crear con el personal que se posee, una compañía de Evacuación e Instrucción dependiente de la Dirección de Sanidad o de la Brigada Logística, con la infraestructura adecuada para dar apoyo a las operaciones pero además, debe encargarse de la permanente actualización de sus efectivos y del entrenamiento del personal de sanidad de las Unidades Operativas Menores y Mayores ejecutando además evaluaciones periódicas y educación continuada.

b) **ANALISIS POSIBLES SOLUCIONES**

(1) SOLUCION No. 1

a) **VENTAJAS**

1. Evita desplazamientos de personal hacia lugares diferentes a los de su Guarnición.
2. Tiene en cuenta la Organización, Material y presupuestos vigentes.
3. Los temas principales podrían acomodarse a las experiencias, Capacidades y Misión de la Brigada.

a) **VENTAJAS**

b) DESVENTAJAS

1. En la actualidad el personal de Sanidad, no cuenta con criterios unánimes sobre evacuación.

2. En general, la mayoría de personas que laboran con Sanidad, tienen poca experiencia en docencia y en los temas que se relacionan con el apoyo de los Servicios Sanitarios en el Combate, tanto por parte de personal Uniformado como Civil. Esto, debido a que la mayoría de Médicos y Enfermeros (as) profesionales que se desempeñan en Unidades, se encuentran adelantando su Año de Servicio Rural Obligatorio, y no conocen a fondo el problema ni la Doctrina de la Medicina Militar.

3. Debido a la capacitación de las personas que manejan la Sanidad en las Brigadas, la instrucción se haría sólo para el nivel Soldado como Socorristas y Camilleros descuidando los demás niveles, que son igual de importantes.

(2) SOLUCION No. 2

a) VENTAJAS

1. Utiliza el recurso y la organización existentes en el Batallón Escuela Logística para continuar impartiendo desde allí el mismo tipo de docencia con algunas variaciones.
2. No aumentaría ni alteraría el Presupuesto vigente ni su destinación. ?

b) DESVENTAJAS

1. Los resultados obtenidos hasta ahora con el personal que ha adelantado los cursos tradicionales de Sanidad en la Escuela Logística, no han sido muy alentadores y esto se seguiría sintiendo en la calidad de las evacuaciones y transporte.
2. Los docentes no han tenido experiencia directa sobre los temas de evacuación en Combate.
3. Si estos docentes son de grado oficial, son subalternos en su mayoría, lo cual hace que carezcan de suficiente experiencia y compromiso con la Institución, las necesidades reales y la realidad del problema.

4. Si se trata de personal civil, estos no tienen conceptos de Medicina Militar pues hasta la actualidad, ninguna Universidad tiene dentro de su pensum académico esta área de la Medicina en nuestro País, que se auna a la falta de experiencia en las zonas de Orden Público por parte de ellos.
5. Quedarían por fuera de esta preparación y capacitación el Primer escalón humano: Médicos y Enfermeras Jefes, al igual que el último los Socorristas y Camilleros (soldados).
6. Continuaría el desplazamiento durante muchos meses de gran cantidad de personal de suboficiales que puede ser necesario e indispensable en apoyo a las Unidades.

(3) SOLUCION No. 3

a) VENTAJAS

1. Se da mayor flexibilidad y cobertura a las evacuaciones con personal idóneo e integrado, para tal fin. (Anexo G)

2. Se evita la dispersión de conocimientos y de esa manera se consolidan los criterios, haciéndolos aplicables por la experiencia en conjunto.

3. Es el primer paso en la creación de normas, criterios, fundamentos generales de la Medicina Militar propiamente dicha, con experiencias autóctonas.

4. Se cumple con lo establecido por ley, en la cual el Gobierno Nacional da la Misión a las Fuerzas Militares y en especial al Ejército Colombiano, para alistar diferentes Unidades Tácticas de Servicios, con una Compañía de Sanidad encargada de responder en forma inmediata a un requerimiento por catástrofes de gran magnitud en cualquier lugar del Territorio Nacional. (Decreto 3489 de Diciembre de 1982).

5. Se crea difusión constante y planificada hacia objetivos realistas y específicos, con prácticas constantes y evaluaciones periódicas.

6. De acuerdo con las necesidades y requerimien

tos futuros, puede desdoblarse para ser más operante, sin comprometer al personal orgánico de una sola Unidad.

3. Cambia la Organización T O B para Ejército,

7. Centraliza los recursos evitando la pérdida y dispersión de personal, material y equipo que se encuentran en las diferentes Unidades del Ejército, en donde principalmente el recurso humano es cambiante y esto lleva al desconocimiento, subutilización y pérdida de equipos.

8. Sirve de patrón para la creación de futuras Unidades, de tal suerte que con el transcurso del tiempo, cada Unidad Operativa Mayor pueda contar con su personal orgánico en una compañía de Evacuación e Instrucción, en apoyo de sus Unidades menores comprometidas en situaciones de Emergencia.

PROPUESTA	FACTIBLE	ACEPTABLE	CONDUCTENTE	TOTAL
Primera) DESVENTAJAS		10	10	20
Segunda		10	0	10
Tercera	1. Su adecuación, implementación y ejecución de moraría un tiempo prudencial que dejaría des protegidas las necesidades de Emergencia.			

2. Cambia los conceptos que durante muchos años

imperaron en el Ejército sobre Evacuación y apoyo del Servicio de Sanidad.

3. Cambia la Organización T O E para Ejército, para la Intendencia General del Ejército y de ellas las Unidades y reparticiones que se desprenden.

4. En principio se tendría que recurrir a entidades civiles estatales y particulares, Nacionales o Extranjeras en apoyo para la adecuada capacitación del personal que la conformaría y que no serían sólo suboficiales, sino también profesionales de Medicina y Enfermería.

c) COMPARACION DE POSIBLES SOLUCIONES

PROPUESTA	FACTIBLE	ACEPTABLE	CONDUCENTE	TOTAL
Primera	0	10	10	20
Segunda	5	10	0	15
Tercera	10	10	10	30

d) SELECCION DE LA MEJOR SOLUCION

La tercera propuesta cumple con la mayoría de las soluciones que pueden darse al problema, para lograr implementar normas tendientes a la capacitación continua de personal del Ejército en los temas relacionados con la evacuación de heridos, ya que sería una Unidad destinada como misión fundamental a esta actividad, en apoyo continuo en todo tiempo y lugar, trabajando coordinadamente y no de manera ocasional e irregular. Además, se contaría con personas idóneas que compartieran los mismos criterios, dando a su vez una instrucción a otras unidades, lógica, basada en la experiencia y en normas centralizadas y concretas.

