



UNIVERSIDAD NACIONAL DE INGENIERIA

FACULTAD DE INGENIERIA CIVIL

CENTRO PERUANO JAPONES DE
INVESTIGACIONES SISMICAS Y
MITIGACION DE DESASTRES



Texto de la Conferencia presentada en el Seminario Internacional de Planeamiento, Diseño, Reparación y Administración de Hospitales en Zonas Sísmicas
Realizado en Lima - Perú, del 20 de Agosto al 9 de Setiembre de 1989

"ATENCION MEDICA EN LAS EMERGENCIAS MASIVAS"

Por: Dr. Donata Morote R.

Profesor Asociado de Neurocirugía en la Universidad Nacional
Mayor de San Marcos

I. ANTÉCEDENTES

Es ampliamente conocido que la Enseñanza Universitaria de Medicina está dirigida principalmente a la atención de casos individuales, pero con escasas referencias al manejo de una Emergencia Masiva Súbita. Ello es parte de la limitada proyección a la comunidad, en el entrenamiento médico, especialmente en el campo de prevención y la epidemiología. Concurrimos así al ejercicio Profesional de una suerte de Medida de hechos consultados".

Sin embargo, la experiencia de las últimas Guerras especialmente la segunda Guerra Mundial y de la Guerra de Corea, fué incorporado el manejo de Desastres Naturales que comprometieron poblaciones numerosas. Entre ellos el Terremoto del Perú en 1970 (Chimbote-Huaraz) marca un hecho histórico de desorganización Nacional e Internacional, que es condensada

en un sin número de documentos. Además de la improvisación como común denominador se añade otro factor mencionado y era la carencia de entrenamiento de los Profesionales en Emergencias Masivas. Frente a éste reto se respondió con una generosidad sin límites, pero igualmente carente de técnicas lo que aumentó el esfuerzo y los costos finales.

En la Universidad Belga de Lovaina, un Profesor Universitario Michael Lechat, crea el Centro de Investigación Epidemiología en Desastres, que se convierte en faro para ordenar la documentación Mundial al respecto. Asimismo, Los Organismos Internacionales dan origen a programas específicos para recoger la información Internacional, canalizar la ayuda y contribuir al Entrenamiento Médico. Nace la UNDRRO con sede en Ginebra (Programa de Investigación en Desastres, Naciones Unidas) y como dependencia de la OEA, y OPS, la Oficina de Preparación en Desastres con sede en Washington y que dirige un Discípulo de Lechat, el Profesor Claude De Ville.

En el Perú nace el sistema Nacional de Defensa Civil, en el año 1972, La Oficina de Organización en Casos de Desastres del IPSS en 1981 y la Dirección Nacional de Desastres en Salud Pública en 1985 y contribuyen a realizar conjuntamente y otras veces por iniciativa de los Colegios Profesionales, Universidades, Sociedades, Municipios, cursos de Cursos, Jornadas, Congresos Conferencias etc, etc., que elevan el nivel de entrenamiento en Emergencias Masivas de las nuevas Generaciones.

La experiencia Peruana es recogida por la Organización Panamericana de la Salud y se contribuye a que otros Países desarrollen sus propios planes y mejoren el entrenamiento Médico en Desastres Naturales (Colombia, Venezuela, Ecuador, Bolivia, Costa Rica, Salvador, etc.).

Llegados a 1988 se continua la obra de condensar en escritos tal experiencia con la intención que pueda servir de base para cualquier modificación seria, como debe suceder dentro del proceso del Pensamiento Científico.

II. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCION MEDICA MASIVA

2.1. Prioridad

La atención médica en Emergencias Masivas tiene una característica cuali
tativa , que la diferencia netamente de otros tipos de trabajo de los Profe
sionales de la Salud y es tener presente en todo momento el concepto de
Prioridad el conjunto de parámetros ó Categorías en que se colocan rapi
damente a los Siniestrados para otorgarles atención inmediata ó atención
diferida. Como cada Categoría de Siniestrados requiere diferente tipo de
material, equipo, transporte, etc, etc, cada Categoría de Atención, signi
fica también un renglón de apoyo logístico que debe de preverse. Esto
significa "Administración de Recursos de Salud".

