



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

UNIDAD DE ACCION SANITARIA Y DE CONSUMO

ORGANIZACION DE LOS HOSPITALES PARA CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES

=====

(HOLANDA)

Madrid, Octubre 1.986



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

UNIDAD DE ACCION SANITARIA Y DE CONSUMO

Texto traducido por la Unidad de
Acción Sanitaria y Consumo.

Madrid, Octubre de 1.986.



ORGANIZACION DE LOS HOSPITALES PARA CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES

I N D I C E

Capítulo		Pág.
I	<u>INTRODUCCION</u>	1
II	<u>OBJETIVOS</u>	5
	Elaboración de un plan de desastres	
	Comites de preparación	
	Enumeración de los factores de riesgo	
	Cooperación con otros servicios (municipales).	
III	<u>EJECUCION</u>	8
	<u>ALARMA</u>	
	B. <u>PROCEDIMIENTO DE PREPARACION</u>	8
	B. 1. Dirección general	
	B. 2. Preparación	
	B. 3. Activación	
	B. 4. Medidas generales	
	C. <u>PROCEDIMIENTO DE EJECUCION</u>	14
	C. 1. Dirección general	
	C. 2. Especialidades	
	C. 3. Departamentos	
	C. 4. Servicios	
	C. 5. Medidas generales	
	C. 6. Cuestiones de interés	
	C. 7. Recomendaciones	



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

UNIDAD DE ACCION SANITARIA Y DE CONSUMO

		Pág.
	D. <u>PLAN DE DESASTRE EN TIEMPO DE GUERRA</u>	22
	D. 1. Introducción	
	D. 2. Preparación	
	D. 3. Fase de apercibimiento (alarma, advertencia)	
	D. 4. Fase de ejecución I	
	D. 5. Fase de ejecución II	
	D. 6. Fase de ejecución III	
	D. 7. Recepción de víctimas de un desastre	
IV	<u>COMUNICACIONES</u>	29
V	<u>EVACUACION EN TIEMPO DE PAZ</u>	32
VI	<u>CONTROL DEL PANICO</u>	42
VII	<u>VICTIMAS DE ACCIDENTES RADIATIVOS</u>	43
VIII	<u>AFECCIONES PRODUCIDAS POR GASES</u>	48
IX	<u>ANEXOS</u>	51
X	<u>INDICE POR MATERIAS</u>	



I. INTRODUCCION

En los recientes años se ha producido un considerable incremento de los riesgos de nuestra sociedad a consecuencia de:

- Un fuerte incremento de la industrialización que comprende procesos de manufacturación complejos y al transporte de sustancias peligrosas.
- Un enorme incremento del transporte por tierra y aire.

Debe considerarse por tanto, la posibilidad de que accidentes industriales o de tráfico ocurran en una escala tal que el número de víctimas que se produzcan en los mismos sea superior al que en los hospitales puedan hacer frente normalmente.

La experiencia enseña que un sobre esfuerzo agudo de una organización que realiza funciones rutinarias, frecuentemente cae en la confusión, con el resultado de que su funcionamiento se reduce a niveles menores de los que cabría esperar en circunstancias normales. Es correcto pensar que no es posible cubrir responsablemente los problemas que surgen en las situaciones de sobrecarga con soluciones improvisadas.

Por esta razón, la atención en los hospitales debe estar preparada como necesidad esencial, tomando medidas encaminadas a adoptar la organización interna de tal modo que permita el adecuado tratamiento de un número súbitamente elevado de víctimas.

Las medidas especiales para la adaptación de la organización interna deben ser establecidas en un "plan de desastre", realizado internamente que conciernen los variados problemas consistentes y una valoración interdisciplinaria. Un plan de este tipo debería ser aplicable tanto a los hospitales generales como a otros establecimientos con pacientes internados.

Prescindiendo de como ha sido de cuidadosa y real la preparación de un plan de desastres, la eficacia de su funcionamiento también dependerá, no obstante, de la disposición de todos los implicados en la realización de sus partes dentro de una jerarquización ad hoc.

CONCLUSION

En la compleja y desamente poblada sociedad de hoy, existe un verdadero riesgo de que se presenten subitamente en el hospital, como consecuencia de un accidente mayor, un gran número de victimas - que requieren tratamiento superior al que generalmente suele cubrir.

Las medidas especiales requeridas en tal caso para la acomodación y el tratamiento de las victimas de los accidentes necesita un plan de desastre, capaz de poner en marcha los servicios del hospital para reaccionar rápida y adecuadamente.

Tipos de planes de desastres:

- a) Un plan de desastres para tiempos de paz
- b) Un plan de desastres para tiempos de guerra.

Aunque el objetivo es el mismo en ambos planes y, por esta razón las medidas internas del hospital pueden ser más o menos similares, el plan en tiempo de guerra debe diferir en algunos aspectos del plan en tiempos de paz, e incluye elementos adicionales, en base a:

- Un gran número de posibles victimas y un periodo más largo de funcionamiento del plan.
- La operatividad del plan en una situación de incremento de la tensión internacional (fase de ejecución en base, teniendo en cuenta la gravedad de la situación en tiempo de paz, el plan se activaría -- siguiendo las informaciones de lo ocurrido en el accidente).
- Las características de la estructura médica externa en el contexto de un plan de desastre (en tiempo de paz: plan metropolitano - de desastres: en tiempo de guerra, plan regional de hospitalización para circunstancias excepcionales.