Las otras dos soluciones aunque podrían ser aceptables por la utilización del recurso existente, no son factibles porque continúan en mayor o menor grado con el mismo problema sin solucionarlo totalmente o bien, no son conducen-tes como en el caso de la segunda, porque el recurso humano que se utiliza y la filosofía de los cursos existentes no cumplen con las necesidades que desea subsanar el presente estudio de Estado Mayor.

4. CONCLUSION

Ante la falta de capacitación de personal idóneo a todo nivel, en los aspectos relacionados con la Evacuación de Heridos en Combate y fuera de él en el Ejército Nacional, se hace indispensable adecuar normas para que las actividades relacionadas con el apoyo del Servicio de Sanidad estén destinadas a mantener el número de efectivos en las mejores condiciones, evitando secuelas posteriores a lesiones ocurridas en emergencias no controladas, con evacuaciones y manejo de primeros auxilios oportuno y eficaz, que cumpla con normas y reglamentos generales y comunes para la Fuerza de tal manera que todas las personas comprometidas en este apoyo, lo realicen organizadamente y con criterios semejantes. La evacuación desempeña un papel importante en la secuencia del tratamiento cuidadoso desde el frente de combate hasta la retaguardia; así, a medida que el nivel de apoyo del servicio se hace más complejo y especializado, los medios de evacuación también deben serlo. Por todo esto y lo expuesto en los Hechos, Supuestos y Criterios en el presente Estudio, se concluye que es necesario contar con personal capacitado en todos los niveles de atención y no sólo en el nivel de camille

ros o de auxiliares, quienes tan sólo cumplen con la primera y hasta segunda parte de la Evacuación. Si las personas comprometidas en estas acciones hablan diferente idioma técnico y no poseen una unidad rectora en cuanto a normas y reglamentos para tal fin, el único perjudicado será en última instancia, el combatiente herido o lesionado y la Institución tendrá que responder por estas secuelas o cargar con la responsabilidad de las vidas. La experiencia de la Guerra en muchos países y la nuestra en particular con respecto a la misión encomendada a la Fuerza, los cursos adelantados por años, el resultado obtenido y la falta de normas que dictaminen la forma correcta para evacuar heridos, hacen necesaria LA PRESENCIA de una Unidad que a la vez que es práctica y opera al lado de las unidades comprometidas, también se encarga de impartir instrucción a todos los niveles incluyendo Escuelas de Formación, y Unidades Operativas menores para unificar manejos y criterios, evaluándolos y asesorando al Mando Superior para fomentar, cambiar o adecuar procedimientos o normas relacionados con el apoyo del Servicio de Sanidad en Evacuación y Transporte.

5. ACCION RECOMENDADA

El Comando del Ejército organiza con personal idóneo y voluntario, una compañía de EVACUACION, TRANSPORTE DE HERIDOS E INSTRUCCION, dependiente de la Dirección de Sanidad, en apoyo directo a las Unidades que así lo requieran y se encuentren comprometidas en situaciones de emergencia, dando instrucción sobre estos aspectos al personal de sanidad Orgánico de la Unidad apoyada, o prestando su contribución directa en la evacuación en el campo de batalla, de acuerdo con las necesidades de prioridad dispuestas por el Comando Superior. Esta Compañía debe ser un ente dinámico con permanente actualización, con apoyo de entidades nacionales o extranjeras expertas en estos temas, para beneficio del personal que combate o que está expuesto a emergencias; que cumpla con lo ordenado por el Gobierno Nacional desde 1982; con capacidad de brindar capacitación a otras Unidades del Ejército o de las Fuerzas Militares que lo requieran, evaluando los resultados, corrigiendo las fallas y asesorando al Mando Superior para que exista un permanente mejoramiento en las técnicas, procedimientos y apoyos de Evacuación, Transporte y Asistencia Primaria y Prioritaria al herido o al lesionado. (Anexo H,I,J)

ANEXO A

1.2. GENERALIDADES SOBRE ASISTENCIA PREHOSPITALARIA

1.1. ¿QUE ES?

Es en general, el apoyo de cuidado y tratamiento que el personal de salud debe prestar de manera integrada y coordinada al enfermo, lesionado o herido, en el menor tiempo posible y que permita en primer lugar, incrementar sus posibilidades de vida en función de una estabilización inmediata y provisional de sus lesiones en el sitio (o teatro de operaciones) y en segundo lugar, hacer que se le brinde posteriormente una atención profesional de urgencia con un sentido prioritario de acuerdo con una clasificación adecuada en función de sus lesiones.

1.2. PASOS DEL PROCESO DE ASISTENCIA PREHOSPITALARIA

Estos pasos implican cuatro objetivos fundamentales: coordinación, salvamento, estabilización-clasificación, transporte.

1.2.1. Coordinación: cuyo objetivo es la interrelación con

ESTE DEBE SER EL TEMA CENTRAL
PUES ES EL OBJETIVO.

el Mando Superior y la Unidad afectada e involucrada. Este paso es indispensable para poder brindar el mejor apoyo. El intercambio de información permitirá el correcto alistamiento de los recursos disponibles.

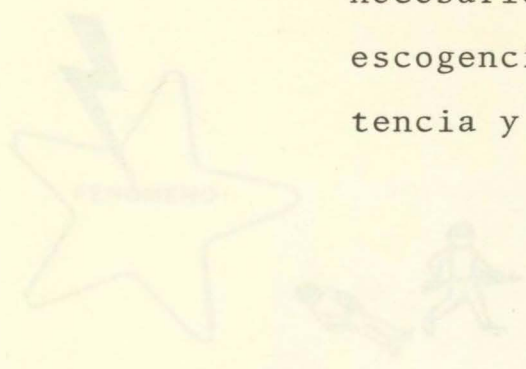
1.2.2. **Salvamento:** el objetivo es el de asistir inicialmente a los heridos o lesionados y rescatarlos para lo cual es necesario seguir una serie de pasos que se tendrán en cuenta de acuerdo con el tipo de emergencia y son: búsqueda, acceso, prioridad de salvamento, asistencia inicial o primeros auxilios, rescate y movilización. Es la fase más compleja.

1.2.3. **Estabilización-clasificación:** como su nombre lo indica, se debe estabilizar a la víctima o víctimas con base en procedimientos orientados principalmente a dar soporte avanzado de vida: reanimación, analgesia, tratamiento inicial, para luego priorizarla de acuerdo con la clasificación mediante el código estandar vigente. En la actualidad: TRIAGE.

1.2.4. **Transporte:** cuyo objetivo es el traslado de la víctima (s) desde el lugar inicial hasta los sitios de asistencia primaria y de estos hacia la atención definitiva, que generalmente suelen ser distanciados.

A. FASE DE

Este paso implica cálculo de distancias, transporte necesario y existente, informe tiempos de llegada, escogencia de medio adecuado, adaptación para asistencia y atención durante el desplazamiento, etc.

