

**REPUBLICA DE NICARAGUA**

**MINISTERIO DE SALUD  
MINISTERIO DE DEFENSA**



**"PLANES DE EMERGENCIA"  
EN HOSPITALES**

**MANAGUA, ABRIL - 1992.**

**PRIMERA PARTE**

## PLAN DE EMERGENCIA HOSPITALARIO

### I. INTRODUCCION

Nicaragua es un país con alto riesgo de fenómenos geológicos e hidrometeorológicos y como consecuencia está sujeto a la amenaza de Desastres provocados por éstos, lo que ocasionaría graves efectos al desarrollo económico y social de la comunidad afectada.

Ante la notoria necesidad de mejorar la preparación del sector salud para responder rápida y adecuadamente a una situación de emergencia, se ha elaborado esta "Guía Práctica" y se pone a disposición de éste, con el fin de preparar la red hospitalaria del país ante eventos previsibles o imprevisibles que puedan rebasar la capacidad de respuesta de ellos.

Ante la posibilidad de ocurrencia de una gran tragedia, se necesita estar preparado con un plan de Emergencia, esto nos indica que toda persona que trabaje en una Unidad Hospitalaria debe conocer su Plan de Emergencia y saberlo ejecutar en una situación de calamidad pública.

### I.- GENERALIDADES

El periodo de emergencia confiere a la organización hospitalaria un modelo distinto al que se lleva a cabo en tiempo ordinario, encaminado a dar solución efectiva a la demanda en una situación no normal.

Esta organización debe fundamentarse en el máximo de eficiencia con el mínimo de tiempo, ya que de la actividad organizativa que se despliegue dependerá el número de vidas que se puedan salvar.

Desde luego, el plan de emergencia del hospital, está enmarcado en todo un Plan Nacional de Emergencia, por ende intersectorial perfectamente coordinado para evitar al máximo los daños.

En tal situación de emergencia, el hospital debe contemplar la elaboración de un plan de acción. Las etapas en la confección y ejecución van a depender de la apreciación que se haga del impacto que pueda causar el fenómeno que origine el desastre.

Se Consideran tres etapas principales:

- I.- ETAPA NORMAL
- II.- ETAPA DE ALERTA
- III.- ETAPA DE EMERGENCIA

- ETAPA NORMAL

Aquí se contempla sólo el peligro posible que una situación-cualquiera de emergencia se llegue a dar tomando en cuenta los riesgos de la zona de ubicación (terremoto, erupción, volcánica, etc.), por tanto es el tiempo propicio para hacer todos los preparativos disponiendo del tiempo suficiente para ello. Esta etapa se caracteriza por la preparación o perfeccionamiento del Plan de Emergencia Hospitalario (P.E.H.), a ejecutarse en caso de presentarse y verificar la certeza de los medios propuesto así como corregir los errores.

Esta etapa tiene una duración variable, pero en general el tiempo necesario para comprobar los mecanismos del plan proyectado.

A) SOBRE EL PERSONAL

a.1 Plantilla del personal del Hospital

Elaborar la plantilla del personal que estará disponible las 24 horas, tomando en consideración su categoría, lugar de vivienda, forma de localización, etc. En forma periódica se verificará la vigencia de plantilla y se informará al SILAIS, Así mismo deberá verificarse la disposición de trabajo de la misma. Para este fin se elaborará un plan de aviso. - (ver anexo No. 1).

a.2 Conformación de los equipos de trabajo.

En estado de emergencia, se conformarán los siguientes equipos: Comité Operativo de Emergencia, Urgencias, Cuidados Intensivos, Hospitalización, Egresos, Administración, etc.

En esta etapa se deberán calcular de manera detallada las posibilidades de atención que pueda brindar el Hospital con el personal que cuenta y detectar los "Cuellos de Botella" posible a fin de darle solución.

a.3 Integración e Interrelación con la Defensa Civil y otros Sectores.

Contemplar la solicitud de equipos, Brigadas y personal de apoyo que se incorporarán al Hospital, para atender eficientemente a los afectados el cual debe ser coordinado a Nivel Local o Municipal.

#### a.4 Instrucción y Capacitación al Personal

Una vez listos los preparativos de emergencia, se deberá elaborar un plan de instrucción y capacitación al personal involucrado, con el objetivo de prepararlo mediante ejercicios y simulacros que les permita adquirir hábitos-prácticos y que cada uno conozca su ubicación y función a la hora de ejecutar el plan.

#### B) SOBRE LOS SERVICIOS.

##### b.1 Plan de Evacuación de Pacientes

Se toma en consideración el número de pacientes que pueden desocupar cama, dejando los muy graves (cuidados intensivos y otros). Para el fin de este plan, el Director del Hospital deberá mantener la información diaria y pasará la relación de camas disponibles al SILAIS.

Cuando sea indicado, se limitará el ingreso a casos selectivos, a fin de no saturar salas y servicios.

##### b.2 Plan de Ampliación de Servicios

Se consideran los lugares del hospital susceptibles de ser convertidos en salas, quirófanos, etc., durante la emergencia; deberán preverse las posibilidades de acondicionamiento y equipamiento de locales, a los cuales aprovisionarán de lo necesario, como: implementos extras que necesiten, personal (número y tipo), que necesitará para cubrir los dos turnos diarios que se prevé en la emergencia. Deben nombrarse a responsables de este Plan, controlar periódicamente e informar a nivel regional.

#### C) SOBRE LOS SUMINISTROS

Es muy importante tener en cuenta el tipo de suministros que el hospital debe adquirir en esta situación y la manera como le serán distribuidos (canales, frecuencias, responsables, etc.). Así mismo debe contemplarse la forma de almacenamiento y su distribución interna para posibilitar la eficiencia de los servicios.

