

"Documento original en mal estado"

ORGANIZACION DE LOS CENTROS ASISTENCIALES PARA CASOS DE DESASTRE

Los desastres naturales vienen en forma súbita e inesperada a alterar los sistemas normales de salud del pueblo. Sistemas y organizaciones de salud - casi similares en Latinoamérica y otras partes, África, Asia, Etc., han venido funcionando y modificándose a través de los años estructuras bien organizadas de salud con sistemas de atención médica, niveles de referencia, etc., funcionan en mayor o menor grado en cada uno de los programas nacionales de salud.

Queremos hacer énfasis que en los casos de desastres naturales esos sistemas normales de salud van a ser afectados, dependiendo de la solidez de la estructura administrativa y de la fluidez con que estos funcionan normalmente en el país, así como de la magnitud del desastre.

Creemos que es conveniente recomendar como norma general que los sistemas de salud, así como la infraestructura de salud pública que posee el país debe estar de tal manera organizada y preparada para funcionar, tanto en condiciones normales, como en casos de desastre, sabiendo qué tipo de medidas deben tomarse en estos casos. Estas medidas dependerán de la severidad con que esté afectado el sistema nacional de salud.

Tomando como ejemplo la mayoría de los sistemas de salud en Latinoamérica que basan su infraestructura en la organización de Puestos de Salud, Centro de Salud, Hospital Regional, Hospital Central y Hospitales Metropolitanos de referencia, así como unidades asistenciales especializadas, en esta organización el sistema de referencia control y supervisión está delineado, categorizado y supervisado adecuadamente. En el caso de un desastre natural que afecte este sistema recomendamos hasta donde sea posible mantener la estructura básica del mismo. Estructura que deberá ser modificada, adecuada y reforzada de acuerdo al desastre, al Área, a la magnitud y a la extensión de éste.

Unidades tales como puestos de socorro, brigadas, hospitales móviles, o equipos móviles ambulatorios, deberán incorporarse a la estructura básica de salud con la idea de mantener comando único, con el objeto de unificar recursos y mejorar la efectividad y eficiencia de servicios en beneficio de la comunidad afectada y con ahorro substancial en energía, tiempo y costos, que redundarán en mejor y adecuada atención médica.

Valga contarles como ejemplo que durante el terremoto en Guatemala (1976) en una población visitada se encontró el Puesto de Salud de Emergencia del Ministerio de Salud Pública, el Puesto de Socorro de la Cruz Roja, y una brigada de Salud de la Universidad de San Carlos de Guatemala las tres funcionando simultáneamente en un área de 100 a 150 metros cuadrados, los pacientes iban a cada

Uno de los puestos como "hombres" requiriendo ayuda y atención médica. Este es un ejemplo típico de lo que sucede cuando se quiebra el sistema normal de salud y no se está preparado para incorporar la ayuda en una forma ordenada, supervisada y supeeditada.

En resumen podemos decir que la organización de los Centros Asistenciales para caso de desastre debe estar planificada con anterioridad basándose primordialmente en la estructura y sistemas normales de salud y atención médica existentes en el país, haciendo los preparativos para tener normas, roles, asignaciones, etc., que vendrán a desempeñar los Centros de Salud no afectados por el desastre o las unidades móviles, brigadas, Puestos de Socorro, etc., que vendrán a sustituirlos en sus funciones, utilizando así, en mejor forma, los recursos existentes y la ayuda que al Area afectada llegue.

Es importante en este capítulo hacer énfasis en esta organización asistencial, para casos de desastre deben tomarse en cuenta no solo el sistema de salud del país que por lo general está formado por la red de instituciones centralizadas, sino que también deben incorporarse a las entidades autónomas, semi-autónomas y privadas de salud, para que todas juntas formen parte inmediata de un gran sistema Nacional de Salud para casos de desastres.

Esta recomendación no debe quedar como "ideal" sino debe estructurarse los mecanismos a través del Comité Nacional de Emergencia para que en el momento que un Area, una zona o el País sea afectado por un desastre natural, entren todos automáticamente a formar parte del sistema Nacional de Salud para casos de Desastres.

La operatividad de este sistema será objeto de los siguientes capítulos que en forma inmediata y coordinada trataremos de describir y pormenorizar.