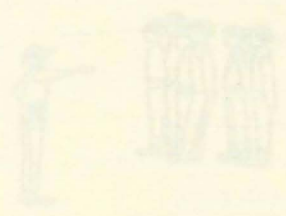


ALARMA E INFORMACION

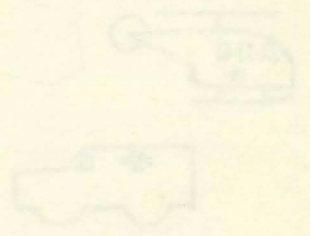
B. FASE DE CORDINACION



ALERTA Y CORDINACION



ALISTAMIENTO



DESPLAZAMIENTO

C. FASE DE SALVAMENTO



A. FASE DE IMPACTO



B. FASE DE CORDINACION

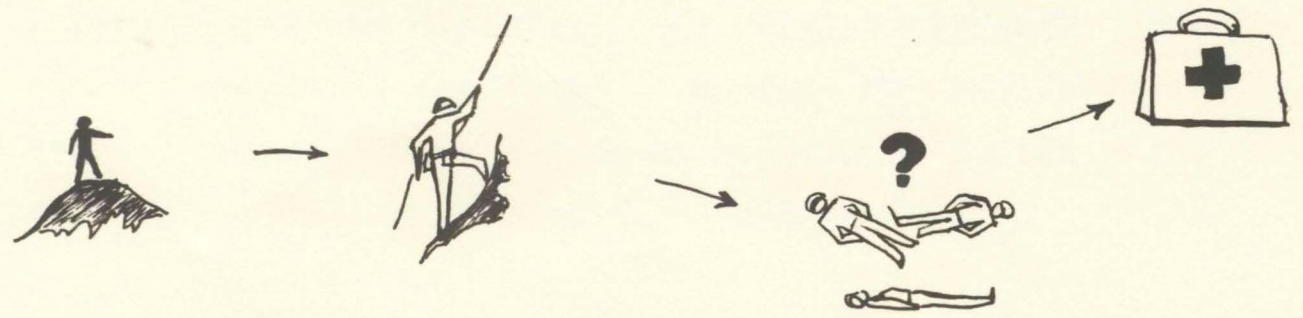
TIPO	RADIO	VELOCIDAD	CARACTERISTICAS
MANUAL	100 m	30 mts/min	BAJA/SUAVE
CAMELLO	300 m	10 mts/min	BAJA/SUAVE
AMBULANCIA	100 km	100 km/h	ALTA/SUAVE
HELICOPORTADOS	300 km	200 km/h	ALTA/SUAVE
VIA FLUVIAL	200 km	15 Nudos/h	ALTA/SUAVE
		300 km/h	ALTA/SUAVE

ALERTA Y CORDINACION

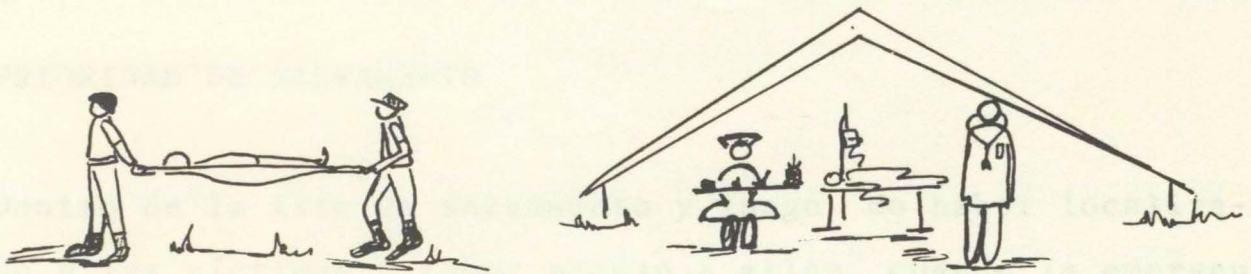
ALISTAMIENTO

DESPLAZAMIENTO

C. FASE DE SALVAMENTO



D. FASE DE ESTABILIZACION Y CLASIFICACION



E. FASE DE TRANSPORTE

TIPO	RADIO	VELOCIDAD	CARACTERISTICAS
MANUAL	100 mts	50 mts/min	BAJA / SUAVE
CAMILLAJE	300 mts	60 mts/min	BAJA / SUAVE
AMBULANCIA	100 Kms	70 Km/h	MEDIA / SUAVE
HELICOPORTADOS	300 Kms	204 Km/h	ALTA / SUAVE
VIA FLUVIAL	300Km en adelante	18 Nudos/h	ALTA / SUAVE
AEREOS	300Km en adelante	350 Km/h	ALTA / SUAVE

ANEXO C

PRIORIDAD DE SALVAMENTO

Dentro de la fase de salvamento y luego de haber localizado a las víctimas y tener acceso a ellas, cuando la emergencia ha ocasionado gran cantidad de heridos o lesionados, debe clasificárseles de acuerdo con patrones standar, que en la actualidad son aplicados en el mundo entero. Esta clasificación se basa en el beneficio que los heridos puedan esperar de la atención médica y no con base únicamente a la gravedad de las lesiones, ya que la conducta de selección es totalmente diferente a la situación normal de cualquier Servicio de Urgencias, en donde el más grave tiene prioridad sin tener en cuenta el pronóstico.

Este proceso de clasificación es además dinámico ya que la víctima puede generalmente desmejorar su condición en función del tiempo; circunstancia por la cual se debe implementar una cadena de clasificación. Deben procurarse además, métodos sencillos que estén al alcance de camilleros, socorristas y auxiliares, que en su mayoría no poseen bases médicas que permitan reconocimientos a fondo.

Este procedimiento generalmente se realiza con extrema ra-

pidez, ante un escenario de emergencia, ruidoso, desconcertante, que crea un gran estado de tensión en el personal de sanidad. Por eso, este personal que lo ejecuta debe ser experto en evaluación, se rija por un método organizado y sea capaz de guardar la calma y la eficacia.

Se ha comprobado que la **escala CRAMP** es la más fácil de memorizar y la más sensible para identificar los pacientes que deben acudir directamente al Servicio de Urgencias, a un centro médico más especializado, o pueden ser evacuados a centro o puestos más sencillos.