En forma general debe contemplarse que el hospital debe estar preparado para dar todos los servicios en forma autónoma (en caso de quedar aislado o se retrasen las provisiones previstas) por lo menos durante una semana.

Se debe elaborar listado de los siguientes insumos y asegurar su provisión y reposición.

- Productos Farmacéuticos (elaborar listado de medicamentos necesarios).
- Materiales de Curación
- Materiales para Enyesado
- Materiales para el Banco de Sangre
- Plasma, paquete globular
- Equipos médicos y quirúrgicos
- Productos Alimenticios
- Reactivos e implementos para el laboratorio
- Material, equipos y reactivos para Rayos X
- Ropa y juegos de ropa de cama.
- Otros

En este apartado, el Director y/o Equipo de Dirección, debe tomar en cuenta el abastecimiento y funcionamiento de tres - elementos indispensables sin los cuales no puede darse el funcionamiento del hospital:

- Fuentes alternativas de abastecimiento de agua (pozos)
- Fuentes alternativas de energía (planta de emergencia)
- Calderas

#### D) MANTENIMIENTO

Se deben formar los equipos responsables de dar mantenimiento a la instalación del edificio y a los diferentes aparatos electromédicos, maquinarias, etc., que son utilizados para - asegurar el adecuado funcionamiento de la institución. Estos equipos son los que deben habilitar los lugares alternativos de traslados especificados anteriormente.

Se deben organizar los equipos y Brigadas Contra Incendios - al interior del hospital. Se debe asegurar que las bombas -- apaga fuegos, estén en buenas condiciones de uso, llenas y - bien ubicadas en todo el hospital.

#### E) TRANSPORTE

El transporte debe organizarse en turnos bien definidos y -- asegurar que el personal no falte. En estos casos es un ele-

mento logístico indispensable para traslado de pacientes, personal, suministros y evacuación del hospital, etc. Por lo tanto se hace indispensable, con todas las variantes posibles, quedando bien especificado el responsable de la Unidad y actividad que desarrollará durante la emergencia.

- Establecer coordinación con el Distrito y Municipio y/o instituciones cercanas al hospital, para el apoyo de transporte.
- Establecer coordinación con la Cruz Roja.

## F) COMUNICACIONES

La organización de las comunicaciones se realizará en esta etapa; los equipos y accesorios deben estar en buen estado, prever fuentes de alimentación alterna. Este aseguramiento es importante para garantizar la dirección y coordinación en la ejecución del plan de emergencia

## II. ETAPA DE ALERTA

Es el estado previo a la acción donde se deben de tomar todas las medidas necesarias para entrar a la situación de emergencia de un momento a otro. Esta etapa se aplica a situaciones donde las características del fenómeno es de evolución lenta, de lo contrario si el fenómeno impacta de forma violenta e imprevista, se accionará de inmediato la organización funcional de emergencia.

En esta etapa se establecen los diferentes grados de disposición, de acuerdo a la gravedad del acontecimiento y a la capacidad de respuesta, para ello se le distinguirán con colores a saber:

### 1.- Alerta Verde:

Significa que a un servicio o departamento del hospital, se le aplicará para que se prepare ante una eventualidad y que la atenderá con los recursos disponibles presentes o refuerzos adicionales.

Esta alerta se puede ejecutar ante:

- 1.- Accidentes de tránsito o de aviación, donde resulten gran número de víctimas.
- 2.- Accidentes tecnológicos de mediana envergadura, etc.
- 3.- Disturbios sociales que generen enfrentamientos con producción de heridos y traumatizados.

Se establece que el personal esté disponible en su casa para cualquier llamada por teléfono o recogido por el vehículo enlace del plan de aviso.

## 2.- Alerta Amarilla:

Su uso será exclusivo para emergencias al interior del hospital, específicamente para las operaciones de evacuación del hospital.

## 3.- Alerta Roja:

Una vez comprobada la catástrofe, se establecerá la alerta roja, iniciándose la ejecución del plan; la solicitud de ayuda nacional se basa en la clasificación del desastre.

### III.- ETAPA DE EMERGENCIA

Se inicia con la declaración del estado de emergencia roja, de inmediato se ejecuta el plan con el personal que está en la institución en el momento de producirse, y éstos no pueden abandonar la institución, sin autorización del Coordinador del Comité Operativo (Director).

Al personal ausente se le aplicará plan de aviso para presentarse obligatoriamente al hospital.

Paralelamente se debe de activar la organización funcional -sustituyendo a la estructura orgánica formal; esta organización la conforman los equipos de trabajos que apoyan la asistencia médica de emergencia, los servicios de apoyo y la administración. Los equipos de trabajos tendrán su propia estructura orgánica con sus jefes y sus funciones (ver anexo No. 2).

#### 1. Descripción de los Equipos

##### 1.1. Comité Operativo de Emergencia

Está constituido por el Director del Hospital, (Coordinador), Subdirector, Jefes de Servicios de Hospitalización Ambulatorios y Complementarios, Jefe de Urgencia, Enfermera Jefe, Administrador y Jefes de Departamentos.

Donde no exista la estructura por servicios, se incluirán los Jefes de los cuatro departamentos básicos y los Jefes de Laboratorio Clínico, Radio Diagnóstico, Emergencia y Enfermería.

## 1.2 Asistencia Médica de Emergencia

Lo constituyen los equipos de urgencia, quirófanos, cuidados intensivos, hospitalización y egresos.

