

INTRODUCCION

EN ESTA BREVE MONOGRAFIA SE RESUMEN ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN A LOS SERVICIOS DE URGENCIA COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES O DESASTRES, ASI COMO DE LA ORGANIZACION DE LOS EQUIPOS MEDICOS PARA LA ATENCION DE LOS MISMOS.

NO SE CONTEMPLA EL ASPECTO DE LA ATENCION DE VICTIMAS EN EL SITIO DEL ACCIDENTE O DESASTRE, UNICAMENTE SE HACE REFERENCIA A LOS LINEAMIENTOS GENERALES.

SUGERIMOS EN ESTE TRABAJO, QUE PARA PODER MANTENER LOS EQUIPOS MEDICOS EN ALERTA Y ENTRENADOS PARA CASOS DE DESASTRES, EL MANEJO DE VICTIMAS PRODUCTO DE LOS ACCIDENTES DE LA VIDA DIARIA, COLECTIVOS DE VEHICULOS AUTOMOTORES, INCENDIOS, INTOXICACIONES, VIOLENCIA, ETC., DEBE ORGANIZARSE DE TAL FORMA QUE LA RESPUESTA AL ARRIBO DE VICTIMAS EN MASA, NO DIFIERA EN MUCHO DE LA ATENCION QUE SE HA ESTABLECIDO EN LOS SERVICIOS MEDICOS DE EMERGENCIA (S.M.E.) PARA LA ATENCION DE HERIDOS O VICTIMAS.

TAMPOCO SE DISCUTEN ASPECTOS SOBRE EL CUARTO PARA DESASTRES, O LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS TECNICOS DE APOYO, YA QUE SERAN MOTIVO DE OTRA MONOGRAFIA.

ESTE ENSAYO ESTA ABIERTO A DISCUSION Y LAS SUGERENCIAS Y RECOMENDACION QUE LOS LECTORES JUZGUEN PERTINENTES.

ORGANIZACION DE LOS EQUIPOS MEDICOS PARA ATENCION DE MULTIPLES HERIDOS O

VICTIMAS DE DESASTRES

EN REPETIDAS OPORTUNIDADES HEMOS DISCUTIDO LA IMPORTANCIA DE ESTAR PREPARADOS PARA LA ATENCION DE VICTIMAS, PREVIO A QUE ESTAS INGRESEN A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA.

HEMOS COMENTADO QUE LA ORGANIZACION EN EL SITIO DEL DESASTRE, CON COMANDO, CONTROL Y COMUNICACIONES VAN A RENDIR LOS FRUTOS NECESARIOS PARA LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE CLASIFICACION O "TRIAGE" E IDENTIFICACION DE LAS VICTIMAS, LA PRONTA EVACUACION DE LAS MISMAS, DE ACUERDO A LA CATEGORIZACION POR EL TIPO DE LESIONES. RECORDANDO LA IMPORTANCIA DE MOVILIZAR TEMPRANAMENTE LAS VICTIMAS QUE HAN SIDO CLASIFICADAS EN LA CATEGORIA DE GRAVES COLOR ROJO, LAS INTERMEDIAS AMARILLO QUE DEBEN TRANSPORTARSE AL HOSPITAL PERO NO DE EMERGENCIA Y LESIONES LEVES VERDE QUE NO NECESITAN TRANSPORTE AL HOSPITAL O PUEDEN SER LLEVADOS UNICAMENTE PARA EVALUACION FINAL. LAS VICTIMAS CLASIFICADAS NEGRO, COMO MORIBUNDO O FALLECIDO QUE DEBEN SER TRANSPORTADOS AL AREA DESIGNADA.

RECAPITULANDO, LA COMUNICACION DESDE EL SITIO DEL DESASTRE HACIA LAS INSTALACIONES DE SALUD VAN A PERMITIR QUE EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL O EL HOSPITAL COMPLETO ESTE EN ALERTA Y PREPARADO PARA RECIBIR LAS VICTIMAS. EL COMANDO VA A FUNCIONAR SUPERVISANDO Y EJECUTANDO LAS ACCIONES NECESARIAS PARA QUE LA CLASIFICACION Y TRANSPORTE DE LAS VICTIMAS FUNCIONE EN FORMA ADECUADA.