ROL QUE DEBEN DESEMPEÑAR LAS DIFERENTES UNIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL PLAN NACIONAL DE SALUD EN CASOS DE EMERGENCIA

Los Puestos y Centros de Salud del Area DE DESASTRE van a recibir las primeras víctimas inmediatamente. Debido a las limitaciones en material, equipo y personal que esas unidades asistenciales tienen, el papel fundamental que deben desempeñar es el de prestar primeros auxilios a los heridos, tales como colocarlos en la mejor posición posible de acuerdo al tipo de lesión, aliviar el dolor lo más pronto posible y no movilizar más de lo necesario a los pacientes gravemente heridos si es factible iniciar la administración de soluciones endovenosas en algunos casos muy especiales. Colocar en un area alejada de los heridos, los muertos o los que mueren al llegar al Puesto de Salud iniciando así la primera fase de clasificación.

Si el Puesto o Centro de Salud cuenta con alguna forma de comunicación,

lanzar la voz de alarma y tratar de cuantificar el daño tanto material, como el número de muertos y heridos y en éstos últimos hacer análisis de la gravedad de los mismos para que esta información sea transmitida hacia el área que pueda brindar ayuda lo mas pronto posible.

El Hospital Regional situado dentro de la zona del desastre o lo mas cerca posible a la misma, va a ser el área de recibo de los pacientes referidos desde los Centros de Salud, o transportados por la comunidad en la que el Hospital tiene influencia, el papel que éste hospital debe jugar en este momento es el de clasificación y documentación de cada uno de los pacientes que vayan ingresando, a través de un sistema de cartilla y de una hoja de control de ingresos en el que se anoten los datos más sobresalientes. Lo que será motivo de una especificación mas adelante.

El Hospital Regional deberá evacuar a los enfermos crónicos o que puedan ser egresados del Hospital hacia domicilios, o a un lugar de conveniencia - que pueda ser La Iglesia, La Escuela, el Area Deportiva de la Comunidad o en el caso que exista alguna unidad médica asistencial especializada como Hospital de Tórax o unidades de recuperación nutricional, para poder de esa manera, tener una mayor capacidad de camas vacias disponibles para la asimilación de heridos.

Deberá de acuerdo a sus recursos, número de salas de operaciones, personal médico y paramédico disponible, resolver los casos intermedios tales como fracturas no expuestas, heridas y laceraciones, así como la realización de algunos procedimientos quirúrgicos importantes para salvar la vida del paciente, o evitar complicaciones futuras, como secuela indeseable o limitaciones.

Bajo un sistema de clasificación (TRIAGE) mas específico referirá hacia los Hospitales Centrales, distritales los casos mas severos que necesitan tratamiento médico especializado.

Antes de referirnos al rol que jugara el hospital central de referencia, debemos hacer énfasis en este capítulo que los hospitales móviles que van a ser enviados al Area de Desastre, los cuales pueden ser hospitales para tratamiento deberán ser ubicados en un Area lo mas conveniente posible, cerca de fuentes de suministros de agua, energía eléctrica y al alcance fácil para la población y la ayuda externa de recursos.

Como hablamos en el capítulo anterior, la coordinación de las funciones de estos hospitales móviles o puestos de socorro deben ser manejadas por un comando único local, que distribuya, apoye y supervise las funciones de estas unidades, acorde al plan nacional de salud para desastres naturales.

El rol de un 'Hospital de Primeros Auxilios', será el de 'Hospital de Día', que se encargará de brindar a los pacientes ambulantes los primeros auxilios y tratamientos de contusiones, laceraciones, esguinces, heridas pequeñas, - así como mantener los servicios médico-asistenciales, primarios, necesarios para la población enferma del área de desastre.

El hospital móvil para tratamientos, desempeñará el rol de hospital regional, probablemente destruido, o invalidado parcialmente por el desastre y vendrá a funcionar como una unidad de apoyo multiplicado o sustituyendo las acciones de éste, con el objeto de facilitar, mejorar y reforzar los servicios de salud para los damnificados por el desastre. Este hospital de tratamiento deberá, como unidad móvil, ser suficiente en todo sentido, al decir esto nos referimos que deberá contar con personal médico, de enfermería y paramédico, así como, los suministros, medicamentos, materiales de urgencia y suministros médico-quirúrgicos, para la atención de los heridos y ser autosuficiente también en el sentido de llevar la alimentación y avituallamiento para el personal del mismo, con el objeto de no incidir en las necesidades precarias de la comunidad.

El hospital móvil de referencia que será una unidad en la que el personal médico, paramédico y de enfermería puede ser limitado o reforzado con voluntarios, será una unidad que recibirá los pacientes ya tratados, que únicamente necesitan vigilancia médica o de enfermería, previo a ser incorporados a su comunidad y como el anterior debe ser autosuficiente.