Las líneas generales y las recomendaciones a seguir para resolver las cuestiones mediante un plan de desastre, serán analizadas en los capítulos III-VIII.

Plan de Evacuación:

Finalmente, es posible que un hospital tenga que hacer frente a una catastrofe interna o externa y se vea forzado a la evacuación. Esta situación requiere un plan apropiado.

El flujo de pacientes evacuados podría conducir a ingresos masivos, por ejemplo a clinicas particulares, instituciones de este tipo podrían por lo tanto introducir medidas de organización para habilitarse y poder encargarse de una masiva afluencia de pacientes.

II. OBJETIVO DE UN PLAN DE DESASTRE.

El objetivo es reaccionar rápida y adecuadamente a un súbito incremento en el número de víctimas que requieren tratamiento como resultado de una catástrofe, por medio de las medidas que se exponen a continuación, que han sido preparadas con anticipación, y que pueden ser divididas en los dos grupos siguientes:

- Medidas internas: Conciernen a la adopción de una organización interna orientada a la admisión, registro, clasificación, tratamiento e internamiento de las víctimas.
- Medidas externas: Están dirigidas a conseguir la adecuada coordinación y cooperación en aquellos responsables que proveen los tratamientos médicos fuera del hospital, en base a una atención primaria, y con otros servicios externos relacionados (bancos de sangre, autoridades locales y la prensa).

En esencial, para que el plan de desastre pueda ser puesto en marcha rápidamente, que todos los involucrados conozcan el trabajo que deben hacer y su lugar en la organización interna y contribuyen con el mayor esfuerzo posible.

En suma deben realizarse simulacros para probar la eficacia de la organización interna.

Preparación de los Comités:

Bajo la presidencia del director médico debe establecerse un Comité para desarrollar el plan, en el cual deberían incluirse:

- Dos miembros del personal médico, preferentemente un cirujano y un anestesiista.
- Un miembro del personal de enfermería
- Un miembro del personal técnico

- Un miembro del personal de los servicios generales
- Un miembro del personal administrativo

Enumeracion de los factores de riesgo.

Los factores de riesgo varían de una región a otra. Es de considerable importancia para la dirección del hospital conocer que tipo de riesgos existen en la región en la que se encuentre el hospital - con el fin de predecir el posible número y tipo de victimas.

Los servicios municipales, provinciales y nacionales, tales como las brigadas de bomberos, servicios responsables para la realización de Actividades Públicas Peligros (Ninderwet). Inspección de Salud Pública, Inspectores de Industrias, de Medicina del Trabajo, los Servicios de Defensa Civil de Trabajos Químicos, etc., pueden ser consultados para elaborar la enumeración de factores de riesgo.

Plan Municipal de desastre:

De acuerdo con la Ley del Plan Municipal de Desastres (Wet op - de Gemeentelijke Rampemplanen), los municipios deben diseñar planes - para dar respuesta a los accidentes mayores.

La dirección de un hospital debe estar familiarizada con el papel asignado al hospital en el contexto del plan.

Se debe prestar una especial atención a la capacidad de admisión y de tratamiento del hospital. Es de gran importancia el mantener una cooperación entre varios establecimientos médicos.

Responsable médico del area del desastre:

Si en el Plan Municipal de Desastre estuviera especificado un responsable del area médica la persona en cuestión debe establecer - una formula de distribución de las victimas que deben ser evacuadas,-

de acuerdo con el coordinador médico (miembro del Centro de Planificación; ver posteriormente).

Cooperación con otros Servicios (Municipales) durante la emergencia:

Planificación Municipal / Centro de Crisis.

- Suministro de información:

El hospital debe informar al "Centraal Registratie en Informatie Bureau" (Oficina Central de Registro e Información) del número de pacientes admitidos y proporcionan sus detalles personales.

Los medios de comunicación deberían suministrar la información que no está cubierta por los canales médicos normales de información.

Personal extra localizado por el municipio, de las asociaciones privadas y otras organizaciones sociales (se debe integrar en unas bases de jerarquización).

Equipamiento adicional.

Para detalles ver C. 6.7.6 - C. 6.7.7.

- Se puede llamar a la policía para que mantenga los alrededores del Hospital libres de la gente que podría impedir el acceso de las víctimas, personal, equipo y similares.
- Bancos de sangre.
- Medios de comunicación.
- Otras Instituciones.
- Asociaciones sanitarias privadas. (Cruz Roja)
- Otras Asociaciones de asistencia social
- El Plan de desastre se debe llevar a cabo como se indica en los Anexos y 1 2.