2.2 Masa

Hablar de Emergencia Masiva es referir un estado de compromiso de la Sa
lud súbita, en una Masa humana. El concepto de Masa debe precisarse
que no supone la suma aritmética de los individuos que la componen, pues
su comportamiento psicológico grupal es diferente. La Masa es pueril y
varía rápidamente de un estado de ánimo a otro contradictorio ("del Odio
al Amor"..).

La Masa es explosiva, desordenada, pero se deja guiar más que con pala
bras con Símbolos que ofrezcan Seguridad (Banderas, Cruces, Colores
etc.). El Trabaja con Masas significa trabajo con ruidos intensos, gri
tos, quejas, llantos, interjecciones, para los cuales debemos estar prepa
rados. La Masa es curiosa, obsesiva en sus preguntas pero es claramen
te cooperadora en Desastres Naturales como Terremotos, Huaicos, Inunda
ciones. Después del Sismo del 70 se condensó a través de los ocho To
mos de la Obra muy poco conocida del Crnl. E.P., Hugo Sotillo, múltiples
descripciones de la cooperación generosa de los pueblos siniestrados, des
truyendo la falsedad generalizada sobre la existencia de pillaje y negati
vismo de las masas.

Totalmente diferente es el comportamiento de la Masa en un Desastre hecho
por la mano de un hombre: Guerra Civil, Persecuciones Políticas, Campa
mentos de refugiados, etc.

Un ejemplo claro fué el Desastre de Lima durante la Huelga Policial de 1975, dentro de la ciudad estallo el resentimiento político, el desorden, la violencia, el pillaje y los mecanismos de Defensa Civil no funcionaron con el resultado lógico de gran cantidad de víctimas.

2.3 Lideratos Durante una Emergencia Masiva:

Es interesante el comportamiento de una Comunidad pequeña siniestrada durante un desastre y me refiero a las experiencias peruanas de los Terremotos últimos o de las inundaciones del norte en 1983.

Los Jefes Oficiales de una Comunidad (Alcalde y Gobernadores) no siempre recuperan su Autoridad después del Desastre. Si ellos han carecido de una real autoridad por razones personales, pierden su condición de Líderes y son reemplazados, por que la velocidad de los acontecimientos ponen de manifiesto la incapacidad para prever y dictar órdenes racionales en tal circunstancia. Los líderes naturales pueden ser entonces, algún - maestro, madre de familia, policia ó médico. Este último es un líder natural que debe ser preservado, en entrenando especialmente a los profesionales destacados a zonas rurales en mantener una conducta personal alta, participación en actividades comunitarias y ejercicio de su labor médica con escrupuloso respeto a las Normas Deontológicas y las costumbres de la Comunidad.

III. LO QUE NO DEBE HACERSE EN EMERGENCIAS MASIVAS

Los conceptos que se resumen a continuación, son de sentido común y han sido Internacionalizados confiriéndoles categoría de Técnica en atención Médica de EMergencias Masivas, a través de las publicaciones de la OMS y OPS, basados principalmente en la experiencia Latinoamericana después de los Terremotos é Inundaciones de la década de los años 1979-1980 en curso.

3.1 No debe Improvisarse la Ayuda

Aparentemente este concepto indiscutible no requiere fundamentación, sin embargo la inexistencia de planes escritos sencillamente y suficientemente conocidos por los niveles de ejecución, obliga a la improvisación.

La experiencia Peruana es amplia suficientemente debatida y justificatoria de planes pero es evidente que frente a una Emergencia Masiva la improvisación se convierte en hecho consuetudinario.

3.2 Llevar Ayuda No Solicitada:

Cuando la generosidad Nacional ó Internacional se hace presente con masiva ayuda, después de un desastre tipo terremoto por ejemplo aumenta el caos al crear un nuevo problema y es la Administración de dicha ayuda (Recepción, Almacenaje, Calificación, Distribución, Evacuación, etc.). Son inolvidables las fotos después del Terremoto de Guatemala y Perú objetivando a cientos de farmacéuticos, tratando de identificar millones de muestras médicas y ver su posible utilización. También para recordar está el envío de vacunas a Chimbote y Casma, después de las Inundaciones de 1983, vacunas innecesarias (Tifoidea, D.T.P., etc).

La ayuda debe ser estrictamente solicitadas en cantidad de insumos y en tipo de Especialidades.

