

de éstas franjas se encuentra una franja vertical negra, no desglosable. Si se desea todas las franjas pueden llevar la numeración de la tarjeta.

En el REVERSO, también de arriba hacia abajo, se aprecia lo siguiente :

- El orificio enmarcado
- La triple numeración, al centro y en las esquinas.
- Espacio para anotar las principales lesiones
- Espacio para "Tratamiento en el sitio" con fecha y hora, anotación de los procedimientos terapéuticos y nombre de la persona tratante.
- Espacio para "Tratamiento de emergencia en el Hospital" con fecha y hora, anotación de los procedimientos terapéuticos y nombre del Médico tratante.
- La palabra "Prioridad", al centro e inmediatamente por debajo a la izquierda las palabras "De tratamiento en Hospital" y a la derecha las palabras "De Evacuación".
- Las mismas franjas de colores, así como la disposición de ellas que se observa en el anverso.

Una vez que se ha categorizado a un herido y se le ha hecho el tratamiento inicial o su estabilización en el sitio, se hace uso de la Tarjeta de Evacuación y Tratamiento, donde se anotan los datos respectivos para luego de acuerdo a la prioridad de evacuación desglosar las correspondientes franjas horizontales coloreadas.

Así tenemos que para las víctimas que deban ser evacuadas en primera prioridad, se desglosan las franjas amarilla y verde correspondientes dejándose sólo la franja roja; para la segunda prioridad de evacuación, se deja la franja amarilla, eliminándose la verde y para la tercera prioridad se deja la tarjeta tal como está con la franja verde al final. Cuando se ha producido el fallecimiento, se eliminan todas las franjas de colores de ambos lados y sólo se deja la franja vertical de color negro que está al centro. Para ---

terminar el Socorrista o el Médico Emergencista que realiza ésta labor desglosa la esquina izquierda numerada que se guarda para un control posterior.

Una vez cumplidos todos éstos procedimientos la tarjeta es adherida o sujeta en el lado derecho del tórax de la víctima o anudada en su muñeca derecha, para luego proceder a su evacuación.

5.4.4.5. Atención Extra-hospitalaria en apoyo de niveles inferiores.

El Hospital que funcione como eje de la atención en una zona de desastre, tiene bajo su influencia o dependencia a diversos Establecimientos de Salud de niveles inferiores o a la misma Comunidad que no disponen o tienen grandes limitaciones en materiales, en equipos y personal profesional calificado.

Otras veces no hay disponibilidad para evacuación aérea y los caminos de superficie están cortados o en pésimas condiciones que contraindican la evacuación de algunos pacientes graves. O puede suceder que algunos pacientes delicados fallezcan en el trayecto por no haber sido estabilizados previamente (76).

Otras veces muchos lesionados o sus familiares, por diversas razones, se niegan terminantemente a ser evacuados para su tratamiento adecuado en el Hospital.

Por todas estas razones, es que todo establecimiento hospitalario debe estar preparado no sólo para atender la demanda de atención masiva de lesionados, sino también para proporcionar apoyo en material, equipos y personal a todos los Establecimientos de Salud de niveles inferiores de su jurisdicción o zonas vecinas que lo requieran.

Lineas de Evacuación y Apoyo

Ya se ha visto que en la labor Extra-hospitalaria, las Unidades que destaca el Hospital a las zonas de desastre, no sólo están capacitadas para categorizar y evacuar a los accidentados, sino también para realizar algunos tratamientos en el sitio, así como estabilizar pacientes graves para posibilitar su traslado en mejores condiciones; de tal manera que al establecerse las líneas de evacuación, se están estableciendo también líneas de apoyo ya que en cada viaje de regreso la ambulancia traerá a los niveles inferiores el personal, equipos y materiales de que no dispongan.

Estas líneas de Evacuación y Apoyo, han sido señaladas por el Autor en la gráfica No.12 y en la que se observa que la Línea de -- Evacuación va de la Comunidad y de los Servicios Primarios de Salud, - al Hospital. Paralelamente pero en dirección contraria existe la Línea de Apoyo que va del Hospital a los Servicios Primarios de Salud y a la Comunidad.