CRAMP significa: **circulación, respiración, abdomen, movimiento, palabras.**

ESCALA DE PUNTUACIÓN

CRAMP	CRITERIOS	PUNTAJE
0	- Critérios no recuperáveis	Negros
1 a 6	- Critérios recuperáveis	Verde
7 a 10	- Detecção	Amarelo Verde

ANEXO "D"

TABLA DE VALORACION

CIRCULACION	- Llenado capilar normal o presión sistólica mayor de 100	2
	- Llenado capilar lento presión sistólica entre 85-100	1
	- No llenado capilar. Presión sistólica menor de 85	0
RESPIRACION	- Normal	2
	- Anormal (Disnea, respiración abdominal o F.R. mayor de 35)	1
	- Ausente	0
ABDOMEN	- Abdomen y torax no comprometidos	2
	- Abdomen y/o torax comprometidos	1
	- Abdomen rígido, torax inestable o heridas penetrantes en torax o abdomen	0
MOTOR	- Normal (obedece órdenes)	2
	- Respuesta a dolor únicamente	1
	- Postura en flexión o hiper extensión	0
PALABRA O EXPRESION	- Normal	2
	- Confuso o incoherente	1
	- Ausente	0

TABLA DE PUNTUACION

CRAMP	VICTIMA	TARJETA
0	- Crítica no recuperable	Negra
1 a 6	- Crítica recuperable	Roja
7 a 10	- Diferible	Amarilla Verde

Se nos puntos mas urgente?

ANEXO E

ASISTENCIA INICIAL

Esta fase previa a la movilización, tiene por objeto la disminución de la morbi-mortalidad. Se realiza en el mismo momento de clasificar y priorizar a las víctimas. Se realiza en base a los primeros auxilios aplicados como un "soporte básico de vida", con los siguientes objetivos específicos:

- Procurar permeabilidad de las vías respiratorias.
- Controlar hemorragias externas y shock.
- Aplicar técnicas indispensables de reaminación.
- Vigilancia del estado general para observar deterioro.

Por esta razón, los grupos o personas comprometidas en la evacuación, deben tener una instrucción adecuada y un equipo mínimo que quizás no deba construirse como un botiquín por razones obvias de peso y comodidad, pero que debe contener elementos esenciales y en cantidad adecuada.

miento elemental: analgesia, líquidos endovenosos, reanimación, ejecución de procedimientos de Urgencia para estabilización.

ANEXO F

ESTABILIZACION Y CLASIFICACION

Los procedimientos de esta fase son ejecutados en su totalidad por personal médico apoyado desde luego por personal capacitado en asistencia: enfermería. El objetivo principal es el de proporcionar soporte avanzado de vida a las víctimas, con base a la estabilización de sus lesiones en un sitio adecuado para el tratamiento de Urgencia.

Con base en un diagnóstico clínico se realiza una adecuada clasificación (TRIAGE) que debe conducir a un etiquetado (TAGGING). En este momento la víctima debe encontrarse en una instalación que posea los recursos mínimos para tratamiento de Urgencia: Puesto de Clasificación o de Socorro, Enfermería, Dispensario. Esta estructura debe estar tan cerca de la zona de combate como sea posible, pero exenta de riesgo para todo el personal.

Allí se debe realizar la atención médica prehospitalaria que incluye además del diagnóstico, la iniciación del trata

miento elemental: analgesia, líquidos endovenosos, reaminación, ejecución de procedimientos de Urgencia para estabilización.

ANEXO G

MOVILIZACIÓN Y TRASLADO

Dentro de la cadena de socorro, es un paso trascendental y de conocimiento técnico ya que determina un porcentaje en las tasas de mortalidad, en la medida que mantiene o mejora la condición del paciente.

En nuestro medio hemos visto cómo la demora para evacuar personal del área de operaciones se debe a la falta de apoyo inmediato, quizás por falta de coordinación y por limitación de recursos especiales para tal fin. Sin embargo, considerando que las maniobras en sí, para transportar heridos, se desarrollan en nuestra institución con factores que van en detrimento de los mismos:

- Baja calidad en la movilización.
- Técnicas inadecuadas.
- Falta de estabilización.
- No primeros auxilios.
- Masificación de la atención.

- Tipos de transporte inadecuados.
- Estado de las vías y difíciles accesos por topografía.
- Desconocimiento técnico.

ANEXO G

MOVILIZACION Y TRASLADO

Dentro de la cadena de socorro, es un paso trascendental y de conocimiento técnico ya que determina un porcentaje en las tasas de morbimortabilidad, en la medida que mantiene o desmejora la condición del paciente.

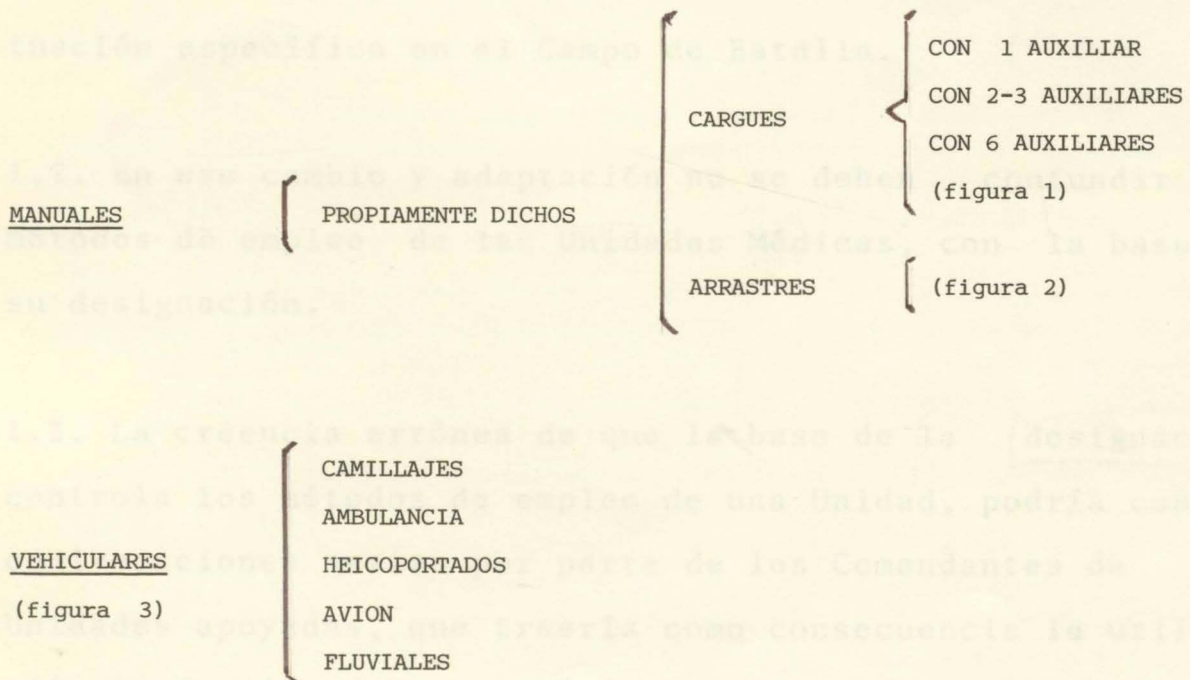
En nuestro medio hemos visto cómo la demora para evacuar personal del área de operaciones se debe a la falta de apoyo inmediato, quizás por falta de coordinación y por limitación de recursos especiales para tal fin. Sin embargo, considero que las maniobras en sí, para transportar heridos, se desarrollan en nuestra Institución con factores que van en detrimento de los mismos:

- Rapidez en la movilización.
- Técnicas inadecuadas.
- Falta de estabilización.
- No primeros auxilios.
- Masificación de la atención.