### 1.2.1 Equipos de Urgencia

Sus tres componentes son: triage, estabilización y atención médica; ellos deben operar en urgencia para la atención de los siniestrados. Con el objetivo de una mejor comprensión ampliamos cada uno de éstos:

#### a. El Equipo de Triage

Tendrá tantos grupos de triage según la capacidad real en emergencia del hospital; cada uno de ellos estará integrado por un médico cirujano, una enfermera y dos camilleros. De acuerdo a los recursos disponibles puede variar integrándose un médico capacitado en técnicas de triage, una auxiliar de enfermería y dos camilleros o voluntarios. En ocasiones enfermeras profesionales entrenadas en clasificación de heridos que pueden reemplazar eficientemente al médico.

En hospitales-escuelas y aquellos acreditados para cumplir internados, los equipos de triage pueden integrarse con los internos y/o estudiantes de último año. Se debe preparar este personal en tiempo normal, con carácter obligatorio.

Se debe prever el establecimiento de dos áreas de clasificación, una en el sitio del desastre como primer nivel de atención y clasificación, teniendo en cuenta no afectar fuertemente la capacidad de atención del hospital, la otra puede ser en otro sitio o en la entrada del hospital e incluso puede existir un tercer nivel de clasificación efectuada dentro del hospital mismo, antes que los heridos sean enviados a las áreas de tratamiento.

Para facilitar la identificación de los pacientes, se establecen el uso de las tarjetas (Tagging) simultáneo con las tareas de clasificación (ver anexo No. 3).

#### b. El Equipo de Estabilización

Lo constituyen un médico de base, un residente avanzado en cirugía o un ortopedista y la ayudantía de una auxiliar.

En aras de brindar una asistencia eficiente, rápida y eficaz, el área de urgencia se puede dividir en dos sub áreas de trabajo:

- Area de tratamiento mayor, para el tratamiento de los casos más severos.
- Area de tratamiento menor, para tratar aquellos pacientes en condiciones estables y que a juzgar por el primer diagnóstico permanecerán en dichas condiciones, 30 minutos o más.

Los nombres, cargo, dirección y teléfonos del personal integrantes del equipo deben ser conocidos por el personal de la Unidad Hospitalaria y estar disponibles permanentemente (ver anexo No. 4).

#### 1.2.2 Equipos de Quirófanos

Se conforman tantos grupos de quirófanos como salas de cirugía disponibles según estimaciones o capacidad física del hospital puedan habilitarse. Cada grupo estará integrado por: un cirujano, un anesthesiólogo o técnico de anestesia, un ayudante, una instrumentadora, enfermera de quirófanos y si la situación lo requiere, se reforzará el equipo con auxiliares de salas.

#### 1.2.3 Equipo de Cuidados Intensivos

Lo integran las personas (profesionales y personal para médico), que habitualmente trabajan en las salas de cuidados intensivos y sólo serán reforzados con personal externo si la situación lo amerita. En caso de demanda forzosa, este refuerzo debe seleccionarse dentro del personal capacitado en cuidados intensivos o en su defecto seleccionar residentes de los servicios de cirugía medicina interna.

#### 1.2.4 Equipo de Hospitalización

Lo integran los jefes de servicio de hospitalización y los coordinadores de especialidades básicas que operan normalmente en el hospital: cuidados intensivos, gineco obstetricia, pediatría, cirugía, medicina interna y Traumatología. Se constituyen grupos por especialidades para el manejo particular de la sala; éstos deben coordinarse con los equipos de urgencia y quirófanos.

En dependencia de la situación y posibilidades del hospital, el mismo equipo puede asumir las funciones del equipo de egresos en lo concerniente a las altas y destino de los pacientes hospitalizados.

#### 1.2.5 Equipo de Egresos

El equipo de hospitalización, reforzado con personal de la administración que identifique el egreso de pacientes con sus respectivas formas estadísticas requeridas.

### 1.3 Servicios de Apoyo

Cada uno de los servicios de apoyo conformarán su propio equipo de personal asignado habitualmente al departamento y sólo serán reforzados en caso de mayor demanda.

Los equipos de cada grupo laborarán ininterrumpidamente en turnos de 12 horas.

Los equipos conformados incluyen:

- Laboratorio Clínico
- Radiodiagnóstico
- Patología
- Farmacia
- Trabajo Social y Voluntarios

### 1.4 Administración

Esta sección incluye todos los servicios de apoyo logístico para llevar a efecto las acciones de los equipos de asistencia médica de emergencia, los servicios de diagnóstico y apoyo entre los cuales tenemos:

- Mantenimiento
- Comunicaciones
- Transporte
- Personal
- Registro y Estadística
- Suministros (alimentación, ropería, medicinas)
- Seguridad
- Camilleros

En situaciones de desastres, su funcionamiento no oportuno ocasionaría graves trastornos en la prestación de los servicios de emergencia.

## IV. FUNCIONES Y TAREAS ESPECIFICAS.

### Coordinación e Información al Público

#### 1.- Coordinación Intrahospitalaria

- a) Unico equipo autorizado para transmitir información verbal o escrita dentro del hospital durante la emergencia roja.
- b) Unico personal autorizado para movilización e ingreso a áreas restringidas.
- c) Distintivo rojo (Brazalete) para cada uno de los miembros del grupo.

d) Responsable: jefe de trabajadores sociales

## 2.- Información y Relaciones Públicas

a) Unico canal autorizado para transmitir información verbal o escrita fuera del hospital.

b) Por orden del Comité Operativo de Emergencia, -- emitirá boletines de prensa e información (informativos) sobre el número de heridos atendidos en la institución. Atender al periodismo siguiendo instrucciones del Comité Operativo.

c) Distintivo: Azul Celeste

d) Responsable: Subdirector de Atención Médica.