Este tipo de unidades son indispensables para poder agilizar el 'Hospital de Tratamientos, un hospital tipo ambulatorio 'DE DÍA', instalado en el área de desastre o puestos de socorro, así como hospitales móviles y equipos móviles, vendrá a servir de reemplazo y/o refuerzo a las unidades médicas asistenciales en el área de desastre, dependiendo de la integridad física o de personal y equipo de éstas.

Es importante hacer énfasis en éste capítulo que en las regiones metropolitanas o áreas distritales, existen unidades asistenciales altamente especializadas tales como hospitales de oncología, hospitales para tuberculosos, hospitales mentales, hospitales de rehabilitación y hospitales para poliomiélicos, los cuales al incorporarse al sistema nacional de asistencia médica de emergencia, serán unidades de referencia para evacuación de enfermos que ocupaban el hospital previo al desastre y que no pueden ser evacuados a su domicilio así como para la recuperación de los pacientes tratados por lesiones sufridas durante la catástrofe.

Es importante normalizar previo al desastre las funciones específicas de estas unidades asistenciales ya que la experiencia mostró durante la catástrofe en Guatemala (1976), la resistencia a recibir pacientes, ya que éstas unidades no están adiestradas en el manejo, cuidado y seguimiento de pacientes agudos y traumatizados.

En relación al rol que jugarán los hospitales regionales, centrales de referencia, unidades por lo general dotadas de 500 a 1000 camas, contando con equipo de mejor calidad y en mayor número que los hospitales regionales, con personal médico, de enfermería y paramédico altamente especializado, ya que la mayoría son hospitales universitarios serán las áreas de recibo de todas las referencias de la zona de desastre, éstos hospitales como los regionales y hospitales distritales deberán recibirse bajo un plan de emergencia diseñado previo al desastre, para poder utilizar en forma adecuada sus recursos y brindar la atención médica a los miles de pacientes que van a ser referidos en forma abrumadora y en corto período de tiempo.

Es importante que previo al desastre los servicios de salud del país, cuenten con un inventario de recursos útiles y con información adecuada y no como sucede con frecuencia que la información estadística que se acumula no tiene uso práctico para poder en una forma rápida saber con que recursos se cuentan.

El Censo Diario en el día del desastre, será de gran ayuda y quien posee esta información debiera tener disponible un resumen de la información útil, necesaria para saber con que número de camas disponibles contamos, cuantos médicos, enfermeras, personal paramédico, está disponible en el área así como los recursos auxiliares de Rayos X, Laboratorio, Transporte, Etc.

Con esta información del inventario de recursos nos será factible planear la referencia, el refuerzo y la utilización adecuada de los mismos, así como poder hacer la solicitud racional, adecuada y necesaria de ayuda externa e internacional, evitando el flujo de personal, medicamentos y suministros innecesarios, que causan estorbo y entorpecimiento de las funciones médico asistenciales necesarias.

SISTEMA DE ATENCION MEDICA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA (DESASTRES NATURALES)

De acuerdo al Area de extensión y magnitud del desastre podemos considerar de importancia lo siguiente

LA REGIONALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Con el objeto de una mejor utilización de los recursos de salud, así como transporte, comunicaciones y manejo de suministros regionalizar los servicios de salud en el área del desastre brindará beneficios, flexibilizando, agilizando y haciendo efectiva la atención médica hacia los pacientes.

Debemos recordar que en esta regionalización deben establecerse la coordinación entre las unidades asistenciales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, así como la Seguridad Social, organizaciones descentralizadas y privadas que brindan servicios de salud, manejándose bajo un comando único, regional que ejecuta las órdenes poniendo en acción el o los planes

para casos de desastres, y enlaza los servicios de salud con el Comité Nacional de Emergencia.

NIVELES DE AUTORIDAD Y COORDINACION

Como corolario del párrafo anterior, es importante que los niveles de autoridad y coordinación sean establecidos y funcionen adecuadamente y que la falla o el resquebrajamiento de la disciplina y coordinación en el desarrollo y aplicación de los planes para los servicios, únicamente redundarán en deficiencia, aumento de los costos e inefectividad de los mismos.

La coordinación, comunicación y supervisión, son fundamentales en estructuras del plan Nacional de Salud para casos de Desastre, el cual coordinado previo al desastre con el Comité Nacional de Emergencia, funcionaría como el brazo fuerte de salud de dicho comité.

Es importante que en la preparación previa para los casos de desastre se identifiquen líderes natos que vengan a formar parte inmediata en estos niveles de autoridad y coordinación. Líderes que de suyo sean respetados por el gremio médico, la población y que tengan los conocimientos, las facilidades de comunicación y la autoridad necesaria para hacer funcionar la regionalización y la efectividad de servicios de las unidades asistenciales, de acuerdo a los planes previamente desarrollados, o que de lo contrario tengan la capacidad de improvisar, elaborar y desarrollar medidas de urgencia acorde a las necesidades.