- Tipos de transporte inadecuados.
- Estado de las vías y difíciles accesos por topografía.
- Desconocimiento técnico.

Sin embargo, se recomienda que la selección del medio apropiado para trasladar a un paciente no debe basarse únicamente en la lesión o en la enfermedad que lo afecta, sino también en los factores que dificultan su traslado.

CLASIFICACION SEGUN LOS MEDIOS Y TRANSPORTE



ANEXO H

NORMAS

1. GENERALES

1.1. Adaptar el apoyo de servicio de sanidad para cada situación específica en el Campo de Batalla.

1.2. En ese cambio y adaptación no se deben confundir los métodos de empleo de las Unidades Médicas, con la base de su designación.

1.3. La creencia errónea de que la base de la designación controla los métodos de empleo de una Unidad, podría causar equivocaciones serias por parte de los Comandantes de las Unidades apoyadas, que traería como consecuencia la utilización inefectiva del valiosísimo instrumento que suministra cuidados a la salud en el Campo de Batalla.

1.4. Principios generales para el apoyo:

PRINCIPIO	OBJETIVO	ACTIVIDAD
FLEXIBILIDAD	Estar preparado para canalizar el apoyo para satisfacer necesidades cambiantes.	Cambio en planes si operaciones requieren flexibilidad.
PROXIMIDAD	Pronta consecución del personal herido para evitar lesiones secundarias.	Debe estar lo más próximo a las áreas de operaciones como sea permitido por la situación táctica.
CONCORDANCIA	Proporcionar apoyo de servicio de salud al personal de enfermos heridos y lesionados en el tiempo y lugar precisos.	El plan de apoyo de salud debe ser acorde con el plan táctico para determinar los requerimientos que exige la operación táctica.
MOVILIDAD	Mantener un apoyo cercano de salud para las Fuerzas Militares combatientes en maniobra.	Para asistir en el Campo de Combate y poderse movilizar hacia los diferentes escalones.
CONTINUIDAD	Proporcionar atención y tratamiento óptimos en forma ininterrumpida.	A través de un sistema de apoyo en fases progresivas de acuerdo con el escalón.
CONTROL	Asegurar que los apoyos se desplieguen con precisión y oportunamente y que el alcance y calidad de la atención satisfagan las normas.	La capacidad de prestar atención médica en cada escalón se logra a través del control ininterrumpido al desplegar el apoyo al sitio requerido.

1.5. A pesar de que la guerra irregular en la que nos encontramos empeñados, no se acoge directamente a las normas y convenciones mundiales, el personal de Sanidad a todo nivel debe conocer sobre todo las 'Convenciones de Ginebra en el Apoyo del Servicio de Salud' y el respeto por los Derechos Humanos.

1.6. El apoyo de material sanitario debe mantener su capacidad de reacción aún cuando el puesto de sanidad y su personal esté trasladándose; de tal manera que la disponibilidad debe estar de igual forma en un sitio adelantado como a trasado.

1.7. La evacuación de pacientes es el traslado oportuno y eficiente de los heridos, lesionados o enfermos desde el campo de batalla y otras ubicaciones hasta las instalaciones de tratamiento de sanidad y, desde estas instalaciones a otras, que se encuentran más hacia la retaguardia. La evacuación se inicia en el lugar donde ocurrió la herida o la enfermedad y continúa hacia atrás lo más posible, según lo requiera la condición médica del paciente o la situación militar.

1.8. Bajas en gran cantidad, o bajas masivas no solo significa gran cantidad de heridos o lesionados. Significa que ha habido gran cantidad de bajas simultáneas o dentro de un período relativamente corto y la cantidad excede la capaci

dad de atención sanitaria. En ese momento cada socorrista o camillero o auxiliar debe hacer frente simultáneamente a 2 o más pacientes heridos graves. Estas bajas pueden resultar de cualquier tipo de guerra, conflicto o emergencia. La evacuación también se ve afectada y por eso el personal de sanidad debe estar capacitado y entrenado para asumir dicho trabajo. En Colombia la persona que presta el socorro sanitario debe estar preparada para afrontar las principales amenazas que nos afectan como son las naturales (terremotos, tormentas, huracanes, deslizamientos, inundaciones) y sociales (combates, sabotajes, terrorismo, hacinamiento, paros cívicos, asaltos guerrilleros, emboscadas, atentados, etc.)

1.9. La secuencia de las evacuaciones a través de los diversos niveles de atención, cada vez más complejos (cadena normal) debe ser seguido en la mayoría de los casos. Sin embargo, cualquier nivel puede ser omitido cuando la condición del paciente lo requiera. La eliminación de algún paso en la cadena se denomina evacuación directa, y no altera los principios de administración de pacientes, sino que aprovecha los medios de que se dispone para beneficio del paciente.

1.10. Independientemente del medio usado, la evacuación de pacientes según las condiciones del campo de batalla, es una tarea difícil y peligrosa. Se hace aún más compleja con los problemas de tiempo, terreno, vías de acceso y la ac-

ción enemiga que impera en nuestro país. Por esto, la coordinación por parte de un ente organizador y capacitado para tal fin, es indispensable para realizarla bien.

1.11. En lo posible, para la evacuación de las zonas que se ven comprometidas en el conflicto de guerra irregular al que nos enfrentamos, deben usarse medios aéreos. Sin embargo, la selección debe basarse en aquel que contribuya más al bienestar del paciente y menos a su morbilidad.

Sin duda el helicóptero es el medio más rápido y versátil para el transporte de los heridos, por su alta capacidad de maniobra. Pero existen dos grandes limitaciones que deben ser tenidas en cuenta:

1.11.1. La mayoría de ellos no tiene suficiente espacio o no se pueden adaptar a la necesidad del transporte seguro; a esto se suma el alto costo de su desplazamiento.

1.11.2. Algunos que se pueden adaptar, desafortunadamente poseen un rotor de dos palas, lo que en función de la velocidad de rotación produce una vibración de más o menos 12 a 16 Hertz/segundo, con lo cual cerebro o vísceras podrían entrar en resonancia, con graves consecuencias para el herido. La selección de este medio debe ser responsabilidad del médico que la hace basándose en la condición del paciente.