EL CONTROL, ENTRE OTRAS MANTENDRA RECORD DEL NUMERO DE VICTIMAS, EL TIPO DE LESION QUE ESTAS HAN SUFRIDO Y SUPERVISION DIRECTA SOBRE LA CLASIFICACION Y TRASLADO DE LAS MISMAS AL LUGAR INDICADO.

LOS PLANES HOSPITALARIOS CONTEMPLAN DIRECTAMENTE LA ORGANIZACION FUNCIONAL DEL PERSONAL MEDICO, ENFERMERIA, PARAMEDICO Y AUXILIAR, QUE DEBE PREVALECEER AL ARRIBO DE LAS VICTIMAS.

CUANDO LOS PACIENTES CON TRAUMA, LLEGAN A LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL, LO PRIMERO QUE DEBE ESTABLECERSE ES EL EQUIPO O LA PERSONA ENCARGADA DEL "TRIAGE" O CLASIFICACION, EL CUAL DEBE, CON LA EXPERIENCIA NECESARIA, HACER LA RECLASIFICACION DE INGRESO AL HOSPITAL DE LOS PACIENTES REFERIDOS DESDE EL LUGAR DEL DESASTRE.

POR OTRA PARTE LO QUE ACONTECE EN LA MAYORIA DE LOS CASOS ES QUE LOS PACIENTES LLEGAN A LA EMERGENCIA SIN PREVIO AVISO Y ES NECESARIO EVALUAR Y CATEGORIZAR LA CALIDAD DE LAS VICTIMAS QUE ESTAN INGRESANDO AL HOSPITAL, SIN CLASIFICACION.

DEBEMOS TENER EN CUENTA QUE ESTA PERSONA QUE DESEAMOS FUNCIONE COMO OFICIAL DEL "TRIAGE", NO DEBE SER UN PERSONAJE IMPROVISADO QUE REALICE LAS FUNCIONES DE CLASIFICADOR, DEBEMOS DESIGNAR UNA PERSONA MADURA, CON SUFICIENTE EXPERIENCIA, PARA TOMAR DECISIONES QUE VAN DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON EL EXITO DEL TRATAMIENTO.

EL OFICIAL DE "TRIAGE" TENDRA QUE TOMAR DECISIONES RAPIDAS, ADECUADAS Y CERTERAS. CON ESTAS CARACTERISTICAS ES FACIL COMPRENDER QUE NO SE PUEDE IMPROVISAR UN OFICIAL DE "TRIAGE", POR CONSIGUIENTE EN LA ORGANIZACION HOSPITALARIA DEBEN DETECTARSE VARIAS PERSONAS QUE REUNAN LAS CARACTERISTICAS ANTES MENCIONADAS.

EN UN PRINCIPIO, AL ARRIBO DE LAS PRIMERAS VICTIMAS, EL JEFE DE RESIDENTES, EL CIRUJANO O INTERNISTA, ENCARGADO DE LA EMERGENCIA FUNCIONARA COMO OFICIAL DE "TRIAGE", MIENTRAS EL PERSONAL DESIGNADO PREVIAMENTE DESEMPEÑA ESTAS FUNCIONES.

DENTRO DE LA CLASIFICACION, EN EL AREA DE "TRIAGE", VAN A SURGIR VARIAS

POSIBILIDADES: PRIMERO: NO HAY EVIDENCIA DE LESIONES GRAVES, EL PACIENTE ES REFERIDO A OTRO HOSPITAL, AL AREA DE OBSERVACION O A SU HOGAR; FRECUENTEMENTE SE DETECTA TRAUMA CON LESION DE SHOCK. OTRA ALTERNATIVA QUE NO DEBE MENOSPRECIAR, ES QUE EN EL AREA DE "TRIAGE" SE HAGA LA CLASIFICACION INADECUADA Y LUEGO EN EL AREA DE OBSERVACION SE MUESTRE LESION GRAVE, ENTONCES EL PACIENTE DEBERA SER REFERIDO A LA SALA DE OPERACIONES PARA TRATAMIENTO, O AL AREA DE REANIMACION PARA DIAGNOSTICO.