## Asistencia Médica de Emergencia

### Médico de Triage

a) Examinar rápidamente las víctimas que llegan y determinar su clasificación.

b) Indicar la tarjeta de triage de acuerdo a la clasificación.

c) Orientar el destino de las víctimas según prioridad:

Tratamiento Inmediato (Rojo)

Tratamiento Diferido (Amarillo)

Tratamiento Ambulatorio (Verde)

Muerto o en estado agónico (Negro)

### . Enfermera de Triage

a) Ayudar al médico de triage en la clasificación de las víctimas.

b) Llenar la tarjeta de triage y asegurarse de que quede sujeta al antebrazo de la víctima.

### . Recepcionista Voluntario

Registrar información básica del paciente en una hoja o formulario simplificado incluyendo los siguientes datos:

Nombre y Apellido

Edad Aproximada

Causa externa de la lesión

Tipo de lesión

Clasificación (Triage)

Destino

. Camillero de Triage

Trasladar los pacientes al área asignada de acuerdo a la tarjeta de triage e indicaciones de los -- equipos de urgencia.

3. Patología - Morgue

- .- Verificar las condiciones de la Morgue
- .- Ordenar las expansiones necesarias de acuerdo a las áreas funcionales.
- .- Mantener un archivo de tarjetas de los pacientes o víctimas fallecidas (Datos completos de identificación, huellas digitales y/u otros datos que sirvan para tales efectos).
- .- Coordinar con las autoridades de Policía y de Registro civil.
- .- Llevar a cabo los exámenes anatomopatológicos que sean necesarios.
- .- Determinar el período de autosuficiencia del Departamento.
- .- Determinar las existencias de elementos tales como:
  - a) Fundas plásticas de polietileno para envolver los cadáveres.
  - b) Equipos de Formolización
  - c) Materiales para exámenes anatomopatológicos
  - d) Formularios y papelería para los certificados de defunción.

#### 4. Mantenimiento

- .- Asegura el funcionamiento de los servicios básicos
- .- Evaluar el estado de las áreas vulnerables del hospital.
- .- Coordinar con las otras dependencias intra y extra-institucionales para asegurar el abastecimiento de agua y energía eléctrica.
- .- Verificar la disponibilidad de las vías de acceso, circulación y evacuación.
- .- Revisar la disponibilidad de hidrantes
- .- Estimar el periodo de autosuficiencia de la institución.
- .- Anotar los puntos vulnerables en los planos de la institución.
- .- Asegurar y/o solicitar el equipo necesario para el funcionamiento de la institución.

#### 5. Comunicaciones

- .- Mantener comunicación con el lugar del desastre, -- con las ambulancias y cuerpo de rescate.
- .- Transmitir mensajes, códigos relacionados con emergencias.
- .- Mantener un listado actualizado de las personas claves para el manejo de la emergencia.
- .- Mantener actualizado el plan de aviso y su esquema con los recorridos del vehículo-enlace
- .- Asegurar la fuente de energía alterna de los medios

#### 6. Transporte

- .- Recuperar el parque automotor en misiones distintas a la emergencia.
- .- Asegurar la existencia de combustible y mantenimiento de los vehículos al servicio de la emergencia.
- .- Proponer la solicitud de técnica de refuerzo para la evacuación de pacientes.

## 7. Alimentación

- .- Evaluar la capacidad operativa del personal, daños a equipos e instalaciones y recursos de nutrición asequibles.
- .- Coordinar con el administrador los requerimientos nutricionales para pacientes y personal, reportando la disponibilidad de recursos y necesidades urgentes
- .- Preparar las raciones necesarias utilizando los recursos disponibles.
- .- Repartir raciones utilizando los medios que estén operativos.

## 8. Ropería

- .- Evaluar capacidad operativa del personal, daños a instalaciones y recursos disponibles.
- .- Coordinar con el administrador los requerimientos inmediatos de ropa, informando recursos y limitaciones.
- .- Proporcionar los requerimientos extraordinarios de ropa a las áreas críticas (emergencia, sala de operaciones, cuidados intensivos).

## 9. Personal / Registro y Estadística

- .- Verificar situación del personal
- .- Redistribuir personal según requisitos
- .- Notificar al personal de apoyo y recursos extraordinarios.
- .- Proporcionar materiales de registro y estadísticas en volumen adecuado.
- .- Abrir registro especiales de víctimas
- .- Informar al C.O.E. sobre ingresos y egresos, camas disponibles, tendencias estadísticas.

## 10. Suministros

- .- Verificar inventarios, estado de suministros y depósitos.
- .- Evaluar y atender necesidades urgentes

## 11. Seguridad

- Vigilar y controlar los bienes del hospital
- Controlar el ingreso y egreso del personal a las diferentes áreas del hospital.
- Orientar el tránsito de vehículos de acuerdo al flujo establecido y vigilar que las vías de acceso y evacuación se mantengan libres.
- Coordinarse con los servicios de policía, transporte y otros.
- Cuidar el orden público y desalojar los individuos no autorizados.

## V.- OPERACION : MOVILIZACION Y ACCION

Una vez conocida la ocurrencia de un desastre externo al hospital, el Director o el Jefe de Urgencias en ese momento declara al Hospital en Emergencia Roja y se activan los dispositivos para poner en marcha el Plan de Emergencia.

La declaración de Emergencia será ordenada únicamente por el Director del Hospital o por el Jefe de Urgencias en sustitución del primero. Utilizando el intercomunicador se periferoneará la clave: Atención a todos los servicios, Emergencia Roja proceder de acuerdo a las instrucciones, por tres veces consecutivas. Repetir la convocatoria diez minutos más tarde. En caso que el sistema de altavoces no esté operando, se hará a viva voz tres veces consecutivas. El radio-operador informará telefónicamente a cada uno de los integrantes del Comité Operativo de Emergencia, iniciándose la cadena telefónica y ejecutándose el plan de aviso por recorrido del vehículo-enlace. Acto seguido cada Jefe llamará a los Jefes de Equipo a su cargo y es responsable de la concurrencia de ellos a sus puesto de trabajo.