En el caso de un terremoto y si la situación en la zona de desastre así lo requiere, se puede enviar Unidades de Apoyo para trabajar en dicha zona durante el período crítico de las 72 horas, con la condición de que éstas Unidades cuenten con autonomía de recursos de alimentación y albergue. Son las Unidades de Atención Extra-hospitalaria de Apoyo, que se mencionaron al tratar de la organización hospitalaria, antes del -- desastre.

También se puede recurrir a las Unidades Móviles si es que se cuenta con ellas. En nuestro medio existe el Plan a nivel del Instituto Peruano de Seguridad Social de reacondicionar una flota de omnibus para convertirlos en Consultorios rodantes, que en casos de desastre, rápidamente podrían convertirse en unidades móviles de apoyo y llegar en pocas horas a las zonas afectadas.

Aunque no en relación con desastres y atención masiva de víctimas, sino en relación con la atención de emergencia en situaciones normales es que en nuestro Medio se ha aprobado un Plan Operativo para atención de emergencias médico-quirúrgicas en el ámbito de la Sexta Región de Salud de Lima, que contempla entre otros aspectos la llamada "atención en foco" y - traslado de pacientes que requiere de la dotación de ambulancias debidamente equipadas incluso con radio-comunicación en número suficiente, estimádo se que para iniciar las actividades se requerirán 60 ambulancias. Se entiende

que cada ambulancia estará equipada convenientemente con la suficiente dotación de personal distribuida en los Servicios de Emergencia de los Hospitales Base, Hospitales Especializados y Centros de Salud; y lista para operar cuando reciba indicaciones radiofónicas de un Puesto Central ubicado en la Avenida Graú.

En la actualidad y a nivel del Hospital de Emergencias sólo se dispone de 4 ambulancias, ninguna de ellas equipadas con sistemas de radiocomunicación aunque una tiene equipo de monitoreo para reanimación cardiovascular.

Estas cuatro ambulancias están implementadas con personal y equipos para tratamiento "en foco" o sea tratamiento en el domicilio o en el sitio del accidente, para luego, posterior evacuación al Hospital.