SISTEMAS DE REFERENCIA:

Como siempre, estos renglones van íntimamente entrelazados con la regionalización, los niveles de autoridad y los sistemas de referencia, lo más importante es tratar de mantener la atención médica de tal manera que funcione adecuadamente dentro del sistema establecido para situaciones de desastre.

Los sistemas de referencia se van a basar fundamentalmente en una clasificación adecuada y efectiva, no pormenorizada de las víctimas. Ante el número abrumador de las mismas, la clasificación, y categorización sencilla será de mayor beneficio y permitirá la agilización de la referencia y transporte de heridos.

La persona encargada del sistema de referencia y el grupo de subalternos, deberán contar con un sistema de comunicación por radio, onda corta, o de intercomunicación que les permita mantener un puente directo con el Comité Nacional de Emergencia y las unidades de transporte, que por lo general están situadas en el Aeropuerto más cercano, o en las centrales de transporte, ferrocarriles o sistemas de autobuses.

Con frecuencia pudimos observar en el terremoto en Guatemala (1976), el transporte innecesario a unidades altamente especializadas de pacientes que únicamente tenían contusiones o heridas superficiales, así como la utilización de transporte aéreo especializado como helicópteros para 25 o más pacientes que transportaban de 100 a 150 kmts., a dos o tres pacientes consi

derando costo, beneficio, el desperdicio de recursos es algo que debe planificarse y evitarse al máximo en el manejo de los desastres naturales.

Antes de terminar este capítulo, queremos hacer énfasis en la importancia de que los servicios médicos o de salud en casos de desastres naturales, sean regidos por un comando único el que deberá recaer en las autoridades de salud que tengan la mas amplia cobertura en el país, ya sea el Ministerio de Salud o la Seguridad Social, puesto que ellas son las que concen a fondo los sistemas nacionales de salud, su organización, red de distribución, niveles de mando y de atención y que serán las unidades que presten los servicios médicos más efectivos a estas se sumaran las otras entidades nacionales o semiautónomas, privadas o semiprivadas, que brinden servicios de salud en el país, así como las unidades de ayuda nacional o internacional que sean enviadas al área de desastre

Este comando único, en relación directa con el Comité Nacional de Emergencia tendrá la autoridad suficiente para manejar con él, la movilización y utilización de todos los recursos de salud disponibles en el area o en la República y de los suministros médicos que se soliciten y arriben al país, o al área del desastre.

Al insistir en este comando único, que no está pasando sobre la autoridad y control del Comité Nacional de Emergencia, ya que el comando unico en Salud, como decíamos anteriormente será el brazo de salud del Comité Nacional de Emergencia, que en última instancia controlará, supervisará y ayudará a las decisiones que tome este comando el cual creemos, que en la mayoría de los países es el Ministerio de Salud Pública

ORGANIZACION TECNICA-ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL EN CASOS DE DESASTRES NATURALES

Todos los hospitales, Centros y Puestos de Salud, de acuerdo a su categoría en la estructura del sistema nacional de salud, deben contar con un plan de emergencia.

La estructura de este plan estara íntinamente relacionada a la importancia y categoría de cada uno de los hospitales y del papel que juegan en el programa nacional de salud de acuerdo a la categoría, área de influencia y área susceptible de desastres naturales.

Es importante que todas las unidades de salud tengan en su haber dicho plan, con la posibilidad de ponerlo en marcha en cualquier momento ante un desastre.

Sabido de todos es que, en el desastre existen las fases de alerta, Acción y cuantificación de daños, pero aunque algunos de-

sastres naturales tienen períodos de alerta de días o posiblemente semanas, no es la fase de alerta el momento en el que el hospital debe iniciar la elaboración de un plan para atender a esta posible catástrofe. Estos planes deben ser concebidos, estudiados y practicados antes del desastre, para que su efectividad en el momento de la catástrofe tenga alguna acción de impacto en la población afectada.

1. ESTRUCTURA FISICA (Anexo 1)

El plan deberá contar con análisis de estructura, debiendo analizarse la vulnerabilidad de la estructura física del hospital de acuerdo a su construcción, terreno en el que fue construido, vulnerabilidad para diferentes tipos de desastres que afecten el área más frecuentemente, el poder hacer un análisis importante sobre la estructura física de ésta.

2. AREAS DE CIRCULACION

Las áreas de circulación dentro y fuera del hospital son de importancia por lo que se deben pormenorizar, así como las áreas para evacuación y escape, el plan debe contar con una señalización de estas áreas, indicación de los lugares de escape, escaleras, rampas, la prohibición del uso de elevadores, localización de extintores, mangueras, etc.