SI OBSERVAMOS, EN EL ORGANIGRAMA O FLUJOGRAMA, EL AREA DE REANIMACION O CUARTO DE SHOCK SERA EL "AREA CLAVE" PARA EL MANEJO DE LAS VICTIMAS. ESTA AREA FUNCIONA DIARIAMENTE CON EL MANEJO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA EMERGENCIA.

EN CASOS DE DESASTRES, O ACCIDENTES MASIVOS, EL PLAN DE DESASTRES DEL HOSPITAL TENDRA PREVISTAS OTRAS AREAS DE REANIMACION, EN SITIOS ESTRATEGICOS Y FUNCIONALES PREVIAMENTE SELECCIONADOS.

EQUIPOS DE TRAUMA:

ANTES DE PLATICAR SOBRE LOS EQUIPOS DE TRAUMA, ES IMPORTANTE RECORDAR QUE DIARIAMENTE SE REALIZAN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE LOS HOSPITALES, ACCIONES COORDINADAS Y CONJUNTAS PARA EL TRATAMIENTO DE VICTIMAS, DE UNA U OTRA CATEGORIA. QUE LOS LLAMADOS "SERVICIOS DE URGENCIA", "S.M.U." O "S.M.E." FUNCIONAN LAS 24 HORAS DEL DIA EN TODOS LOS HOSPITALES DEL MUNDO. LA ORGANIZACION Y EFECTIVIDAD DE LA ATENCION EN ESTAS AREAS, VARIA DE UN HOSPITAL A OTRO, PERO EN TODOS EL "EQUIPO" DE MEDICOS, ENFERMERAS Y AUXILIARES ATIENDEN A LOS HERIDOS POLITRAUMATIZADOS, PACIENTES CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, INTOXICADOS O QUEMADOS, SOLO PARA MENCIONAR ALGUNOS EJEMPLOS. LAS ACCIONES QUE ESTOS "EQUIPOS" REALIZAN DEPENDEN DE LA PRE-

PARACION PREVIA, ENTRENAMIENTO, CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y FACILIDADES CON QUE CUENTEN.

ESTOY PLENAMENTE CONVENCIDO, QUE SI TODOS NOSOTROS TRABAJAMOS COORDINADAMENTE EN ELEVAR LA CALIDAD DEL SERVICIO DE LOS DEPARTAMENTOS MEDICOS DE URGENCIA "S.M.U.". SERA MUY FACIL ESTAR PREPARADOS PARA EL MANEJO MASIVO DE HERIDOS Y POR CONSIGUIENTE PODER ACTUAR EN MEJOR FORMA EN CASOS DE DESASTRE.

ESTOS EQUIPOS, ESTAN INTEGRADOS POR, PERSONAL DEL SERVICIO DE URGENCIA; EN LOS CUALES EL MEDICO DE URGENCIA, EL CIRUJANO GENERAL O LA ENFERMERA MANTIENE EL LIDERAZGO. FUNCIONA COMO CAPITAN DEL EQUIPO, SIENDO ASISTIDO POR OTROS ESPECIALISTAS TALES COMO: ENFERMERAS, AUXILIARES DE ENFERMERIA, SERVICIOS DE APOYO, ETC.

EL NUMERO DE LOS MISMOS DEPENDE, EN CADA UNIDAD, DE LA CANTIDAD DE POBLACION A CUBRIR, DE LAS FACILIDADES HOSPITALARIAS, DEL NUMERO DE CAMAS, CALIDAD Y CANTIDAD DEL PERSONAL, ETC.

ASUMIENDO QUE CADA UNIDAD DE SERVICIOS MEDICOS DE URGENCIA (S.M.U.) CUENTA CON LOS EQUIPOS DE TRAUMA NECESARIOS PARA LLENAR LAS NECESIDADES DIARIAS, ES IMPORTANTE QUE OTROS EQUIPOS DE TRAUMA SEAN DESIGNADOS DE ANTEMANO, COMO EN EL CASO DEL OFICIAL DE CLASIFICACION O "TRIAGE", ASI DEBEN TENERSE VARIOS EQUIPOS DE TRAUMA PREVIAMENTE DESIGNADOS PARA ACTUAR EN EL MOMENTO DEL DESASTRE, EL NUMERO DE LOS MISMOS DEPENDERA DEL NUMERO DE LAS VICTIMAS QUE ARRIBEN.