1.12. La selección adecuada (o clasificación) es esencial para no comprometer el buen éxito de las operaciones tácticas. La evacuación sin que lo exijan las condiciones físicas o la situación militar hace que los servicios sanitarios se recarguen innecesariamente, la unidad cuenta con una persona menos hasta que retorne a ella, los reemplazos exigirían una movilización adicional. (Figura 4)

1.13. Todo el personal de sanidad debe conocer la metodología, técnica, prioridades y capacidades para llevar a cabo una correcta evacuación, al igual que los comandantes a todos los niveles para solicitar el recurso y utilizarlo eficazmente, sin subutilizaciones

ANEXO H

NORMAS

2. PARTICULARES

2.1. Prestar apoyo a las Unidades Operativas que estén comprometidas en combate para colaborar con evacuaciones directamente o con instrucción.

2.2. Actualización permanente en las normas y actividades que se relacionen con clasificación, evacuación y transporte de heridos de acuerdo con las necesidades de la Institución, el País y con los conceptos de Medicina Militar.

2.3. Evalúa periódicamente a la Unidad que ha instruido, mínimo una vez al año, para efectuar los cambios, recomendaciones o reentrenamiento de acuerdo con el resultado.

2.4. Da al Comando del Ejército por intermedio de la Dirección de Sanidad recomendaciones para el apoyo oportuno en las evacuaciones correspondientes con el fin de mejorarlas cada vez.

2.5. Realizar la **regulación médica**, que es un sistema para coordinar y controlar el traslado de los pacientes por los diversos niveles de apoyo de servicio de salud. Debe estar destinado a garantizar la evacuación oportuna y eficiente de pacientes a las instalaciones de tratamiento médico que mejor estén capacitadas. Esta regulación se efectúa con mayor eficacia cuando se realiza desde el Comando Superior, que controla los medios de evacuación y el destino. La compañía de evacuación por lo tanto, debe estar en permanente contacto de comunicaciones para asesorar y en dado caso dirigir las evacuaciones desde el lugar en donde se encuentre.

2.6. **Apoya** a otros organismos especializados en socorro y evacuación, con medios y recurso de personal, para facilitar las actividades, en beneficio de las víctimas.

2.7. Debe mantener un **equipo humano y técnico permanente** y entrenado, capacitado y disponible para responder en forma inmediata ante cualquier requerimiento ordenado por el Comando Superior.

2.8. Sirve como base para la **práctica frecuente** de ejercicios, simulacros, etc. como medio de capacitación para diferentes grupos de individuos, de tal manera que ellos sean el soporte en cada unidad para crear compañías semejantes en caso indispensable o como apoyo a la misma si la situación lo exigiere.

2.9. Permite la revisión, recuperación y reemplazo del material y equipo actualmente disponible en los Puestos de Clasificación, de Socorro o de Hospitales de Campaña, para que se encuentren permanentemente disponibles para cualquier desplazamiento o requerimiento.

2.10 Sugiere reemplazos, rotaciones, cursos, intercambios del personal que la conforma para garantizar el máximo de efectividad, capacidad y entrenamiento.

2.11. Clasifica, identifica y evacúa a heridos o lesionados de acuerdo con la tarea impuesta, las prioridades establecidas, para destinarlas al lugar adecuado para que reciban la atención específica.

2.12. Ayuda y asesora en los procesos de antes, durante y después de los desastres, principalmente en los conceptos preventivos dictados por el Comando del Ejército para las propias tropas y la población civil comprometida.

2.13. Actúa como puesto de comunicaciones para enlazar los diferentes niveles de atención de sanidad, así como con las diferentes entidades o dependencias que se estén apoyando o de las que se necesite su colaboración.

2.14. Coordina los grupos necesarios para el cumplimiento de la misión.

2.15. El Comandante cumple con las funciones propias de un Comandante a ese nivel.

2.16. Todo su personal debe estar capacitado para además de practicar todos los pasos y procedimientos de la evacuación, brindar a los heridos o lesionados los primeros auxilios necesarios para estabilizar constantes vitales y evitar daños mayores durante el transporte.

2.17. Hace los requerimientos indispensables de material y equipo para cumplir con sus funciones de evacuación e instrucción.

2.18. Conoce todos y cada uno de los Dispensarios, enfermerías, puestos de socorro, clasificación y Hospitales de Campaña en cuanto a funcionamiento, capacidades, limitaciones, vías de acceso, necesidades, etc., para poder utilizarlos en los diferentes niveles de la evacuación.

2.19. En el proceso de evacuación aún cuando la jerarquía es importante, quien se encuentre mejor capacitado y tenga el entrenamiento suficiente, debe dirigir y coordinarla. Es obvio que este debe ser el Comandante, pero si no lo fuera, debe ser asesorado por quien sí lo está.

2.20. Mantener el interés de los mandos para que esta Compañía se esté entrenando continuamente y el espíritu de

cuerpo y el ánimo de servicio sean una norma que lleve a su personal orgánico a mantenerse en el grado óptimo de preparación y disposición.

2.21. Recomendar lo pertinente para que los depósitos de medicamentos y demás elementos que sean fungibles, sean revisados periódicamente y aquellos que expiren sean reemplazados, principalmente en los puestos de sanidad móviles. Así como el mantenimiento preventivo a los equipos.

2.22. Extender la instrucción sobre comportamiento y responsabilidades en emergencias y desastres, que compete a todos y a cada uno de los integrantes del Ejército y de las Fuerzas Militares, desde las Escuelas de Formación y las Unidades más comprometidas en particular, para el desempeño adecuado.

ANEXO I

CARACTERISTICAS DEL PERSONAL

1. REQUISITO ACADEMICO

- 1.1. Practicantes: soldados en cada escuadra
- 1.2. Auxiliares: suboficiales que adelanten cursos de capacitación en los primeros auxilios y técnicas de auxiliares de enfermería.
- 1.3. Enfermeros (as): Profesionales Universitarios
- 1.4. Médicos: Profesional Universitario

2. PROCEDIMIENTOS QUE DEBE CONOCER Y MANEJAR

- 2.1. Practicante:
 - Técnicas de examen
 - Medidas de urgencia
 - Observación y cuidados
 - Evitar lesiones adicionales
 - Métodos de evacuación inicial a puntos de seguridad para ser clasificado
- 2.2. Auxiliares:
 - Técnicas de primeros auxilios
 - Clasificación inicial (TRIAGE)
 - Métodos de transporte según prioridades
 - Capacidades y limitaciones de los niveles de sanidad
 - Técnicas de rescate
- 2.3. Enfermeros (as):
 - Procedimientos de enfermería de Urgencias
 - Procedimientos de reanimación
 - Enfermería militar
 - Docente
 - Manejo de estadísticas en combate
- 2.4. Médicos:
 - Medicina de Urgencias
 - Medicina en Desastres
 - Reanimación
 - Medicina Militar
 - Administración de salud para un teatro de operaciones
 - Conocimiento y maniobra de los medios de evacuación y comunicaciones
 - Docentes