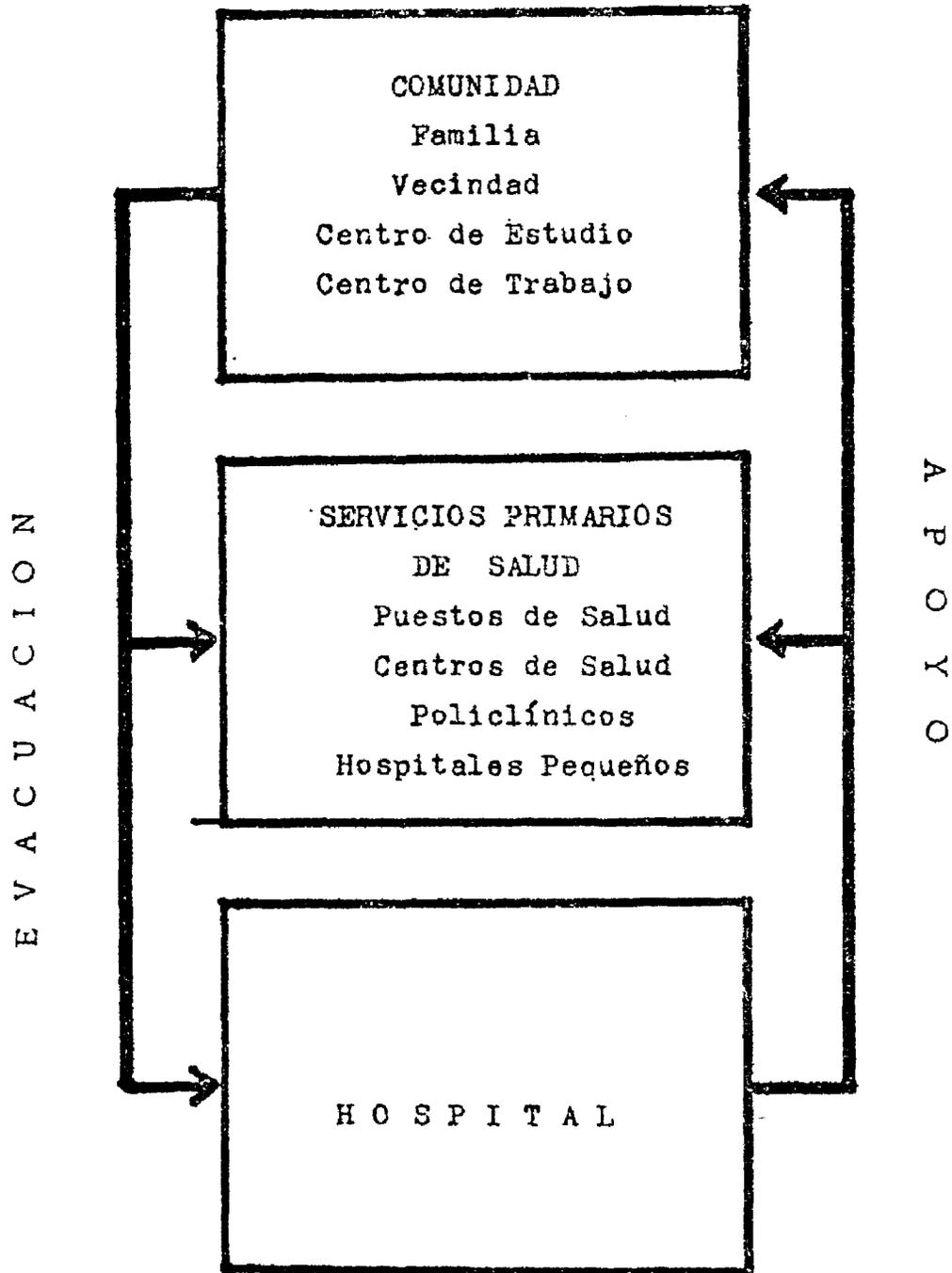
5.4.5. ATENCION HOSPITALARIA

5.4.5.1. Recepción, Triage II y Distribución

Los pacientes evacuados o los que acuden traídos -- por sus familiares o por Instituciones de ayuda, son recibidos en las Areas de Recepción del Hospital; para luego pasar al Area o Areas de Triage.

En el Area de Triage, se revisan las tarjetas de Evacuación y Tratamiento y la víctima es sometida rápidamente a una nueva -- evaluación, ésto es lo que constituye el Triage II o Triage hospitalario, -- que es obligatorio hacerlo, ya que los pacientes evaucados pueden agravar se durante el trayecto y por lo tanto deben estar en otra categoría o prioridad de atención.

GRAFICA Nº 12
LINEAS DE EVACUACION Y APOYO



Además todos los pacientes que no han sido evaluados anteriormente, tienen que ser sometidos al Triage para priorizarlos en lo que respecta al tratamiento de emergencia que han de recibir.

Por lo tanto, en algunos casos se tendrá que modificar la franja de color de la Tarjeta, colocando al paciente en una nueva categoría. En otros casos se llenará y se sujetará una Tarjeta nueva de Evaluación y Tratamiento a los pacientes que se evalúan por primera vez.

El procedimiento del Triage II, es igual al que se realiza en el sitio del desastre antes de la evacuación y en el Hospital debe ser realizado rápida y eficazmente por un Médico Clínico Emergencista -- muy experimentado, ya que ello puede significar la vida o muerte del paciente, así como determinará las acciones y procedimientos de todo el personal.

Al categorizar a los pacientes se sigue la misma clave de las franjas de diversos colores pero para priorizar, ya no la evacuación sino el tratamiento de emergencia en las diversas Areas convenientemente preparadas del Hospital.

5.4.5.2. Prioridad en la Atención Hospitalaria

Siempre hay que tener en consideración que el Hospital en los momentos del desastre, no sólo va a recibir gran número de víctimas sino que tiene que atender además a los pacientes que en situaciones normales deben concurrir a los Servicios de Emergencia (26).

a. Primera Prioridad

Tarjeta con franja roja. Tratamiento inmediato. pacientes graves y en estado crítico. Entre ellos:
-pacientes graves pero recuperables, con lesiones relativamente menores, pero que con tratamiento inmediato, puede evitarse el prolongar la enfermedad, la producción de invalidez o la muerte. Ejemplo : Hemorragias profusas de areas corporales fácilmente accesibles.

- pacientes en shock
- Pacientes con problemas respiratorios, tanto de vías aéreas superiores, como de la mecánica respiratoria.

b. Segunda prioridad

Tarjeta con franja amarilla. Tratamiento urgente.

Pacientes graves, pero no críticos.