AQUI TENEMOS QUE HACER EL RECORDATORIO QUE EN LA MAYORIA DE LOS PLANES DE DESASTRE HOSPITALARIOS ESTA CONTEMPLADO EL MANEJO DE ACUERDO AL NUMERO DE VICTIMAS, COMO EJEMPLO: HASTA 25 VICTIMAS (CATEGORIA I), SERA NECESARIO POR EJEMPLO UNO, DOS O TRES EQUIPOS DE TRAUMA. DE 25 A 50 VICTIMAS (CATE-

GORIA II), SE NECESITARAN DOS O TRES EQUIPOS MAS Y AL ARRIBO DE 50, 75 O MAS VICTIMAS (CATEGORIA III), TENDRAN QUE CONFORMARSE MAS EQUIPOS, O PODRAN FRAGMENTARSE LOS YA EXISTENTES PARA PODER MULTIPLICAR LAS ACCIONES. A PARTIR DE LA CATEGORIA III ENTRA EN ACCION EL PLAN HOSPITALARIO COMPLETAMENTE. Y EN LA CATEGORIA IV MAS DE 100 VICTIMAS SIMULTANEAMENTE, SE TENDRA QUE TOMAR EN CUENTA LA NECESIDAD DE SOLICITAR AYUDA EXTERNA, DEL HOSPITAL, OTROS HOSPITALES, O PARTE DEL PLAN NACIONAL DE EMERGENCIA.

LA FLEXIBILIDAD DE ESTA ORGANIZACION VA A DEPENDER DEL ENTRENAMIENTO PREVIO Y DE LA SELECCION QUE SE HAYA HECHO DE ANTEMANO DENTRO DEL PLAN HOSPITALARIO, Y DE LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS.

EL SIGUIENTE PUNTO FUNDAMENTAL ES EL COMANDO UNICO O LIDERAZGO EN ESTOS EQUIPOS DE TRAUMA, QUE VAN A FUNCIONAR AL UNISONO, TOMANDO DECISIONES PREVIAMENTE ESTABLECIDAS, TALES COMO POR EJEMPLO: NO SUTURAR HERIDAS LIMPIAS, MANTENIENDOLAS CON APOSITOS ESTERILES EMPAPADOS EN SOLUCIONES BACTERICIDAS O SOLUCION SALINA, OTRO EJEMPLO: UNICAMENTE "INMOVILIZAR" FRACTURAS COMPLICADAS, MANEJANDO EN FORMA ABIERTA EL MENOR NUMERO DE CASOS.

RECOMENDAR TRATAMIENTOS OPTIMOS, SIMPLES Y FACILES PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON TRAUMA ABDOMINAL, TORACICO O CRANEANO.

CON ESTOS EJEMPLOS VOLVEMOS A HACER ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE TENER, DENTRO DEL PLAN HOSPITALARIO ACCIONES DEFINIDAS PARA QUE LOS EQUIPOS DE TRAUMA REALICEN LAS ACCIONES NECESARIAS PARA SALVAR VIDAS Y EVITAR SEQUELAS INNECESARIAS.

ESTOS EQUIPOS COMPLEMENTAN SUS FUNCIONES CON LOS SERVICIOS DE APOYO, TALES COMO: LABORATORIO, FARMACIA, RAYOS "X", DIETETICA, SERVICIOS DE LIM-

PIEZA, LOS QUE SERAN FUNDAMENTALES PARA LA FLEXIBILIDAD Y DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EN EL AREA DE REANIMACION O CUARTO DE SHOCK, MANEJO INICIAL Y TRATAMIENTO DEFINITIVO.

SE RECOMIENDA TAMBIEN QUE EN EL AREA DE SALA DE OPERACIONES EXISTA O-TRO OFICIAL DE "TRIAGE" PREFERIBLEMENTE, CIRUJANO DE EXPERIENCIA, QUIEN DECIDIRA LAS PRIORIDADES SEGUN LA GRAVEDAD DE LAS VICTIMAS Y EL NUMERO DE QUIROFANOS.

POR CONSIGUIENTE ES NECESARIO CONTAR CON AREA DE RECUPERACION O "ESPERA" PREVIO A QUE EL PACIENTE SEA TRANSFERIDO AL QUIROFANO O TRASLADADO A O-TRO HOSPITAL.