### A. Iniciación de la Operación de Emergencia

El Director del Hospital o el Jefe de Urgencias comunica por los altavoces que la institución ha entrado en emergencia y convoca a todo el personal a sus puestos. Si el personal labora en Zona Restringida (Dirección, Servicios de Urgencias, Sala de Cuidados Intensivos) Utilizará brazalete izquierdo rojo. Si labora en servicios complementarios, brazalete izquierdo verde.

#### A.1.- Destacamento de Seguridad

Inmediatamente después de la declaración de emergencia, los oficiales de seguridad cierran las puertas perimetrales y restringen el ingreso al servicio de urgencias y al hospital únicamente podrán ingresar: los siniestrados, Defensa Civil, autoridades policiales y personal hospitalario. Queda estrictamente prohibida la entrada de personas extrañas y visitas al hospital.

Los oficiales de seguridad deben de controlar el tráfico interno a las áreas restringidas. Las personas no autorizada y que no porten el brazalete en el brazo izquierdo deben de ser retiradas inmediatamente de la institución.

#### A.2.- Altas

Inmediatamente después de la convocatoria de emergencia roja los jefes de las salas inician la operación de egresos de los pacientes hospitalizados y todo el personal asume las funciones y tareas que previamente han sido asignada dentro del plan de emergencia.

#### A.3.- Triage

El proceso del triage debe de iniciarse dentro de la institución. A medida que se congestiona el servicio de urgencia y se conoce la magnitud de la tragedia la operación de clasificación de pacientes puede realizarse afuera, preferiblemente en los aparcaderos cercanos a la entrada del servicio de urgencias. Esta decisión permite ejecutar el triage inicial y descongestiona las urgencias facilitando la práctica de un triage secundario antes de la atención médica requerida. También se pueden crearse las áreas de tratamiento mayor y menor para pacientes graves y menos graves respectivamente.

#### A.4.- Entrada y Salida del Personal

El personal hospitalario para ocupar sus posiciones dentro del plan de emergencia, como aquellos que se retiran después de sus turnos deberán hacerlo por la entrada y salida exclusiva destinada para tal fin.

#### A.5.- Fin del Operativo

El Director del Hospital y el Jefe de Urgencias, decidirán el fin del operativo comunicándolo al C.O.E. y al personal afectado.

PLAN DE AVISO DEL PERSONALMEDICO Y TECNICO DE LOS SERVICIOS CLAVES

<u>N/O</u>	<u>C A R G O</u>	<u>NOMBRE Y APELLIDO</u>	<u>DIRECCION</u>	<u>TELEFONO</u>
01	Director Hospital			
	Alternativa 1			
	Alternativa 2			
	Alternativa 3			
02	Jefe Urgencia			
	Alternativa 1			
	Alternativa 2			
	Alternativa 3			
03	Jefe Medicina Interna.			
	Alternativa 1			
	Alternativa 2			
	Alternativa 3			
04	Jefe Cirugia			
	Alternativa 1			
	Alternativa 2			
	Alternativa 3			
05	Jefe Pediatría			
	Alternativa 1			
	Alternativa 2			
	Alternativa 3			
06	Jefe OBS y GIN			
	Alternativa 1			
	Alternativa 2			
	Alternativa 3			
07	Jefe Patología			
	Alternativa 1			
	Alternativa 2			
	Alternativa 3			
08	Jefe Radiología			
	Alternativa 1			
	Alternativa 2			
	Alternativa 3			