3.- SERVICIOS BASICOS

A) Agua en relación con servicios básicos es importante que se especifique en este plan el suministro de agua, dónde está la fuente de abastecimiento, que fuente alterna existe y cuáles son los sistemas de distribución y potabilidad de agua, con que reservas se cuenta y que posibilidad hay del suministro de agua en condiciones normales y en condiciones de emergencia, debe cada uno de los hospitales desarrollar la iniciativa en el caso de no tener una fuente alterna de agua, en contrarla en el área de la comunidad para poder en un momento de emergencia suplir de agua al hospital.

B) Energía Eléctrica (Anexo 2): Voltaje, amperaje y ciclaje, que se usa en el hospital o comunidad, fuente alterna de abastecimiento eléctrico (plantas de emergencia) que la mayoría de nuestros hospitales no cuentan con ellas, el tipo de combustible que se necesita para esta fuente alterna, el área de servicio, si es que existe esta fuente alternativa, con que otros recursos potenciales para energía eléctrica cuenta el hospital, donde se encuentran los paneles de control y la red de distribución eléctrica, así como dentro de la comunidad o el país, como puede el hospital abastecerse, o saber donde adquirir generadores que le permitan suministrar flujo eléctrico a las áreas más importantes del hospital.

C) Gas El suministro de gas deberá estar bajo control, acorde a las necesidades del hospital, lugares donde van las tuberías, teniendo en cuenta que, en casos de desastre, aunque sean terremotos pueden provocarse incendios por chispazo, derramamiento de materiales inflamables que en contacto con el gas pueden producir explosiones o incendios, que agraven un

desastre natural.

n) Drenajes y Excretas La consideración sobre la localización de drenajes, disposición de excretas, basuras, desechos pueden ser controlados también en el plan, señalando cuales son los sistemas normales de tratamiento, cuales serían los sistemas de emergencia de alternativa, para el tratamiento de estos desechos así como el manejo de los desperdicios potencialmente contaminantes o materiales radioactivos como radioisótopos y otros contaminantes radioactivos que pudieran incrementar la magnitud del desastre.

E) Transporte. El transporte dentro y fuera del hospital. Como ya se dijo anteriormente, además de las vías de acceso es fundamental desde el punto de vista logístico el inventario de los recursos de transporte dentro del hospital como son camillas, sillas de ruedas, carros de curaciones, estos deben estar inventariados y conocerse el sitio de almacenaje o de localización para una movilización adecuada en el momento del desastre.

En relación al transporte de vehículos extra hospitalarios, el número de vehículos, la potencia, el tipo de combustible que consumen, cantidad almacenada o fuente de suministro en algunos hospitales la función de helicópteros, helipuertos y en algunas otras áreas la existencia de lanchas o barcos tipo hospital para el transporte de heridos o enfermos.

F) Comunicación (Anexo 2) El renglón comunicaciones, dividido en comunicaciones intrahospitalaria y extrahospitalaria, es el sistema nervioso del hospital la central telefónica, energía de uso, energía alterna en caso de fallo, en el suministro eléctrico, la existencia o no el sistema de parlante, sistema de señalización de luces o el sistema intercomunicadores personales deben considerarse en cada uno de los hospitales, fuera del hospital el servicio de radio ya sea de onda corta o frecuencia standard debe preverse su función, uso y utilidad.

4.- ORGANIZACIÓN TÉCNICO ADMINISTRATIVO.

Con relación al organigrama que debe funcionar durante el período de desastre como mencionábamos en los capítulos anteriores, la factibilidad de continuar durante el desastre con el organigrama básico y fundamental del hospital es el ideal, el cual podrá reforzarse o implementarse para casos de desastre, especificando los niveles de mando en la dirección y en la administración de tal forma que se evite la duplicidad y se centralicen los refuerzos y recursos al manejo de un comando único intrahospitalario.

Tanto la parte directiva como administrativa, deben discontinuar las barreras burocráticas-administrativas que impiden la pronta utilización y manejo de los suministros existentes en bodega y agilización de la adquisición mediante la compra rápida y coordinada de los recursos naturales.

Administrativamente es recomendable tener en bodega los medicamentos, suministros y útiles médico-quirúrgicos necesarios para un período mínimo de tres meses estos recursos serán de gran utilidad para el manejo masivo de heridos recordando que la ayuda

CLASIFICACION "TRIAGE"

Cada hospital y en forma coordinada, los servicios de salud, deberán contar con una cartilla previamente establecida y estandarizada, e idealmente estandarizada a nivel panamericano o mundial, en la que puedan anotarse nombre, dirección, edad, sexo, magnitud del trauma y primeras acciones efectuadas al paciente, así como a donde y con que celeridad debe ser movilizad.