- Parturientas en trabajo de parto.
- Emergencias pediátricas
- Pacientes psiquiátricos agitados que a consecuencia del desastre han desarrollado una reacción psíquica anormal (8).
- Pacientes con grandes amputaciones.
- Fracturas simples o complicadas de segmentos largos.
- Luxaciones de grandes articulaciones.
- Quemaduras del 15 al 40% de extensión.
- Heridas penetrantes
- Fracturas graves de pelvis con hemorragia retroperitoneal y/o compromiso de uretra.
- Lesiones críticas del sistema nervioso central, pero recuperables.

c. Tercera prioridad

Tarjeta con franja verde. Tratamiento no urgente.

- Heridas y laceraciones sin hemorragia extensa.
- Fracturas y luxaciones no complicadas que permitan la deambulación.
- Lesiones oculares
- Quemaduras del 15% del área corporal
- Fracturas costales, no complicadas.

Además se califica para tratamiento Expectante a los pacientes moribundos, que presentan :

- Lesiones críticas irreversibles del Sistema Nervioso Central.
- Lesiones graves de tórax o abdomen con evisceración o lesión grave de vísceras.
- Quemaduras severas y extensas que comprometen más del 50% del área corporal.
- Lesiones múltiples y severas, complicadas con otras enfermedades anteriores o senectud.

Las víctimas que llegan con Tarjeta de franja negra o en los que se constata su fallecimiento, se les remitirá a la Morgue o el depósito de cadáveres.

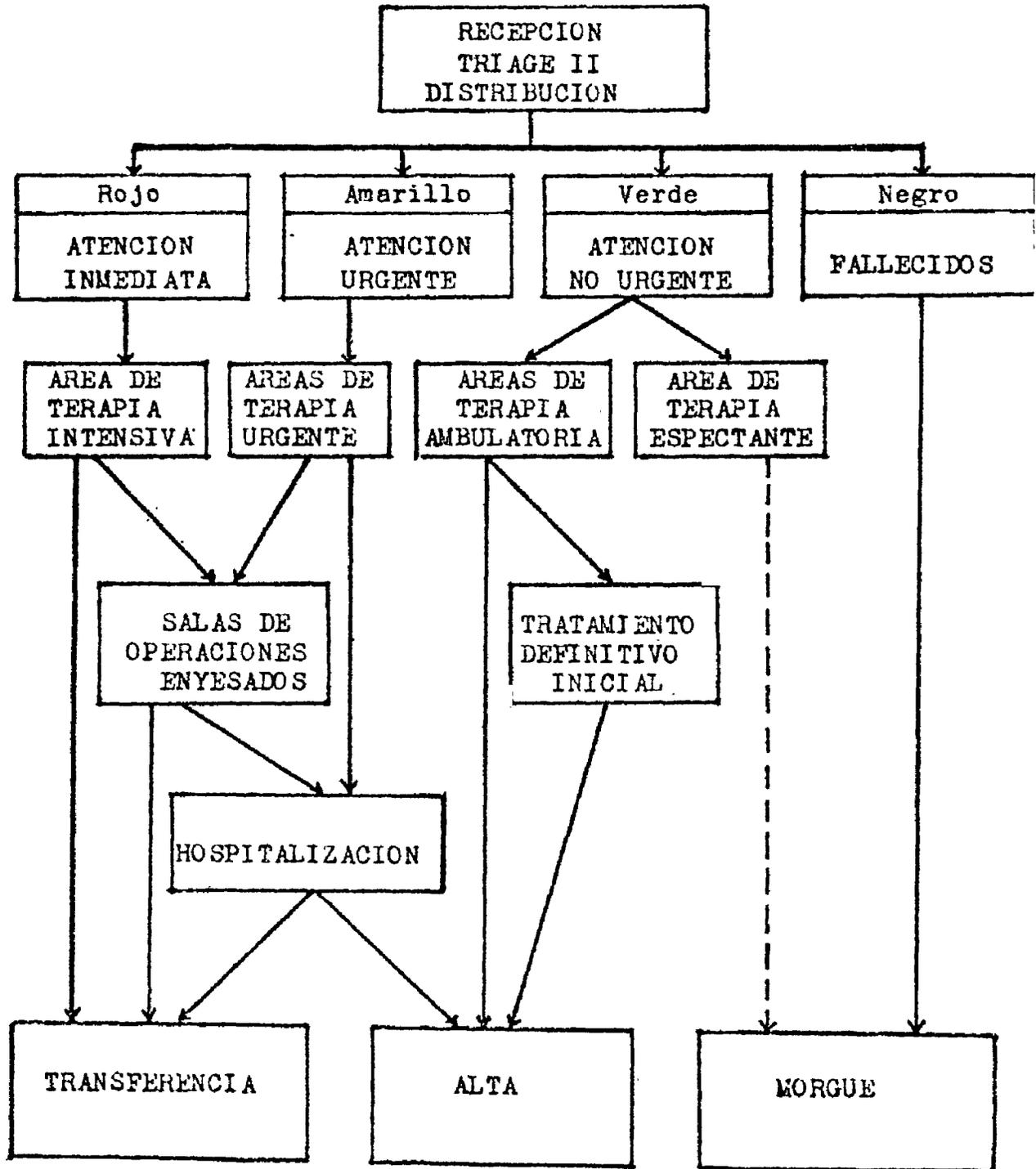
5.4.5.3. Tratamiento hospitalario de Emergencia