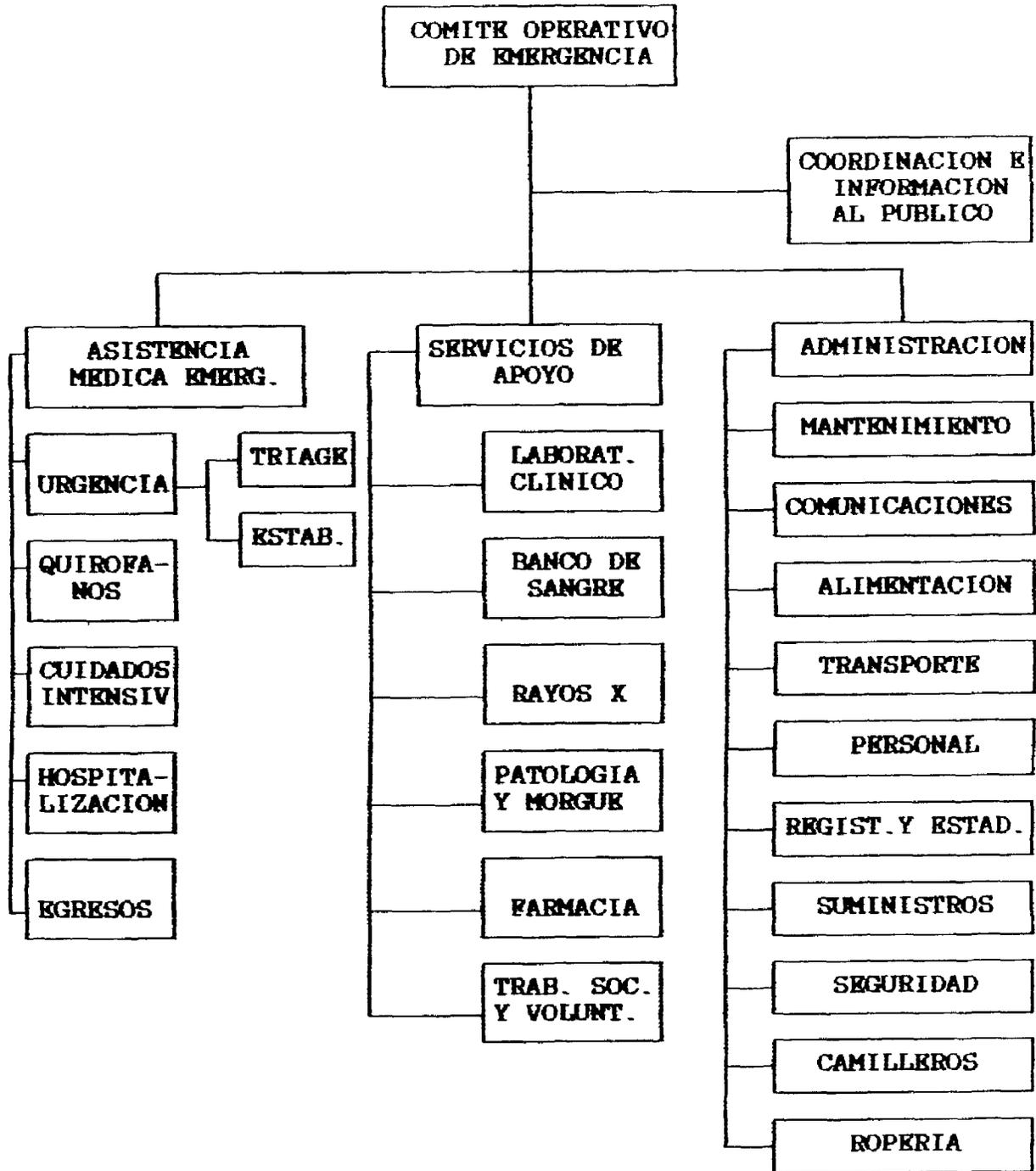
<u>N/O</u>	<u>C A R G O</u>	<u>NOMBRE Y APELLIDO</u>	<u>DIRECCION</u>	<u>TELEFONO</u>
09	Jefe/Lab.clínico y Banco de Sangre. Alternativa 1 Alternativa 2 Alternativa 3			
10	Administrador Alternativa 1 Alternativa 2 Alternativa 3			
11	Enfermera Jefe Alternativa 1 Alternativa 2 Alternativa 3			

**Leyendas de Siglas:**

OBS = Obstetricia

GIN = Ginecología

ORGANIZACION FUNCIONAL DE EMERGENCIA



CLASIFICACION E IDENTIFICACION DE HERIDOS  
(TRIAGE Y TAGGING)

Es la clasificación o agrupamiento en masa en base al criterio médico de posibilidades de sobrevivencia (Triage), es necesario su aplicación para poder tratar a un gran número de heridos con recursos médicos limitados.

Se debe de decidir en el sitio del desastre o en un área ya establecida en el hospital. La clasificación se basa en el beneficio de que los heridos puedan esperar de la atención médica y no en base a la severidad de las lesiones, ya que la conducta de la selección es totalmente diferente a una situación normal, donde el más grave tiene prioridad sin tener en cuenta el pronóstico.

TRIAGE EN EL SITIO DEL DESASTRE

Lo más conveniente es enviar un equipo de triage y una ambulancia al sitio del desastre quienes se encargarán del área del triage. Este equipo ayudará en lo que respecta a la documentación, aspectos vitales en el manejo de desastres, difíciles de establecer en las primeras horas del desastre.

La primera tarea es determinar la magnitud del evento, pueden apoyarse en el personal de la Defensa Civil. Hacer un enlace con los hospitales que recibirán a las víctimas y la sede regional de salud.

El siguiente paso es identificar a los pacientes que requieran atención inmediata y su envío urgente al hospital. El tratamiento debe de reducirse a la medida básica de resucitación necesaria para salvar la vida.

Cuando el número de heridos es crítico y los recursos insuficientes, es de vital importancia distinguir aquellos que puedan responder al tratamiento de los que irremediablemente van a morir. Se debe reservar un equipo adecuado de ambulancia para los últimos.

Las defunciones deben ser certificadas para evitar perder tiempo y utilizar personal médico para confirmarlas.

TAGGING O IDENTIFICACION

Es la identificación del paciente, con el uso de tarjetas (tagging) debe ser simultáneo con la clasificación. Consiste en colocar tarjetas o cintas en colores que representan un grado determinado de lesión y prioridad de evacuación. (ver figura No 1)

## TRIAGE DENTRO DEL HOSPITAL

### Area del Triage:

Puede ubicarse a la entrada del hospital, sitio clave para un eficiente manejo de víctimas, en un triage secundario y un terciario se pueden ubicar en la sala de urgencia u otro local que -- preste las condiciones. Es importante prever un helipuerto en las áreas verde del hospital para recepcionar los casos que lleguen por vía aérea.

Designar para cada nivel, un oficial de triage que clasificará a las víctimas en conjunto con el equipo designado, para tal fin las categorías son las siguientes: (ver figura No. 1).

#### - Rojo I (Inmediata)

Se usa en los pacientes en estado "crítico" cuya sobrevivencia depende de la estabilización inmediata del proceso que amenaza su vida.

#### - Amarilla II (Diferida)

Incluyen aquellos casos en estado urgente o sumamente herido, que requieren alguna estabilidad pero cuya vida no se halla en peligro inminente.

#### - Verde III (Mínima)

Son aquellos pacientes que pueden que pueden regresar a sus trabajos o casas después del tratamiento de sus lesiones menores.

#### - Negra 0 (Expectante)

Indica una víctima fallecida o que está próxima a la muerte, su tratamiento consiste en maniobras de resucitación, tratamiento médico de emergencia con equipos adecuados y personal calificado.