PROPUESTA DE ORGANIZACION DE LA COMPAÑIA DE
EVACUACION E INSTRUCCION PARA EL EJERCITO

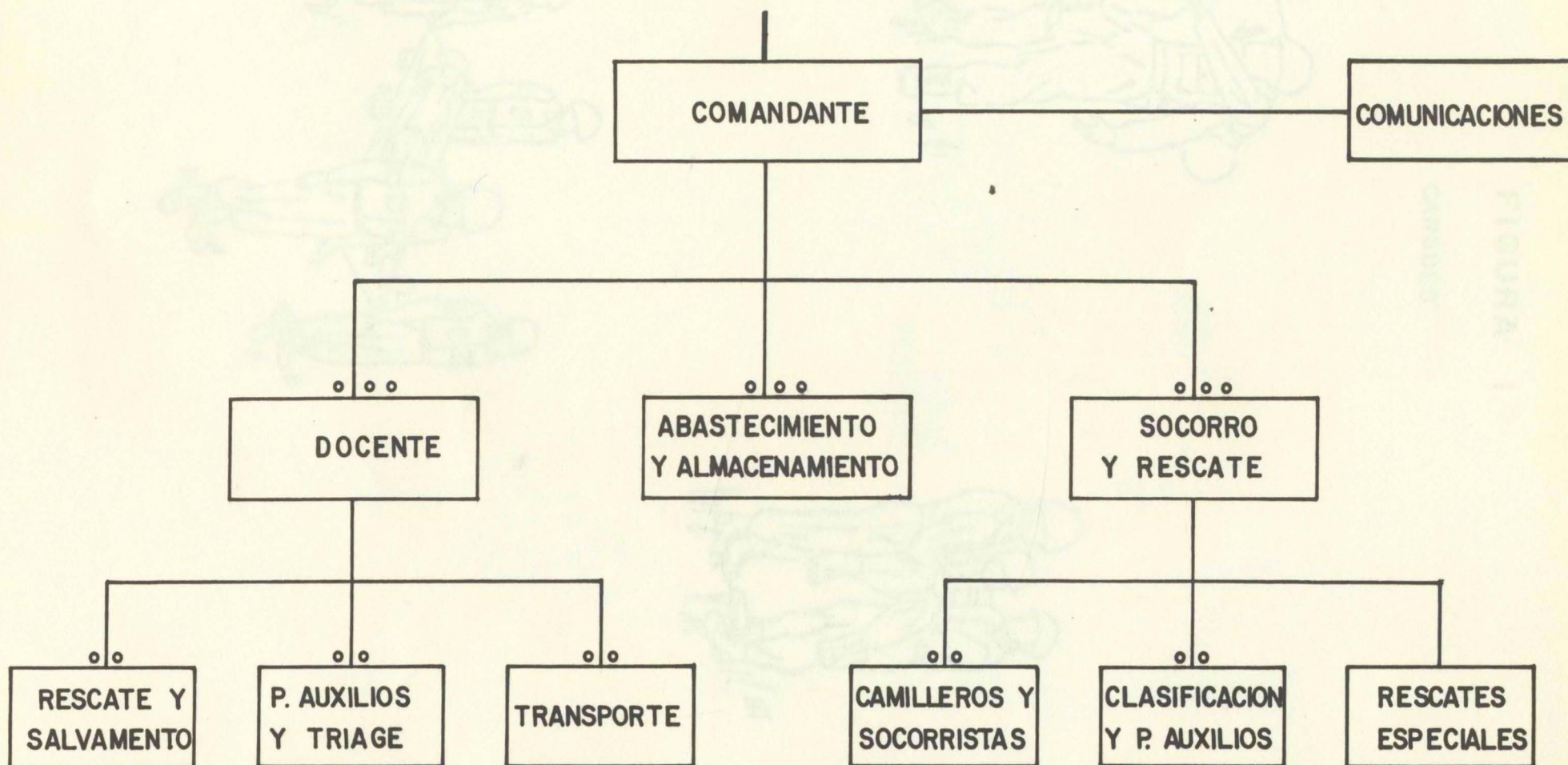


FIGURA 1

CARGUES

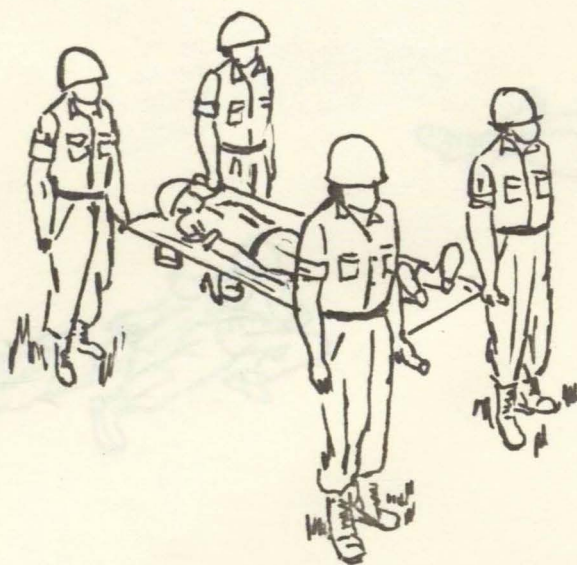


FIGURA 2

ARRASTRES

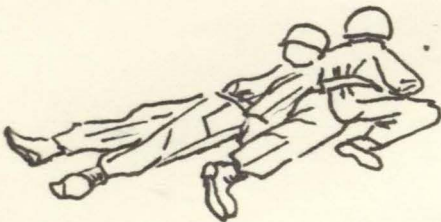
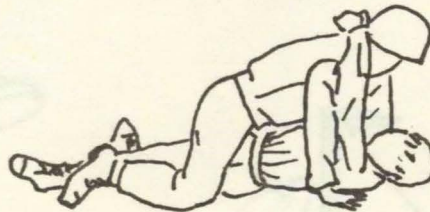
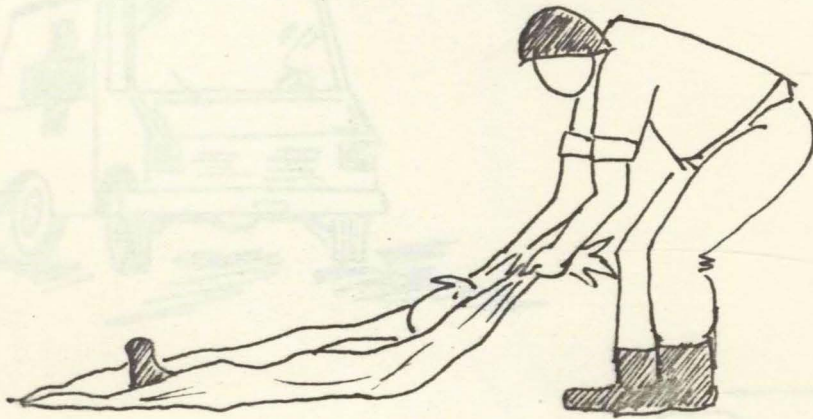
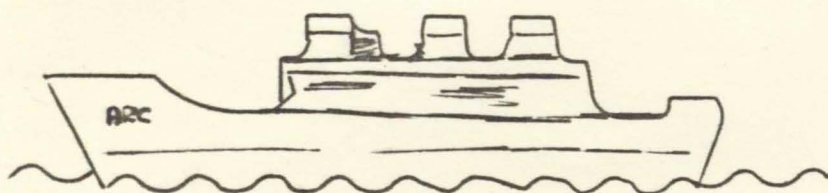
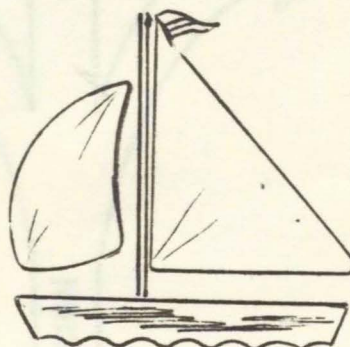
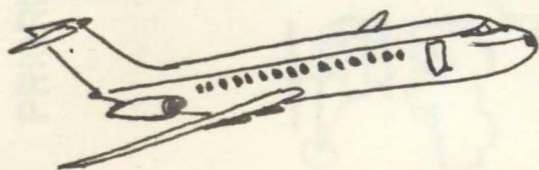