Los procedimientos terapéuticos deben ser económicos, tanto en recursos humanos como en recursos materiales. Se debe de uniformizar y simplificar el tratamiento médico-quirúrgico de emergencia, canalizándolo al sólo objetivo de salvar el mayor número de vidas y ocasionar el menor número de complicaciones e invalideces (44).

La rapidez de los procedimientos, el uso amplio del desbridamiento, el aplazamiento del cierre primario de heridas, el uso de férulas en lugar de enyesados circulares, la estabilización del paciente antes de la intervención quirúrgica; pueden traducirse en una gran -- disminución de la mortalidad y de las invalideces. Estas medidas se pueden ejecutar fácilmente y en muchos casos por personal profesional no -- especializado. En cambio no es recomendable ni constituye una inversión inteligente de recursos el distraer a personal muy capacitado con equipos complejos y una gran abundancia de suministros para tratar a un sólo paciente moribundo.

El Autor ha confeccionado un Esquema de Tratamiento Hospitalario de Emergencia, que se aprecia en la Gráfica No.13 y en la -- que se puede apreciar que los pacientes una vez categorizados van a ser distribuídos rápidamente en las respectivas Areas de Tratamiento.

GRAFICA N° 13
TRIAGE II Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO



a. Area de Terapia Intensiva

En ésta Area son atendidos los pacientes catalogados como de primera prioridad, vienen con tarjeta con franja de color rojo. Son los pacientes graves en situación crítica, pero recuperables, que son sometidos a procedimientos de reanimación, tratamientos intensivos anti-shock, intubaciones, traqueotomías, etc.

Una vez que se ha logrado su recuperación con estabilización de sus funciones vitales, hay varias alternativas según sea el caso y así tenemos :

- Hospitalización en Sala de Cuidados Intensivos.
- Hospitalización en Salas de Cirugía para posterior intervención quirúrgica.
- Pase al Centro Quirúrgico para intervención de urgencia y posterior hospitalización.
- Transferencia a un hospital Especializado, adecuado para el caso, siempre que el traslado no conlleve ningún riesgo para el paciente.

b. Area de Tratamientos Urgentes

En ésta Area son atendidos todos los pacientes de segunda prioridad, son los lesionados graves, pero que no están en situación crítica. Vienen con tarjeta con franja de color amarillo.

- Algunos de éstos pacientes son atendidos de emergencia en la misma Area de tratamiento, para luego proceder a su hospitalización.
- Otros pacientes pasan al Centro Quirúrgico o Salas de yesos para las intervenciones correspondientes de urgencia y posterior hospitalización.
- Los pacientes obstétricos y pediátricos, son atendidos por sus Especialistas y se hospitalizan en los respectivos servicios.
- Los pacientes psiquiátricos agitados, luego de ser convenientemente controlados y sedados, son evacuados a sus domicilios.

c) Area de Tratamiento Ambulatorio

En ésta Area son atendidos los pacientes de tercera prioridad, no graves, que vienen con tarjeta con franja de color verde.