### Tarjeta Roja I (Inmediata)

Significa lo siguiente: Paciente con prioridad en la evacuación, necesitan cuidados inmediatos y con algunas de estas categorías:

- Problemas respiratorios no corregibles en el sitio.
- Paro cardíaco (presenciado)
- Pérdida apreciable de sangre (más de un litro)
- Pérdida de conciencia.
- Perforaciones torácicas o heridas penetrantes abdominales.
- Algunas fracturas graves:
  - a) Pelvis
  - b) Tórax
  - c) Fracturas vertebrales cervicales
  - d) Fractura o luxaciones donde el pulso no puede detectarse -- por debajo de la fractura.
  - e) Conmoción severa
  - f) Quemaduras (complicadas por daños a las vías respiratorias)

### Tarjeta Amarilla II (Diferida)

Se trata de pacientes que tienen prioridad secundaria en evacuación, requieren cuidados, pero sus lesiones no son de tanta gravedad para que sus vidas corran peligro; corresponden a estas categorías:

- Quemaduras de segundo grado que cubren más del 30% del cuerpo.
- Quemaduras de tercer grado que cubren más del 10% del cuerpo.
- Quemaduras complicadas por lesiones mayores a tejidos blandos o fracturas menores.
- Quemaduras de tercer grado que involucran áreas críticas (manos, pies y cara, pero sin problemas en las vías respiratorias).
- Pérdida moderada de sangre (de 500 - 1,000 cc)
- Lesiones dorsales con o sin daños de columna vertebral.
- Pacientes concientes con daños cráneo-encefálico (que puedan causar un hematoma subdural o confusión mental). Estos pacientes mostrarán uno de los siguientes signos:
  - a) Salida de líquido cefalorraquídeo, por oído o nariz.
  - b) Aumento rápido de la presión sistólica.
  - c) Vómito en escopetazo.
  - d) Pulso menor de 60 p.p.m.
  - e) Hinchazón o amoretamiento por debajo del ojo.
  - f) Cambio en la frecuencia respiratoria.
  - g) Pupilas anisocóricas.
  - h) Colapso.
  - i) Respuesta motora débil o no presente.
  - j) Reacción débil a la estimulación sensitiva.

### Tarjeta Verde III (Minima)

Se usaria en aquellos pacientes que se le da tercera prioridad - de evacuación, corresponden a esta categoría:

#### Lesiones Menores:

- Fracturas menores
- Abrasiones, contusiones
- Quemaduras menores:
  - a) Quemaduras de segunda grado que cubren menos del 15% del -- cuerpo.
  - b) Quemaduras de tercer grado que cubren menos del 2% del cuer po.
  - c) Quemaduras de primer grado que cubren menos del 20% del --- cuerpo, excluyendo manos, pies y cara.

#### Lesiones Mayores:

- Quemaduras de segundo y tercer grado con más del 40% del cuerpo, donde la muerte parece razonable cierta.
- Quemaduras de segundo y tercer grado con más del 40% del cuerpo y otras fracturas mayores (cráneo-encefálico, torácica, etc.).
- Lesiones craneales donde la masa encefálica está expuesta y pérdida de conciencia.
- Lesiones cráneo - encefálicas, pérdida de conciencia y lesiones mayores.
- Lesiones de columna vertebral con ausencia de sensibilidad y movimiento.

Resaltamos que es poca la diferencia entre estos pacientes y los de tarjeta roja. Si hay algunos pacientes con tarjeta roja, habrá que decidir el uso de este sistema.

Si no hay pacientes con tarjeta roja, los pacientes con tarjeta amarilla con aparentes lesiones mortales, se convierten en candidatos para la tarjeta roja. La razón es simple si hay muchos pacientes con tarjeta roja que pueden sobrevivir y pacientes con tarjeta amarilla que no podrán ser salvados, el tiempo usado en los moribundos podría ser dedicado al paciente con posibilidades de sobrevivencia.

### Tarjeta Negra 0 (Expectante)

Corresponde a los fallecidos, serían los pacientes sin pulso o - respiración que estuvieran en esas condiciones por más de 20 minutos o cuyas lesiones hicieran imposible las medidas de resucitación.

FIGURA No 1

TARJETA DE TRIAGE

<p>REPUBLICA DE NICARAGUA</p> <p><input type="text"/></p> <p>CLASIFICACION DE VICTIMAS</p> <p>Fecha: _____ Hora: _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Edad: _____ Sexo: (M_) (F_)</p> <p>Causa Externa: _____</p> <p>Diagnóstico: _____</p> <p>TRATAMIENTO INICIAL</p> <p>Clase: _____ Hora: _____</p> <p>Clase: _____ Hora: _____</p> <p>Clase: _____ Hora: _____</p> <table border="1"><tr><td>NEGRO</td></tr><tr><td>ROJO</td></tr><tr><td>AMARILLO</td></tr><tr><td>VERDE</td></tr></table>	NEGRO	ROJO	AMARILLO	VERDE	<p><input type="text"/></p> <p>A.M.E. ATENCIÓN REQUERIDA</p> <p>Cirugía: ( ) Neurocirugía: ( )</p> <p>Ortopedia: ( ) U.C.I.: ( )</p> <p>Quemados: ( ) Otro: ( )</p> <p>REFERIDO A:</p> <p>Hospital: _____</p> <p>Clinica: _____</p> <p>Otro: _____</p> <p>OBSERVACIONES: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <table border="1"><tr><td>NEGRO</td></tr><tr><td>ROJO</td></tr><tr><td>AMARILLO</td></tr><tr><td>VERDE</td></tr></table>	NEGRO	ROJO	AMARILLO	VERDE
NEGRO									
ROJO									
AMARILLO									
VERDE									
NEGRO									
ROJO									
AMARILLO									
VERDE									