Puede tratarse de clasificar al paciente de acuerdo al tratamiento

Primero. de urgencia u óptimo

Segundo: Pseudourgenica

Tercero El tratamiento puede definirse por el tiempo prudencial, así mismo puede también el hospital declararse en estado de alerta o de emergencia y proporcionar cierto tipo de tratamientos básicos acorde a las necesidades de los pacientes y capacidad instalada.

Por ejemplo durante el terremoto en Guatemala (1976), en el Hospital Roosevelt, hospital de 1000 camas, se siguió la política de no suturar las heridas y laceraciones estas, se cubrieron únicamente con apósitos empapados en solución antiséptica, después de lavado adecuado y se postergó el cierre primario para 24 o 48 horas más tarde, mientras se atendían a pacientes graves

Este ejemplo puede servir para aclarar el concepto que cada plan hospitalario debe contemplar, para el manejo y tratamiento de los pacientes normas y procedimientos especiales.

La coordinación del departamento de admisión, enfermería, farmacia y el cuerpo médico debe estipularse y adecuarse previo al desastre y el departamento de admisión destacará su personal para controlar el ingreso de los pacientes así como la obtención de los datos más importantes para la hoja de control de ingresos, procedencia, etc., así como la administración de soluciones, colocación de la cartilla de clasificación en un lugar visible muñeca, tobillo, etc., farmacia tendrá suministro adecuado de medicamentos y el personal médico deberá organizarse de acuerdo a la catástrofe. Por ejemplo una intoxicación masiva, en la población, por alimentos descompuestos o agua contaminada, será la Jefatura del Departamento de medicina la que tomará el comando para el manejo, indicaciones y tratamiento de los pacientes.

La mayoría de los desastres lo que aportan son pacientes quirúrgicos y ortopédicos y muy pocos pacientes con problemas médicos, el jefe del Departamento de Ortopedia, deberá encargarse con uno de los Jefes de Sección del Departamento de Cirugía en coordinar el recibo y clasificación de los pacientes formando el equipo de trabajo con los médicos residentes, jefes de sección y asociados, brindando así los primeros auxilios y clasificación se hará un escrutinio de los pacientes que deben ser transferidos a la sala de operaciones inmediatamente al área de cuidado intensivo y en cuales se puede diferir el tratamiento por 12 o 48 horas

externa llegara siempre tarde para los pacientes, siendo obligación pues de la estructura hospitalaria contar con los recursos necesarios como se dijo anteriormente.

ATENCIÓN PASIVA DE PACIENTES

El hospital debe estar preparado, para cualquier tipo de contingencia, o situación de emergencia, no importándole tamaño y la magnitud de la misma, en esta se incluye por supuesto las catástrofes de gran escala. La organización y los operaciones que deberan ponerse en marcha, dependen del tipo y magnitud del desastre.

Hay varios modelos para cuantificar el número de víctimas, los hospitales de 500 a 1000 camas, podrán estar preparados para recibir hasta 25 heridos simultáneamente, tendiendo un plan que se adapte al manejo de este número de víctimas, otro modelo deberá aplicarse con alguna flexibilidad cuando el número de víctimas que llegue al hospital sea de 25 a 50 y un tercer tipo, cuando en forma masiva llegan a la emergencia entre 50 a 100 heridos.

El manejo simultáneo de más de 100 pacientes se dará durante una catástrofe de magnitud suficiente que impacte en la comunidad.

Acorde al número de pacientes que lleguen simultáneamente a la emergencia o al hospital en igual forma el personal médico, de enfermería y paramédico deberá organizarse de acuerdo a planes preestablecidos.

Deben estos planes, entre otras cosas tener demarcadas áreas para recibo de pacientes, el área de emergencia por lo regular es insuficiente después de recibir un número limitado de accidentes. Es por eso que se deberán poder habilitar las áreas tales como - serían consulta externa, por ejemplo salones de conferencias, auditorium y áreas cubiertas adyacentes al hospital. Cada institución acorde a la estructura física, tamaño y vulnerabilidad deberá estar preparada con diferentes áreas potenciales para el recibo masivo de pacientes.

Debe también el plan considerar la posibilidad que el daño a la estructura física e instalaciones del hospital, sea de tal magnitud que imposibilite la atención de pacientes, es por ello que deberá tenerse de antemano preparada la evacuación de las - facilidades intrahospitalarias hacia un área segura y cómoda para el manejo de pacientes en algunos lugares se recomienda que el área de parqueo funcione como tal o si hay que alojarse del hospital, los jardines o los terrenos adyacentes a este, albergarán provisionalmente a los pacientes.