Dada la naturaleza de sus lesiones, todos ellos son dados de alta y de regreso a sus domicilios, algunos con tratamiento definitivo inicial y otros citados a Consultorios Externos.

d) Area de Tratamiento Expectante

A ésta Area son enviados los pacientes moribundos con gravísimas lesiones, no recuperables, y sólo para observación. Los que fallecen son remitidos a la Morgue o depósito de cadáveres.

e) Area de Anatomía Patológica

Será responsable del depósito y manejo de los cadáveres, coordinando las labores de identificación y médico-legales. Se encargará igualmente de la entrega de los restos a sus familiares.

f) Area de Laboratorio Clínico

Coordinará todas las acciones correspondientes a éste Servicio, así como ubicará adecuadamente a su personal en las zonas de tratamiento y hospitalización.

g). Area de Banco de Sangre

Deberá hacer una cabal apreciación de la situación, para determinar en forma aproximada las cantidades de sangre necesarias, deberá mantener una lista actualizada de donantes voluntarios, efectuará las coordinaciones necesarias con los Bancos de Sangre de otros hospitales y de la Cruz Roja. Además elaborará un inventario permanente de reservas de sangre y sus derivados.

b) El Area de Radiología

Proveerá los Técnicos y Equipos portátiles de Rayos X en las Areas de Tratamiento y Hospitalización. El revelado de las placas se realizará en los sitios habituales.

Departamentos y Servicios de Apoyo

1. El Departamento quirúrgico tomará las provisiones con el Jefe del Centro Quirúrgico para mantener una provisión de instrumental, lencería, equipos y suturas que permita actuar eficientemente ante la sobrecarga de trabajo.

Asignará el personal necesario de cirujanos, anesthesiólogos, residentes e internos en base al personal disponible y que se incorporarán ante la emergencia en las Areas de Terapia Intensiva, tratamientos urgentes y no urgentes.

2. El Servicio de Anestesia, se encargará de la distribución de su personal en las Salas Quirúrgicas, en las Areas de Terapia Intensiva y de tratamientos urgentes.

3. El Servicio de Ginecología Y Obstetricia, dispondrá de un equipo mínimo para la atención de urgencia de los casos obstétricos. El personal sobrante reforzará el personal de atención de casos quirúrgicos.

4. El Servicio de Pediatría, reforzará el Area de Triage. Mantendrá en principio su personal adscrito en sus lugares normales de trabajo. Si las circunstancias lo ameritan, reforzarán otras Areas dependiendo de las características, tipo y grupo étnico involucrado en la catástrofe.

5. El Departamento de Medicina, se encargará de todos los procedimientos necesarios para lograr el mayor número de camas --

disponibles, así como de nuevas áreas para hospitalización. Asignará al personal adecuado y disponible a las Áreas de Triage. Dependiendo de la magnitud del desastre, coordinará o reforzará las acciones del Departamento Quirúrgico para la atención masiva de lesionados.

6. El Departamento de Enfermería, organizará el ingreso así como la distribución de su personal en las diferentes Áreas de hospitalización y en las Áreas de atención de Emergencia. Dentro de sus funciones propias colaborará activamente en la atención médico-quirúrgica, organizando además la administración del tratamiento primario al paciente.

7. El Departamento de Admisión, destacará a su personal para controlar el ingreso de pacientes, tanto al Hospital como a los Servicios de Hospitalización; así como la obtención de los datos más importantes para la hoja de control de ingresos, sin restar tiempo ni interferir la labor asistencial.

8. El Departamento de Farmacia, mantendrá un stock y el suministro adecuado de medicamentos.

9. El Servicio de Mantenimiento, se encargará de la apreciación de los daños intrahospitalarios y su corrección inmediata para el mantenimiento permanente del suministro de energía eléctrica, agua, vapor de agua, oxígeno, combustibles, etc. Así como revisará la integridad de los servicios de alcantarillado.

Bajo su responsabilidad estará la ubicación y mantenimiento de los equipos contra incendio, así como la puesta en marcha del sistema de control de incendios del hospital.

10. El Departamento de Servicio Social, instalará el Centro de Información para familiares, el cual estará alimentado con la información recabada al ingreso de los pacientes en la hoja de control del Servicio de Admisión.

Coordinará las altas obligadas, así como las transferencias tanto a los domicilios como a otros hospitales, respectivamente.

Por último recabará la identificación de todos los fallecidos, para la orientación e información veraz a los familiares.