EQUIPOS DE TRIAGE Y ESTABILIZACION

N/O	EQUIPO	GRUPO	NOMBRE	CARGO	DIRECCION	TELEFONO
01	Triage	1	_____	Cirujano	_____	_____
			_____	Enfermera o Auxiliar	_____	_____
			_____	Ayudante y camillero	_____	_____
		2	_____	Internista de turno.	_____	_____
			_____	Enf. Turno	_____	_____
			_____	Residente o Interno	_____	_____
		3	_____	Cirujano Turno.	_____	_____
			_____	Int. Turno	_____	_____
			_____	Aux. Turno	_____	_____

Etc. según necesidades y disponibilidades, teniendo en cuenta si se van a crear las áreas de tratamiento mayor y menor.

02	Estabilización	1,2,3	_____	Médico de - urgencia o residente de cirugía o - cirujano de turno.	_____	_____
			_____	Ortopedista de Turno.	_____	_____

**SEGUNDA PARTE**

## II. PLAN DE EMERGENCIA INTRAHOSPITALARIO

### INTRODUCCION

Teniendo en cuenta que en las Unidades Hospitalarias no se consideran la necesidad de contar con un Plan de Emergencia para evacuar el edificio por efecto de un desastre, ya sean estos natural, accidente tecnológico o fallamiento de su estructura, se hace necesario la preparación interna de la institución para afrontar cualquier situación exitosamente.

La experiencia vivida en otros países, nos da como resultado que evacuar un hospital y trasladar pacientes no es tarea fácil, ya que la infraestructura y equipamiento no son los más adecuados para realizar estos tipos de acciones; al menos que existan planes elaborados y personal preparado.

La presente Metodología, se pone a disposición a las Unidades Hospitalarias, para que realicen sus preparativos y evitar consecuencias mayores producto de un desastre en el interior de sus instalaciones; es mejor estar preparado antes que lamentar después.

### I. GENERALIDADES

En una emergencia hay que actuar con habilidad, rapidez y responsabilidad; con menos tensión se genera confianza, calma y respeto entre el personal del hospital y pacientes. Cada hospital debe tener su propio plan de evacuación debiendo ensayarlo periódicamente por las personas que lo van a ejecutar para adquirir hábitos-prácticos, ya que tendrán que laborar en condiciones distintas a las normales.

En los preparativos intrahospitalarios se debe contemplar que no todo el personal estará disponible a la hora de ejecutar el plan (fin de semana, día festivo o noche). Igualmente tener en cuenta que no todos los pacientes podrán evacuarse; el propósito de la evacuación es sacar el mayor número de pacientes en el menor tiempo posible y eficientemente. El plan debe responder; Quién debe evacuarse?, En qué momento? Y hacia dónde?

La evacuación de pacientes puede realizarse de dos formas:

- Evacuación sin ayuda, el paciente sale por su propio medio.
- Evacuación asistida, el paciente es ayudado por otro paciente o por una enfermera o auxiliar de enfermería, pero

hay otros pacientes que  
transportarlo todo el

Evacuar pacientes ambu-  
si se requiere una eva-  
compleja y difícil de  
se en pocas horas.

Después de considerar  
blecer conceptos para  
ción como: "La posib-  
de esfuerzo que uste

Al personal del hos-  
cos (escaleras, pas-  
orientar la salida  
mos. Según la infr-  
tas escaleras y pa-  
ambulatorios que r-  
de supervisión; o-  
ciente que requie

En la evacuación se debe  
cientes que requieren menor ayuda,  
ción a la consecución de equipamiento para  
camillas, parihuelas, sillas dorsales y equipos de  
cación, etc.

## II.- OPERACION DE EVACUACION

La evacuación debe de planificarse después de estudiar las  
implicaciones de la acción; debe de realizarse en tres eta-  
pas, estableciendo un orden de prioridad.

### a) Etapa I

Movilizar a los pacientes capaces de caminar sin asistencia  
El objetivo es desalojar el área para un mejor acceso a los  
pacientes que permanecen recluidos.

### b) Etapa II

Movilizar aquellos pacientes que requieren asistencia

### c) Etapa III

Es la evacuación inmediata y general de todo un sector y/o  
varios sectores.

vulnerabilidad de la estruc-  
más implementar un sistema

endios  
ción plasmada -  
rativo)

uidos infla-  
a las ins-

áreas -

### III.- RECOMENDACIONES GENERALES

- 1.- El plan deberá analizar la vulnerabilidad de la estructura física del hospital. Además implementar un sistema de señalización que incluye:
  - a) Señalización de las vías de escape
  - b) Señalización de equipos contra incendios
  - c) Plano del edificio con toda la situación plasmada -  
(Decisión del Director del Comité Operativo)
- 2.- Supervisar permanentemente el manejo de líquidos inflamables y realizar inspección y mantenimiento a las instalaciones y equipos eléctricos.
- 3.- Controlar el acceso de personas extrañas en las áreas restringidas.
- 4.- Organizar las Brigadas de Defensa Civil en sus distintas especialidades.
  - Brigadas de Primeros Auxilios
  - Brigadas Contra Incendios
  - Brigadas de Escombros
  - Brigadas Especiales y de Reparación
- 5.- Practicar el plan dos veces al año para corregir las deficiencias.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- NEY GUZMAN - GOMEZ : Guía práctica para elaborar Planes Hospitalarios de Emergencia./Cali 1986, Universidad del Valle, Facultad de Salud, Departamento de Medicina Social.
  
- 2.- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD OPS/OMS : Organización de los Servicios de Salud para situaciones de Desastres 1983.