3.3. Desplazar a las Autoridades Locales:

Cuando ello sucede existe una ruptura de la organización comunitaria, imprescindible en la recuperación. Los Organismos tales como Instituto Peruano de Seguridad Social, Servicios de Sanidad de las Fuerzas Armadas, Cruz Roja, Médicos Voluntarios de Iglesias ó Partidos Políticos, etc, deben estar bajo el mando reforzado de la Autoridad Local, quien señalará en el Mapa el área de cobertura para los diferentes grupos y la misión correspondiente.

Además las Autoridades Sanitarias locales conocen muy bien la Epidemiología previa de la zona, la composición de los grupos étnicos, costumbres, etc, etc.

3.4 Enviar Personal No Entrenado y Seleccionado:

El personal de las Profesiones Médicas no entrenado cae con facilidad en la angustia durante un Desastre, asimismo si no es preparado y seleccionado físicamente no tiene capacidad para ser útil en condiciones ambientales duras.

La carencia de entrenamiento determina la deficiencia, el esfuerzo innecesario y el aumento de los gastos. La respuesta a ésta situación es sencilla: Seleccionar y entrenar personal de las Profesiones Médicas adecuado para éstas ocasiones. Este personal registrado debe ser ubicado rápidamente en caso de Emergencia y además ser el monitor para enseñanza - continua.

La protección del personal médico enviado a una zona con graves alteraciones de su equilibrio ecológico y de servicios, supone correr un riesgo de salud o de vida. El transporte y el desplazamiento por la zona en desastre añade otro riesgo. Por ello el entrenamiento y la selección deben incluir el seguro de vida o compensaciones mínimas económicas o de reconocimiento para sus respectivas fojas de servicios. Ello motiva mucho al personal seleccionado.

3.5 Brindar un Tipo de Medicina de Nivel Desconocido en Zona de Desastre

Un ejemplo nos ahorraría muchos comentarios. Situación Ficticia.- Si durante la etapa de ayuda post-terremoto en una zona tipo Ancash: empobrecida, con índices altos de desnutrición, mortalidad infantil, endemias, escasez de vacunación sistemática (Huari) etc, enviamos un Hospital de Campaña tipo Europeo, pre-fabricado, con aire acondicionado para atención médica quirúrgicas sofisticadas, vamos a provocar la sorpresa y quizá el rechazo de una población que quizá el rechazo de una población que quiere atención médica básica, con respecto a sus costumbres, utilizando si es posible su propio idioma.

Además el envío de más médicos de alto nivel, eleva innecesariamente los costos de atención y reduce terriblemente la cobertura.

3.6 Abandonar la Zona luego que se termina la etapa Crítica (y publicidad)

Establecida la atención médica básica a una comunidad en una Emergencia Masiva, se crea en forma natural expectativas de que alguna forma de esa atención quede definitivamente incorporada al sistema de vida de la población sinistrada. Por ello, los responsables de la Atención Médica deben

considerar en sus planes la desactivación progresiva de la atención en Etapa Crítica, para reemplazarla por los servicios de Salud Pública debidamente reforzados.

3.7 No Evaluar los Resultados

Esto significa perder la inmensa experiencia del desastre, que es muy difícil repetirlo en los simulacros. La sucesión de los últimos terremotos en Latinoamérica sólo se ve documentada en forma sistemática, después del terremoto de 1970 en Huaraz.

Cada terremoto sequía o inundación se atiende dentro de las variaciones de política sanitaria, dentro de modificaciones de la técnica médica y farmacológica y de los avances de medicina preventiva. Por tanto, al evaluar los resultados positivos y negativos se construye el pensamiento científico al respecto, fracasan las organizaciones inventadas en un escritorio y son válidas y prácticas las logradas sobre la base de experiencia debidamente evaluadas.

IV. ¿QUE PODRIA HACERSE DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO ENFERMERA EN CASO DE EMERGENCIA MASIVA?

4.1 Actuar Ejecutivamente:

Controlando la hora fecha de cada evento y la hora fecha de cada decisión importante. El tener un documento ó cuadernillo en donde se anote los eventos conforme se van preentando, y la hora en que se tomaron Decisiones, representa un acicate para actuar ejecutivamente que para rendir cuentas e informes posteriormente. Mayores defectos existen por No Actuar que por tomar decisiones equivocadas.

Uno de los primeros voluntarios que llegue al lado del Profesional de la Salud inmerso en un Desastre, debe ser dedicado exclusivamente a anotar la hora, fecha y las decisiones que se van tomando.