CLASIFICACION TRIAGE

Cada hospital y en forma coordinada, los servicios de salud, deberán contar con una cartilla previamente establecida y estandarizada, e idealmente estandarizada a nivel panamericano o mundial, en la que puedan anotarse nombre, dirección, edad, sexo, racnitud del trauma y primeras acciones efectuadas al paciente, así como a donde y con que celeridad debe ser movilizad.

Puede tratarse de clasificar al paciente de acuerdo al tratamien
to

Primero de urgencia u óptimo

Segundo: Pseudourgenica

Tercero El tratamiento puede definirse por el tiempo prudencial, así mismo puede también el hospital declararse en estado de aler
ta o de emergencia y proporcionar cierto tipo de tratamien-
tos básicos acorde a las necesidades de los pacientes y capa-
cidad instalada.

Por ejemplo durante el terremoto en Guatemala (1976), en el Hos-
pital Roosevelt, hospital de 1000 camas, se siguió la política de no
suturar las heridas y laceraciones estas, se cubrieron únicamente
con apósitos empapados en solución antitéptica, después de lavado ade
cuado y se postergó el cierre primario para 24 o 48 horas mas tarde
mientras se atendían a pacientes graves.

Este ejemplo puede servir para aclarar al concepto que cada plan
hospitalario debe contemplar, para el manejo y tratamiento de los pa-
cientes normas y procedimientos especiales.

La coordinación del departamento de admisión, enfermería, farma-
cia y el cuerpo médico debe estipularse y adecuarse previo al desas-
tre y el departamento de admisión destacará su personal para contro-
lar el ingreso de los pacientes, así como la obtención de los datos -
más importantes para la hoja de control de ingresos, procedencia, etc.
así como la administración de soluciones, colocación de la cartilla
de clasificación en un lugar visible muñeca, tobillo, etc., farma-
cia tendrá suministro adecuado de medicamentos y el personal médico
deberá organizarse de acuerdo a la catástrofe. Por ejemplo una into-
xicación masiva en la población, por alimentos descompuestos o agua
contaminada, será la Jefatura del Departamento de Medicina la que to-
nará el comando para el manejo, indicaciones y tratamiento de los -
pacientes.

La mayoría de los desastres lo que aportan son pacientes quirúr-
gicos y ortopédicos y muy pocos pacientes con problemas médicos, el
jefe del Departamento de Ortopedia, deberá encargarse con uno de los
Jefes de Sección del Departamento de Cirugía en coordinar el recibo
y clasificación de los pacientes formando el equipo de trabajo con -
los médicos residentes jefes de sección y asociados, brindando así
los primeros auxilios y clasificación se hará un escrutinio de los
pacientes que deben ser transferidos a la sala de operaciones inmedia-
tamente al área de cuidado intensivo y en cuales se pueda diferir el
tratamiento por 12 o 48 horas

En la sala de operaciones se recomienda que el Jefe del Departamento de cirugía sea el coordinador general de la misma tratando de distribuir los quirófanos, acelerar los procedimientos quirúrgicos realizados por el departamento de anestesiología, el manejo del cuarto de recuperación y del área de medicación preoperatorio, así como el cuidado de la terapia inhalatoria. Al quirófano se desplazará el personal de enfermería entrenado o idóneo que este disponible y los jefes del departamento de ginecología y obstetricia, estomatología, radiología, etc., formaran el grupo de médicos disponibles que se encargarán de dar egreso a los pacientes hospitalizados previo al desastre, organizar y clasificar la necesidad o no de estudios radiológicos, la evaluación de las camas obstétricas y ginecológicas, para aumentar el contingente de camas disponibles para el manejo postoperatorio de los pacientes accidentados, organizándose rondas generales cada 6 u 8 horas para reevaluación y manejo de los pacientes tratados.

El Departamento de Servicio Social, se encargará de manejar, organizar y coordinar la ayuda voluntaria que de preferencia debe provenir de instituciones organizadas y preparadas para este tipo de asistencia, instalar el centro de información para familiares, el cual estará alimentado con la información recabada al ingreso de los pacientes en la hoja de ingreso, deberá coordinar las transferencias tanto a otros hospitales, a hogares temporales o a hospitales de evacuación, así como el conocimiento de las defunciones para la orientación e información adecuada y veraz de los familiares. El grupo de médicos de especialidad de poca acción como dermatólogos, oftalmólogos o algunos miembros del Departamento de Patología, podrán organizar la información que el Director Ejecutivo del Hospital debe proporcionar a la prensa para evitar rumores alarmistas y desorientación a la población o manejar casos muy especiales.