TOMANDO EN CUENTA LA MOVILIDAD, DISPONIBILIDAD Y ACCIONES QUE LOS EQUIPOS DE TRAUMA DEBEN TENER, PUEDE COMPRENDERSE FACILMENTE QUE ESTOS EQUIPOS NO PUEDEN SER DESIGNADOS A DEDO, QUE NO PUEDEN FORMARSE EQUIPOS "FANTASMAS" QUE NUNCA VAN A TOMAR DECISIONES Y ACCIONES EN MANEJO DE VICTIMAS, HASTA QUE LLEGUE EL MOMENTO DEL DESASTRE, ES POR ELLO QUE AL INICIO DE LA CHAR-LA HICIMOS ENFASIS QUE EL SERVICIO DE URGENCIA ES EL AREA DE ENTRENAMIENT-TO CONTINUO PARA LOS EQUIPOS DE TRAUMA, EL OFICIAL DE "TRIAGE", EL USO DE TARJETAS DE CLASIFICACION E IDENTIFICACION Y LA OPORTUNIDAD DE MANEJAR Y FAMILIARIZARSE CON LAS HOJAS Y FORMAS DE CONTROL DE INGRESOS, TRANSFEREN-CIAS Y MANEJO DE LA FICHA CLINICA DE LOS PACIENTES DE URGENCIA.

RECOMENDAMOS QUE EL PERSONAL QUE TRABAJA EN EL AREA DE EMERGENCIA ESTE CONSCIENTE DE LA NECESIDAD DE REPETIR LAS ACCIONES ANTES INDICADAS AUN CON EL ARRIBO DE TRES, CUATRO O MAS VICTIMAS, ESTO LOS MANTENDRA AGILES, ACTI-VOS Y PRESTOS A TOMAR DECISIONES ADECUADAS, LOS CUALES PODRAN EN EL MOMEN-TO DEL ARRIBO MASIVO DE VICTIMAS O CASOS DE DESASTRES, PODER FUNCIONAR EN FORMA ADECUADA, EVITANDO EL CAOS, QUE HEMOS PODIDO OBSERVAR EN DIFERENTES EVENTOS O EN ACONTECIMIENTOS HOSPITALARIOS, DESARROLLADOS A TRAVES DE SI-

MULACROS O DESASTRES.

COMO COMPLEMENTO DE LAS ACCIONES QUE SE REALIZAN EN LA EMERGENCIA CON RELATIVA FRECUENCIA, DEBEMOS ESTIMULAR SIMULACROS O SIMULACIONES 2 O 3 VECES AL AÑO, PARA QUE LAS PERSONAS QUE EN UN MOMENTO DADO VAN A LLEGAR A FORTALECER LOS EQUIPOS DE URGENCIA, SEPAN Y CONOZCAN CUALES SON LAS ACCIONES QUE DEBEN TOMARSE, LA RESPONSABILIDAD QUE TIENE DE OBEDECER LAS SUGERENCIAS U ORDENES QUE SE LES DEN LOS LIDERES O GUIAS DE LOS EQUIPOS DE URGENCIAS. ESTOS DEBEN HACER COMPRENDER A MEDICOS, ENFERMERAS, ETC., QUE EN EL AREA DE EMERGENCIA, LAS PERSONAS ESTORBAN SI NO DESEMPEÑAN UN PAPEL ESPECIAL, EN ACCIONES PARA ATENCION DE VICTIMAS. PARA PODER COORDINAR ESTA ACTIVIDAD SE RECOMIENDA: EL USO DE BRAZALETES, CHALECOS, GORROS O ALGUN DISTINTIVO DE COLOR LLAMATIVO QUE IDENTIFIQUE EXCLUSIVAMENTE AL PERSONAL QUE TIENE ACCIONES ASIGNADAS EN EL AREA DE EMERGENCIA.

EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE LOS HOSPITALES QUE ATIENDAN EMERGENCIAS, RECOMENDAMOS LA FORMACION DE LOS "EQUIPOS DE EMERGENCIA", EN LA ORGANIZACION BASICA DE DICHOS SERVICIOS.