No esperar Decisiones de un Nivel Superior, si no existe una perfecta comunicación. No depender de la ayuda externa en los primeros momentos.

4.2 Verificar las Noticias con la Autoridad de Salud

Por lo tanto, debe establecerse de inmediato el canal de referencia con Salud Pública. Ese canal debe estar claramente conocido, teléfonos, direc-

ciones, incluso domiciliarios de las Autoridades del Ministerio de Salud. Durante el desarrollo del desastre debe existir íntima comunicación con las Autoridades del Ministerio de Salud. Durante el desarrollo del desastre debe existir íntima comunicación con las Autoridades de Salud para ajustar el trabajo médico en los puntos que sean necesarios.

4.3 Enviar a la Zona del Desastre un Grupo Inicial de Evaluación

Antes de enviar ayuda masiva es conveniente cooperar con la Autoridad de Salud en evaluar rápidamente la zona siniestrada identificando en el mapa los grupos humanos y sus características (raza, idioma, endemios - etc.).

El Grupo de Evaluación puede estar integrado por un Médico Emergenciólogo o Cirujano General entrenado en Emergencias, una Enfermera de Preferencia de Emergencias o Salud Pública y un Técnico o radioaficionado - con los equipos necesarios. Los detalles de la evaluación y los coeficientes para evaluar sismos, inundaciones ha sido trabajado por la OPS, existiendo abundante bibliografía.

4.4 Grupo de Apoyo Médico en Emergencias Masivas

Las características y composición de los grupos varían enormemente en relación a las circunstancias y a la disponibilidad de recursos, pero algunas características pueden ser precisadas:

4.4.1 Debe ser enviado rápidamente en caso de un terremoto porque pasados los tres primeros días la emergencia de salud desaparece y se convierte en asistencia de Salud Pública reforzada si se quiere pero con las características usuales ya conocidas.

4.4.2 Directa.- No debe significar una carga para una comunidad siniestrada y por lo tanto en la misma medida en que exista deficiencia de servicios, el Grupo Médico debe ser autónomo. Ello nos conduce a la concepción de Grupos Médicos de Campaña.

4.4.3 Hospital de Campaña.- La experiencia peruana después de 1970 nos permitió diseñar un concepto que llevado a la práctica se convirtió en un

pequeño Hospital Civil de Campaña de gran utilidad para nuestra realidad. Se trata de un equipo de Profesionales de Salud (Médicos, enfermeras, obstetrices) y técnicos de ingeniería (radiocomunicación, sanitarios, electricistas, choferes y administración), con prendas necesarias para frío, lluvia ó calor intenso, identificación técnica y dotados de elementos tales como carpas de tipo hospitalario, grupos electrógenos, radiocomunicación, potabilización de agua esterilización y 50 camas camillas de aluminio. Sumando los abastecimientos se tenía un peso total de 10 toneladas suficiente para ser transportado en camiones o helicópteros.

Este equipo estuvo operativo y probó su valor en las inundaciones del Norte de 1983 y el sismo de Chile de 1985. Prácticamente esta desactivado en la actualidad.

V. CATEGORIZACION.- CONCEPTOS GENERALES

Entendidos todos los puntos anteriores puede comprenderse que la ASISTENCIA MEDICA EN EMERGENCIAS MASIVAS es aquella destinada a proteger la salud de la mayoría de una población siniestrada o a evitar daños mayores, permitiendo que la comunidad se recupere rápidamente.

Para realizar tal objetivo el Profesional de Salud debe priorizar su atención rápidamente o seleccionar los siniestrados y agruparlos por tipos de patología, posibilidades de contar con recursos, evacuación etc.

Estos conceptos se expresan en términos aparentemente sinónimos aún en otros idiomas y que traducidos al español dan origen a confusiones.

Por ejemplo: "Triage (francés) "Sorting" (inglés) priorización, evaluación, selección, etc, pero proponemos que sea el término de CATEGORIZACION.

CATEGORIZACION es un concepto de mayor profundidad (Kant) en el pensamiento humano diferencial.

No solamente separamos patologías, sino la posibilidad nuestra de resolverlas en ése momento, señalamos también la indicación de evacuación ó transporte y otro elemento muy importante es la Valorización (Axiológicamente) de unos siniestrados con respecto a otros. Por ejemplo la prioridad que concedemos a la Madre embarazada y al niño como sujetos que garantizan la sobrevivencia de la especie. Frente a dos patologías similares entre adultos se prefiere a la madre embarazada independiente de su nivel cultural. Idem frente al niño. Diferentes es en medicina militar pues por razones de simples costos o estrategias debe preferirse o priorizarse la atención del de mayor graduación o valor para la finalidad guerrera. En medicina Civil es diferentes.