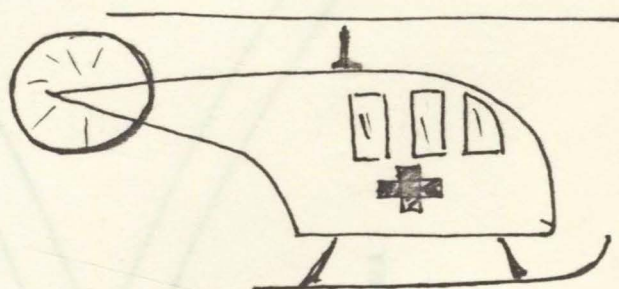


FIGURA 3

VEHICULARES



PRIORIDADES EN EVACUACION

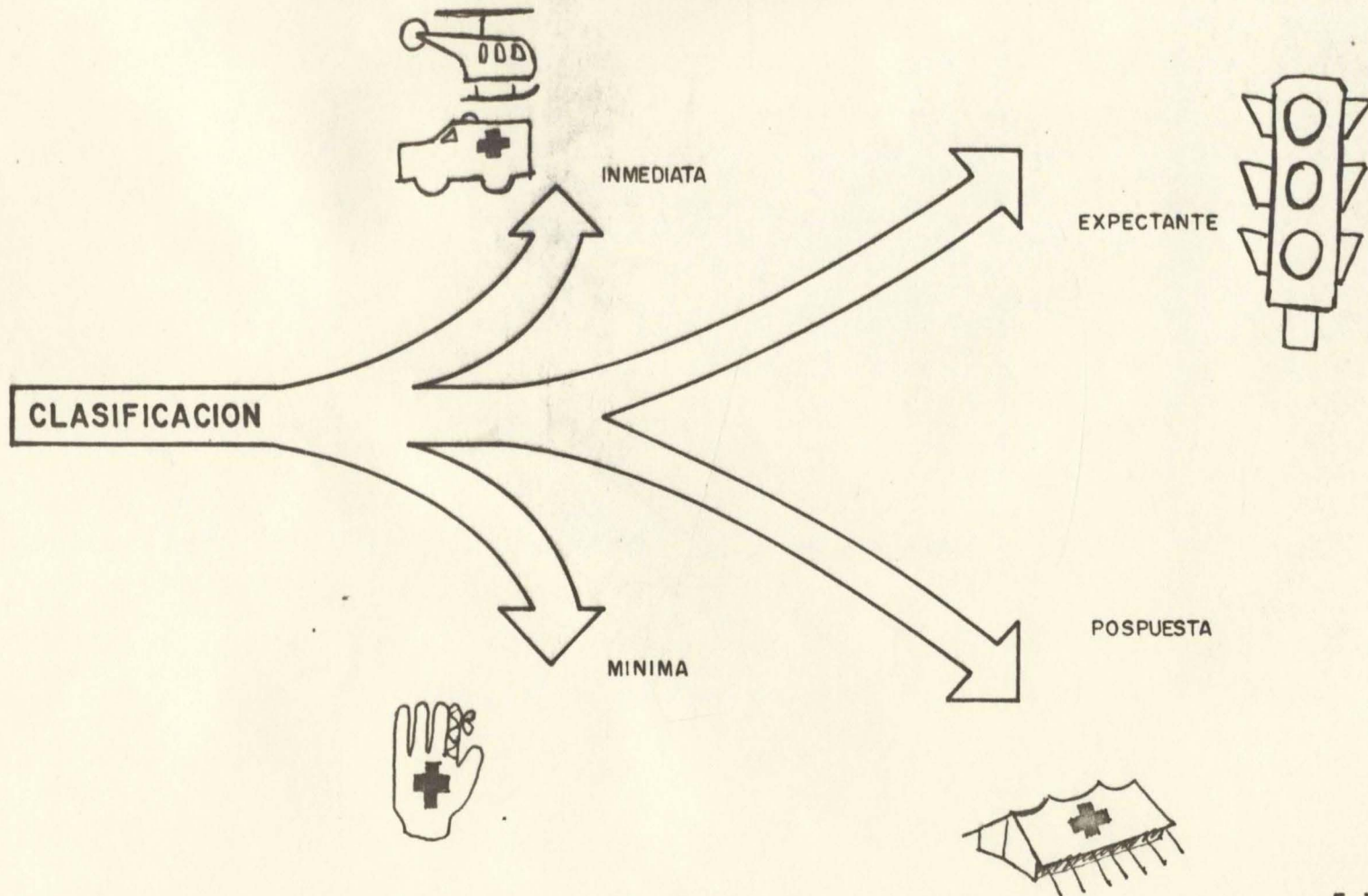


FIGURA 4

TESG

37540

825 Toledo de Soto, Julia

Estudio adecuar normas para capaci
tar personal evacuación de Heridos

Fecha	FIRMA	No. Teléfono	No. Carné

37540



BIBLIOTECA CENTRAL DE LAS FF. MM.

No. TESG Toledo de Soto, Julia
825 Estudio, adecuar normas para
capacitar personal evacuación
de heridos.