FRECUENTEMENTE SE TRABAJA EN EQUIPO, PERO NO FORMA ORGANIZADA; EL ROL DE TURNOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA INDICA EL PERSONAL CON QUE CUENTA ESE DEPARTAMENTO DURANTE LAS 24 HORAS Y EN EL SE ENCUENTRAN LOS MEDICOS, RESIDENTES, INTERNOS, ENFERMERAS GRADUADAS, AUXILIARES DE ENFERMERIA, OFICIALES DE ADMISION, PORTEROS, VIGILANTES, CAMILLEROS, ENCARGADOS DE LIMPIEZA, ETC.

NOSOTROS SUGERIMOS QUE DE ESTE PERSONAL SE FORMEN LOS EQUIPOS QUE ACTUARAN A LA LLEGADA DE LOS HERIDOS, VICTIMAS O ACCIDENTADOS, DE TAL FORMA QUE CADA UNO CONOZCA EL ROL QUE LE CORRESPONDE.

COMO EJEMPLO MENCIONAMOS LOS EQUIPOS DE REANIMACION "CARDIO-RESPIRATORIA", QUE RESPONDEN AL LLAMADO DE "CLAVE AZUL", "CLAVE VERDE", O CUALQUIER TIPO, NUMERICO O DE LETRAS, PARA PRESENTARSE EN FORMA CONJUNTA A DETERMINADO SITIO, DONDE SE LES REQUIERE.

EN URGENCIAS LA LLAMADA PUEDE SER "CLAVE ROJA" - "CLAVE U" - "CLAVE 100", COMO EJEMPLO, ESTO PONE EN ACCION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS AL EQUIPO PREVIAMENTE DESIGNADO, EL CUAL PUEDE ESTAR FORMADO ASI:

JEFE (LIDER) = CIRUJANO DE TURNO O RESIDENTE DE URGENCIA (1).

INTERNISTA DE TURNO O RESIDENTE MEDICO DE LA EMERGENCIA (1).

ENFERMERA GRADUADA (1).

AUXILIARES DE ENFERMERIA (2).

ESTA UNIDAD DE TRABAJO PUEDE FORTALECERSE CON MAS UNIDADES SIMILARES SEGUN EL NUMERO DE HERIDOS Y/O EL TAMAÑO DEL SERVICIO.

PUEDEN FORMARSE OTRAS UNIDADES DE TRABAJO ESPECIFICO:

JEFE (LIDER) = INTERNISTA (RESIDENTE III O IV) (1).

CIRUJANO GENERAL (1).

ENFERMERA GRADUADA (1).

AUXILIARES DE ENFERMERIA (2).

DE ACUERDO A LA ESTRUCTURA FISICA DEL DEPARTAMENTO DE URGENCIA Y DE LA CAPACIDAD DE ESTOS, EN ALGUNOS CASOS, PUEDEN ATENDERSE 2 PACIENTES SIMULTANEAMENTE EN UN CUARTO DE TRABAJO, EN CUYO CASO UNA ENFERMERA GRADUADA SERVIRA PARA LOS DOS EQUIPOS.

EL PERSONAL DE APOYO, AUXILIARES DE ENFERMERIA, TECNICOS DE RAYOS "X", FARMACIA, CAMILLEROS, PERSONAL DE CENTRAL DE EQUIPOS O SUMINISTROS, ETC. ESTARAN EN UN AREA ESPECIFICA A DEMANDA DE LAS INDICACIONES QUE DARA EL LIDER O JEFE DE CADA EQUIPO.

DARLES INDICACIONES PRECISAS DE COMO FORMAR CADA EQUIPO, RESULTA DIFICIL POR LA INDIVIDUALIDAD DE CADA SERVICIO U HOSPITAL, PERO CON LOS EJEMPLOS ANTERIORES QUEREMOS ALENTARLOS A ORGANIZAR ADECUADAMENTE LOS SERVICIOS DE URGENCIA PARA EL TRABAJO DIARIO.

PARA ALGUNOS, ESTE ORGANIGRAMA, ES YA UN TRABAJO DE RUTINA, Y PUEDE REPLICARSE FACILMENTE, FORMANDO VARIOS EQUIPOS.