La Categorización de víctimas realizada rápidamente debe respetar criterios sobre, atención médica, terapia, transporte o cuidados especiales, pero aplicadas preferentemente a Madre-Niño.

En caso de pacientes moribundos o con lesiones que es imposible resolverlas aún con medios superiores (por ejemplo pérdida de materia encefálica por una fractura) estos - los pacientes - deben ser dejados in Situ, debidamente identificados o agruparlos en algún lugar sin otro elemento de asistencia médica. Se invierte así la prioridad

de la emergencia usual en los Hospitales, donde atendemos a los más graves, en primer lugar. En una Emergencia Masiva, los más graves son atendidos sólo cuando se haya protegido la salud de la gran mayoría.

VI. CATEGORIZACION : APLICACION PRACTICA

La Categorización es aplicable a cualquier tipo de Patología o condición de los siniestrados sean o no pacientes.

6.1 PRIMERA CATEGORIA

TRATAMIENTO INMEDIATO

Son los pacientes que con simple procedimiento pueden evitar perder la vida o tener graves e invalidante consecuencias. Por ejemplo:

6.1.1 Asfixia por: TEC, gases, T.V.M., cervical, bloqueo de la vía aérea, neumotórax etc.

Requieren)2, aspiración, intubación, traquetomías, ventilación asistida manual etc.

6.1.2 Hemorragias externas. Requieren torniquetes, compresión, reposición de CLNA, sangre, plasma.

6.1.3 Agitación maniaca. Porque la violencia que genera causa disturbio en Emergencias Masivas.
Requieren contención y sedación.

6.1.4 Shock que requiere Cloruro de Sodio, dopamina, corticoide, esteroides , calmar el dolor e inmovilización de las fracturas, etc.

6.1.5 Partos.

6.2 SEGUNDA CATEGORIA

TRATAMIENTO MEDIATO

Se colocan en éste nivel a los siniestrados que requieren algún tratamiento, no es vital, pero necesario para ser devuelto si es posible lo más rápidamente a su comunidad y descongestionar los centros de auxilio. Por ejemplo:

- 6.1.1. Deshidratación, insolación.
- 6.2.2. Contusiones, erosiones, heridas.
- 6.2.3. Cuerpos extraños abordables fácilmente.
- 6.2.4. Quemaduras.
- 6.2.5. Angustia.

6.3 TERCERA CATEGORIA

TRATAMIENTO DIFERIDO

Se colocan en éste nivel de atención a los siniestrados que requieran una forma compleja de asistencia médica con participación de varios profesionales, condiciones standart hospitalarias y apoyo de varios servicios en optimas condiciones.

Por ejemplo:

- 6.3.1. Cesareas, curetajes.
- 6.3.2. Hemorragias internas en cavidad craneal, toracica, abdominal, que requieren una intervención quirúrgica con anestesiólogo, esterilización, laboratorio, etc. Todo ello puede hacerse cuando las condiciones lo permitan.
- 6.3.3. Traumatología Quirúrgica
- 6.3.4. COMPLICACIONES DE PATOLOGIA PREVIA GRAVES

De Patología Previa: Epidemias (Paludismo, TEC, desnutrición) Oncología, enfermedades Cardiorespiratorias, Neutológicas y del Aparato Digestivo, Genito-urinario, etc.

Esta patología requerirá sólo tratamiento sintomático hasta que exiga la seguridad de tratamiento etiológico.

6.4 CUARTA CATEGORIA

TRATAMIENTO POSTERGADO

Se colocan a este nivel a los siniestrados que no requieran ningún tipo de asistencia Médica durante la etapa crítica de afluencia masiva a los Centros de Auxilio. En ella se colocan a los moribundos y desplazados. Dichos pacientes son identificados, con su tarjeta, agrupados con otros en similares condiciones, y se les otorga seguridad, abrigo, techo y si es posible algún alimento líquido.

Este grupo debe estar bajo la observación de Asistentes Sociales, Maestros, Policías, Psicólogos y revisión periódica por los profesionales de la salud.