Los turnos de trabajo del personal médico y de enfermería deben modificarse, pueden organizarse cambios cada 12 o 24 horas, dependiendo de esto del número de personal médico y paramédico, así como el número de pacientes admitidos al hospital y la magnitud de las lesiones.

Como se mencionó en los capítulos anteriores, la evaluación del daño y necesidades juegan en este momento papel muy importante debido a que en las primeras 24 o 48 horas después del desastre, la ayuda extrahospitalaria o internacional va a ser requerida.

Sugerimos que cuando el hospital recibe más de 100 emergencias simultáneamente, debe tenerse planeado el sistema de tratamiento simplificado, no óptimo, pero que evite la pérdida de vidas, complicaciones, deformidades, infecciones o tratamientos retardados. Esta política deberá ser discutida previamente por el cuerpo médico que normará las pautas y acciones que deben tomarse en el momento del desastre, al elaborar el plan hospitalario para manejo de catástrofes.

SUMINISTROS BASICOS NECESARIOS EN DESASTRES.

Usualmente al hospital en el área de desastre llega un número de suministros y medicamentos inútiles, resultante muchas veces de solicitudes inadecuadas, es por ello importante tener listas, previamente al desastre, de los suministros, medicamentos, utensilios básicos que se necesitan en el manejo masivo de pacientes.

Podría uno orientar una lista de la siguiente manera.

- 1.- Antibióticos diferentes tipos de antibioticos para cobertura y tratamiento de las infecciones ya establecidas y las que se esperan en este tipo de tratamientos no óptimos.
- 2.- Analgésicos orales, intramusculares y endovenosos.
- 3.- Vendas de yeso, vendas elásticas, vendas de gasa, venda de guata o sustituto (requisito previo a colocar las vendas de yeso)
- 4.- Férula para inmovilización, equipo de tracción.
- 5.- Placas de Rayos X de diferentes tamaños, así como reactivos para el revelado masivo de placas.
- 6.- En relación materiales fungibles
 - a) Guantes descartables de caucho para el quirófano y manejo de pacientes, preferiblemente estériles.
 - b) Sondas para cateterismo vesical tipo Foley números 14 al 18
 - c) Sondas para succión nasogástrica diferentes calibres.
 - d) Catéteres intercostales con equipo y frascos para sellos de agua.
 - e) Equipos para punciones diagnósticas.
 - f) Batas, sábanas, botas, corros, mascarillas para sala de operaciones, estériles, preferiblemente descartables, siendo estos uno de los suministros más importantes ya que en estado de emergencia el lavado de ropa y la esterilización de la misma puede estar obstaculizado por daño en la infraestructura básica por lo que los equipos descartables vienen a solucionar en buena forma por un tiempo las necesidades hospitalarias.
 - g) Soluciones endovenosas y equipos para administrarlas, así como jeringas, el hospital deberá solucionar localmente el envío de soluciones cristaloides y los equipos de administración de las mismas es importante que se agoten las existencias nacionales, antes de recibir la ayuda internacional, el envío de soluciones endovenosas.

Como ilustración debemos referir que en el terremoto de Guatemala (1976), un avión 727 fue llenado en su totalidad con soluciones endovenosas, transportándolas mas de 4000 lmts., transporte pasado por ser vidrio y agua, lo que vino a poner en peligro la industria nacional de soluciones endovenosas. En relación a costo eficiencia, este esfuerzo no fue adecuado.

Es urgente la adquisición de material ortopédico, como placas, clavos, tornillos, férulas, para el manejo y tratamiento de fracturas.

Frecuentemente la capacidad local, es insuficiente, por lo que debe hacerse la solicitud internacional de envío de los mismos.

Como puede observarse no se menciona la necesidad prioritaria del envío de sangre, plasma o vacunas pues creemos no son necesarias y sólo deberán enviarse a solicitud específica.

Recomendamos que cada hospital cuente con un cuarto de desastres el cual, localizado en un área estratégica del Hospital, contendrá suministros médico-quirúrgicos, jeringas, agujas, vendas, férulas, atriles, etc., para atender en forma inmediata las primeras víctimas, mientras el operativo de urgencia entra en acción.

Las ocasiones en que es necesario echar mano a los suministros del cuarto de Desastres, se presentan más frecuentemente de lo esperado.

Debieran ser precauciones del personal encargado del mismo, - mantener las existencias adecuadas y suplir inmediatamente los suministros retirados durante una emergencia, para estar siempre listos.

lace.