PARA OTROS ESTOS SERAN IDEAS O RECOMENDACIONES QUE DEBEN IMPLEMENTARSE, EL DENOMINADOR COMUN ES: ESTAR PREPARADOS Y ADECUADAMENTE ORGANIZADOS, EN EL MANEJO DE LOS HERIDOS, QUE DIARIAMENTE SON ATENDIDOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA, DONDE RECIBIRAN TRATAMIENTO INTEGRAL Y DEFINITIVO.

ESTA FORMA DE TRABAJO QUE SUGERIMOS ES DINAMICA, ACTIVA, LISTA A SUFRIR CAMBIOS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES QUE SE PRESENTEN YA QUE UNA EMERGENCIA O UN ACCIDENTE COLECTIVO, NO SE COMPORTARA IGUAL QUE EL OTRO, PERO TODOS INVOLUCRAN A SERES HUMANOS, CON DIFERENTES LESIONES, DESDE GRAVES HASTA MINIMAS, Y EL MANEJO ADECUADO DE LAS MISMAS DARA FRUTOS Y BENEFICIOS AL INDIVIDUO, LA FAMILIA, LA COMUNIDAD Y EN SI AL PAIS.

EVALUACION PRIMARIA Y MANEJO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

DR. EDDY H. CARRILLO S.
DR. RODOLFO MACDONALD K.

EN EL MANEJO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS O VICTIMAS DE DESASTRES ADMITIDOS A UN SERVICIO DE EMERGENCIA, SE DEBE DE REALIZAR LO SIGUIENTE:

1. HACER UNA RAPIDA EVALUACION DE LA CONDICION DEL PACIENTE CON ENFASIS EN LAS FUNCIONES DE RESPIRACION, CIRCULACION, ESTADO NEUROLOGICO Y POTENCIAL LESION DE LA COLUMNA CERVICAL.
2. EVALUAR VIAS AEREAS Y ASEGURAR SU PERMEABILIDAD.
3. ASEGURAR UN ADECUADO INTERCAMBIO VENTILATORIO, CERRAR HERIDAS ABIERTAS DEL TORAX, INMOVILIZACION TEMPORAL DE SEGMENTOS FLACCIDOS, EFECTUAR TORACOSTOMIA CUANDO SEA NECESARIO.
4. MANTENER Y RESTABLECER CIRCULACION EFECTIVA, COLOCANDO UNA CANULA INTRAVENOSA NO. 14 O 16, OBTENER SANGRE PARA LABORATORIO E INICIAR REPOSICION DE VOLUMEN CON LACTATO DE RINGER.
5. EFECTUAR EXAMEN FISICO RAPIDO, PERO COMPLETO, EVITANDO MOVIMIENTOS EXCESIVOS DEL PACIENTE, ESPECIALMENTE SI SE SOSPECHA LESION DE COLUMNA CERVICAL.
6. ANOTAR OBSERVACIONES IMPORTANTES TALES COMO NIVEL DE CONCIENCIA, TAMAÑO DE PUPILAS Y SIGNOS VITALES.
7. OBTENER LA HISTORIA DEL ACCIDENTE Y DE LOS EVENTOS PREVIOS Y POSTERIORES DEL MISMO. AVERIGUAR SOBRE ALERGIAS, USO DE MEDICAMENTOS, ENFERMEDADES PREVIAS, Y HORA DE LA ULTIMA COMIDA.
8. CUBRIR HERIDAS ABIERTAS USANDO PRESION PARA CONTROL DE LA HEMORRAGIA, SEGUN SEA NECESARIO.
9. INMOVILIZAR FRACTURAS OBVIAS, SOSPECHAR FRACTURA EN COLUMNA CERVICAL, EN PACIENTES CON TRAUMATISMOS DE CRANEO.
10. OBTENER INMEDIATAMENTE RAYOS "X" DE TORAX EN PACIENTES CON TRAUMATISMOS TORACICOS O INESTABILIDAD CARDIO-RESPIRATORIA (SHOCK, INGURGITACION VENOSA, HIPOXIA, DISNEA, CIANOSIS). TOMAR RADIOGRAFIAS ANTERO-POSTERIOR Y LATERAL DE COLUMNA CERVICAL EN PACIENTES CON SOSPECHA DE LESIONES CERVICALES. (SE RECOMIENDA OBTENER TODOS LOS ESTUDIOS RADIOLOGICOS, DURANTE UNA SOLA VISITA A RAYOS "X").