Por ejemplo :

6.4.1. Moribundos

6.4.2 Niños sin familia ubicable

6.4.3 Patología General no complicada

6.4.4. Enfermos mentales sin familia ubicable

6.4.5. Desplazados, Pérdidos, refugiados

VII CATEGORIZACION : SUGERENCIAS

7.1 ENTRENAMIENTO : La Categorización depende del grado de entrenamiento y de la Especialidad Profesional.

Es lógico que cada uno tenga claridad de conceptos en su especialidad y los priorice. Es necesario por ello que cada especialidad, a través de las Sociedades, Universidades y Grupos de trabajo construya su propio sistema de categorización en cuatro niveles precisando los elementos de tratamiento de cada uno y por lo tanto de abastecimiento. Cruzando los aportes de las diversas ramas de la medicina y priorizando los podemos construir un sistema de calidad técnica al momento actual (Perú 1988).

El entrenamiento debe de tratar de borrar las diferencias entre Especialistas y entre profesionales de las diversas Instituciones de Salud.

7.2 CATEGORIA Y DIAGNOSTICO

En medicina se entiende que diagnóstico es un proceso, que se da en el tiempo. No es un instante, sin posibilidad de rectificación. Por ello cuando un paciente es colocado en un nivel No Prioritario por ejemplo : Una contusión Abdominal -- (SEGUNDA CATEGORIA) puede ser elevada a Primera Categoría si aparecen signos de Hemorragia Interna.

Teniendo presente esta evolución los profesionales deben de programar la Revisita de los pacientes agrupados en las tres Categorías .

7.3 EVACUACION

La categorización de siniestrados no es estrictamente paralela al orden de evacuarlos o transportarlos a otros lugares, pues para

ello se requiere que se hayan estabilizado en sus funciones vitales y que el vehículo de transporte tenga las mínimas condiciones para asegurar la vida. Además el costo del transportes y los problemas sociales derivados de las separación familiar deben ser considerados.

Las multitudes no pueden ser desplazadas y deben ser atendidas "In Situ " aumentando progresivamente la cantidad de Ayuda Médica pero manteniéndola dentro de los alcances de la Atención Básica de la Salud.

La Ayuda Médica Masiva en el inicio de un Desastre va a producir una congestión innecesaria. En cambio la Evaluación constante de la patología registrada rápidamente por una Tarjeta puede servir de base para el reajuste epidemiológico que permita racionalizar el apoyo progresivamente.

VIII TARJETA DE CATEGORIZACION

En Octubre de 1984 auspiciado por la OPS y el Ministerio de Salud de Venezuela se reunió en Caracas un grupo de expertos médicos en Desastres los Dres. Luis Baez (Venezuela) Ronald Mac Donald (Guatemala) Nello Manciatte y Luis Arroyo (Ecuador) José Luis Zeballos (Bolivia) Hernán Alzate (Colombia) Días Cabalé (Cuba) Miguel Gueri (España) y el Autor de este Trabajo. Recibí entonces la sugerencias para confeccionar una Tarjeta de Categorización consolidando todas las aportaciones internacionales y la experiencia de los participantes. Producto de ello es la Tarjeta cuya muestra incluimos como anexo 1 al presente Informe.

8.1 DESCRIPCION GENERAL

Tarjeta de Cartón de 25 Cm. por 10 Cm. aprox. con un ojal de metal central superior.

Debajo en Mayúscula sólo el nombre del País, no de ninguna Institución.

En Emergencias Masivas todas las Instituciones de Salud se convierten en SALUD PUBLICA.

8.2 NUMERACION

Cada Paciente tendrá un Número. El Socorrista recortará la es

quina superior y la guardará. Idem. El transportista. Así cada uno tendrá ubicado los pacientes que atendió y lugar de Destino. Si no existe el Nombre el Número permite ordenar el tratamiento, o destino categorizado. Las Tarjetas numeradas serán reemplazadas por la Historia Clínica en los Hospitales y luego se van a procesar estadísticamente.

8.3 PROCEDENCIA Y TIPO DE ACCIDENTE

Permiten identificar el factor etiológico y las condiciones socio-económicas del Siniestrado. Puede usarse como Dirección en ciudades o señalar la Comunidad en el Campo.

8.4 IMAGEN DEL CUERPO HUMANO

Para señalar la zona de la lesión o de la patología predominante. Se acompaña de una brevísima descripción en el rubro " lesiones ".