11. El Servicio de Información y Relaciones Públicas, organizará la información que el Director del Hospital debe proporcionar a la prensa, para evitar rumores alarmistas y desorientación a la población.

Elaborará diariamente un Boletín Informativo, sobre ingresos y egresos, así como la relación de los fallecidos.

Coordinará con las autoridades policiales las medidas especiales de orden público y control de personas extrañas, que sea necesario implementar.

5.4.6. HOSPITAL DE CAMPAÑA

Es un Hospital móvil, que desempeñará el Rol de un Establecimiento Hospitalario probablemente destruído o invalidado parcialmente por el desastre y vendrá a funcionar como una Unidad de Apoyo, con el objeto de facilitar, mejorar o reforzar los servicios de salud para los damnificados del desastre.

Este Hospital deberá ser autosuficiente en todo sentido, es decir que tendrá personal médico, de enfermería y apoyo,

propios; así como los suministros médico-quirúrgicos, materiales, medicinas, etc.

También deberá ser autosuficiente en el sentido de llevar la alimentación, alojamiento y demás enseres para su personal con el objeto de no incidir aún más en las necesidades ya precarias de la Comunidad.

Pero la experiencia ha demostrado la poca operatividad de los Hospitales de Campaña en los casos de terremoto, debido a que su acondicionamiento, movilización, instalación y puesta en marcha, demora algunos días y ya sabemos que el problema de atención masiva de lesionados en un sismo, se produce en las primeras 24 horas. Sin embargo si la magnitud del desastre lo justifica, es necesaria la utilización del Hospital de Campaña sobre todo si ha habido daño considerable en la infraestructura hospitalaria de la zona. (12), (20).

En este caso los Hospitales de Campaña, deberán ser ubicados en un área lo más conveniente posible como son, cerca de fuentes de suministro de agua y energía eléctrica, así como de fácil accesibilidad tanto para la población que se va a servir como para la ayuda externa.

Los Hospitales de Campaña que mejores resultados han dado en los últimos años en desastres a nivel de Latino América, han sido los Hospitales pequeños con capacidad para 25 camas, móviles y autosuficientes que pueden desplazarse e instalarse en pocos días (73).

5.5. LA ETAPA POST-DESASTRE

Pasada la etapa del desastre y resuelto el problema de la atención masiva de víctimas, el Hospital debe tratar de reconstruir o de reponer todo lo dañado, así como cubrir las plazas del

personal afectado, con el fin de restituir la atención médica habitual en el menor tiempo posible; pues los niños continuarán enfermando, se seguirán produciendo partos y abortos y en general la población enferma o accidentada, seguirá acudiendo al Hospital en busca de atención y alivio. (37), (39).

Por otra parte, tenemos que algunos efectos de los desastres, son causa de otras situaciones que secundariamente provocan otros tipos de daños a la salud. y así tenemos que, si bien los desastres no son causa directa de epidemias, los movimientos de población y los cambios del medio ambiente, como la falta de vivienda y abrigo, aguas contaminadas, etc., pueden dar lugar a mayores riesgos de producción y transmisión de enfermedades.

Aunque los problemas de vigilancia epidemiológica y saneamiento ambiental que siguen a los desastres, son más bien problemas comunitarios de Salud Pública, repercuten en forma directa sobre el Hospital. (24).

Por tanto, el Hospital a través de su Departamento de Medicina Preventiva, implementará de acuerdo a las circunstancias y necesidades los siguientes equipos :

5.5.1. Equipo de Vigilancia Epidemiológica

Se encargará de extremar las medidas de control de enfermedades transmisibles y prevenir brotes epidémicos.

5.5.2. Equipo de Saneamiento Ambiental

Será el encargado de tomar las medidas de protección especial, tanto para los pacientes como para el personal hospitalario, desde el punto de vista de saneamiento.

5.5.3. Equipo de Inmunizaciones

Que tendrá la responsabilidad de mantener el stock de

de vacunas necesarias para éste tipo de eventualidades, así como de su respectiva y correcta aplicación.

En caso de terremoto, sobre todo en zonas rurales y urbano - marginales, la experiencia ha demostrado que no son necesarias las campañas de vacunación en masa, ya que además de sus discutibles - beneficios, distraen recursos y personal necesarios en otras actividades de salud y de reconstrucción.