8.5 PRIORIDAD

Es el concepto fundamental en la atención médica masiva y los colores internacionales señalados están más en relación al transporte que a las Categorías Médicas. Repetimos : Un paciente re quiere atención médica inmediata puede no ser necesario su traslado o ser peligros por agravar su condición.

Considerando que existe buen nivel de atención " In situ " y que el paciente se ha estabilizado los colores permiten orde nar la evacuación en la siguiente forma:

8.5.1 VERDE

(Dejando íntegra la Tirilla Verde), significa que el pa ciente no requiere ser traslado y ha recibido aten ción correspondiente. Se agrupan los pacientes para su Control y Revista.

8.5.2 AMARILLO

(Se deja la Tirilla Amarilla en el Borde Inferior), sig nifica que el paciente requiere ser trasladados sin ser de Alta Prioridad. Por ejemplo: una fractura abierta, estabilizada.

8.5.3 ROJO

(Se deja la Tirilla roja en el borde Inferior), significa que el paciente debe ser trasladado en la brevedad po

sible, en los mejores medios de transporte por Ejemplo:
Un paciente de la Categoría de Tratamiento Inmediato
tipo Shock luego que ha sido estabilizado.

8.5.4 AZUL

(Se deja la Tirilla Azul en el Borde Inferior); éstos pa-
cientes no deben ser trasladados hasta que haya desa-
parecido la Etapa Crítica.

IX CADÁVERES

Deben ser identificados con Tarjeta retirando todas la Tirillas lo que
significa que carecen de prioridad. Los cuerpos deben ser agrupados
si es posible y terminar la Identificación Médico Legal, antes de pro-
ceder a su sepultura.

El respeto a los Ritos Religiosos o costumbres de la Comunidad es
Norma fundamental deontológica. Los Cadáveres son de poco poder
contaminantes porque la casi totalidad de los gérmenes patógenos
son destruidos rápidamente por la Putrefacción. Su sepultura es un
problema de Sanidad Ambiental que se exagera, como factor de Epi-
demia (Salvo la aparición de moscas, roedores y otros vectores).
Es posible que la cremación sea sólo un recurso de última instancia
en casos de Catástrofe con ruptura de todos los servicios é incapaci-
dad de recibir ayuda. La cremación de cadáveres de animales en
cambio debe hacerse en la brevedad posible enterrando las cenizas.

X MEDICINAS E INSUMOS EN UNA EMERGENCIA MASIVA

Dependiendo de la causa del Desastre predominará un tipo de Patología:
POR EJEMPLO:

- En Terremotos: La Traumatología y Cirugia
- En Inundaciones: La Patología respiratoria, digestiva y agravamien-
to de las endemias.
- En estado de Violencia Civil: Predominan los Heridos y estados
psiquiatricos agudos.

Todo ello conduce a una diversidad de terapias y recursos que se-
ría difícil ordenar, si no se tuviera presente los lineamientos de la
Atención Médica Básica; ello simplifica los listados y los Abastecimien-
tos periódicos.

La O.M.S. ha confeccionado un Listado del llamado Paquete Básico para 10,000 (Diez mil) siniestrados que nos sirvió de modelo para que en sucesivas reuniones organizadas por el Ministerio de Salud y aplicadas por la O.P.S en diversas Ciudades del Perú se discutiera su validéz. En Febrero de 1987 se realizan Jornadas de Organización Médica en Desastres dirigidas por el Dr. Rafael Delgado Director de la Oficina respectiva Ministerio de Salud y por el suscrito y logramos producir con los Colegas Tumbesinos un Listado adaptado a nuestra realidad, a nuestra patología y al Personal Médico que disponemos. Este Listado con el Nombre LISTADO TUMBES 1987 va adjunto como Anexo N°2 y contiene Tres Listas.

LA PRIMERA LISTA (A)

Es un aproximado de las necesidades de una población de 1000 durante tres meses y puede ser utilizado por los Auxiliares en pequeñas Postas Sanitarias.

LA SEGUNDA LISTA (B)

Contiene Medicamentos que sólo serán usados por los Profesionales de la Salud.

LA TERCERA LISTA (C)

La constituye la implementación de un pequeño Puesto Asistencial en Emergencia y fuera de ellas.

Estos Listados deben ser reforzados según las estimaciones epidemiológicas y la valoración de todos los informes veraces recibidos.