III. EJECUCION

A. ALARMA.

1. La notificación de que ha sucedido un desastre puede ser recibida por:
 - La policía.
 - El Servicio de Bomberos
 - El Servicio General de Urgencias.
 - El responsable de la Central de Ambulancias.
 - Otros cauces.
2. El contenido de la información debe verificarse siempre.
3. En muchos casos será el telefonista el que reciba la alarma - durante su horario habitual de trabajo y, fuera del mismo, el Jefe de personal de noche. Se debe responsabilizar a estas - personas para que reciban las notificaciones de alarma.

Hay que tomar las medidas precisas para asegurarse de que estos puestos se encuentran permanentemente cubiertos.

La persona responsable que ha recibido la alarma, se la transmitirá al cirujano del turno de guardia que informará la Dirección del Hospital.

4. Fase de consulta.

Después que ha sido verificada la alarma, el cirujano de guardia valorará con la Dirección del hospital, si se debe poner - en marcha el plan de desastres y en qué amplitud.

B. PROCEDIMIENTO DE PREPARACION.

B.1. Directrices generales

B.1.1. La fase preparatoria.

El director médico establece un grupo de coordinación, en el que deben estar incluidos los miembros del Comité de preparación del plan de desastres (ver página).

B.1.2. El personal debe asegurarse de que el hospital se encuentra completamente preparado.

B.1.3. El cirujano (s) o anestesista(s) del Staff son relevados de sus obligaciones al objeto de que lleven a cabo la puesta en marcha de atenciones especiales. Uno de los facultativos debe ser designado para representarles en el grupo de coordinación reseñado en el apartado B.1.1.

B.2. Preparacion

B.2.1. Sistema de alarma.

La dirección autoriza la ejecución (parcial) del plan de desastres. El servicio de telefonistas es instruido para que inicie el procedimiento de alarma. Como ejemplo ver el Anexo 3.

B.2.2. Caja central de alarmas.

El director médico consulta el contenido de la caja central de alarmas, disponible para el grupo de coordinación.

B.2.3. Contenido de la -caja central de alarmas.

Esta caja contiene el plan de desastres e instrucciones para la coordinación del cuerpo médico, los responsables de los distintos departamentos y del grupo coordinación.

B.2.3.1. Como medida provisional, dependiendo de la apertura de la caja central de alarmas, se puede prever la apertura de otras alarmas descentralizadas y de menor contenido.

Los responsables de los distintos departamentos son, a su vez, responsables de esas cajas.

- B.2.4. Los responsable de los distintos departamentos distribuyen las instrucciones al personal que depende de ellos.
- B.2.5. Se presentará el personal auxiliar asignado en el plan para prestar la ayuda administrativa que se requiera, tal es el caso del "triaje", la administración lo registra.
- B.2.6. Si fuera necesario se debe avisar al Centro municipal de planificación-crisis, sobre el hecho de que el hospital se encuentra en estado de disposición (parcial) e informar con detalle del tratamiento médico y capacidad de admisión.

B.3. Activación

B.3.1. Admisiones masivas.

El cirujano de guardia es responsable de organizar las áreas de recepción. La atención de pacientes ambulatorios e intervenciones habituales deben ser restringidas, dejando libres a los cirujanos para el tratamiento de las victimas que ingresen.

Los pacientes que no han precisado tratamiento son enviados a la oficina de registro para su señalización.

Debe verificarse y asegurarse que están disponibles las personas asignadas para los cuidados médicos, de enfermería o administrativos, así como el equipo y el transporte.

Formación de un equipo médico del "triaje". Cuando este equipo debe atender a victimas que requieren tratamiento quirúrgico, debe encontrarse bajo el mando de un cirujano (preferentemente del cirujano con mayor experiencia clínica).

En el caso de que las victimas no precisen tratamiento quirúrgico, el mando del equipo debe ser llevado por un especialista en medicina interna.

Para el "triaje" de las victimas que resulten de un accidente radiactivo o por gases, consultar lo previsto en los capítulos VII y VIII, respectivamente.

B.3.2. Anestesia.

El anestesista de guardia debe tener preparados los quirofanos en condiciones para atenciones masivas.

B.3.3. El resto de los especialistas que trabajen en el hospital deben adoptar el mismo tipo de medidas.

Deben realizar su trabajo dentro de la estructura jerárquica establecida.

B.3.4. Enfermería.

B.3.4.1. La Jefe del Departamento de Enfermería debe verificar que todo este personal está dispuesto para ejecutar sus funciones.

B.3.4.2. Es responsable de asegurarse que el personal requerido y equipamiento inicial suministrado se encuentra disponible.

B.3.4.3. En cooperación con las personas señaladas anteriormente, la jefe de enfermeras debe tomar las medidas para proveer los posibles refuerzos en personal y equipamiento adicional.

B.3.4.4. El Jefe del Departamento de Enfermería debe procurar conseguir el mayor número posible de camas libres. Con la aprobación del especialista correspondiente, algunos pacientes podrán ser dados de alta prematuramente.

B.3.4.5. El Jefe de Enfermería es el responsable de asegurarse que el Servicio Central de Esterilización tiene dispuesto todo el material quirúrgico y de enfermería necesario.

B.3.5. Diagnóstico por imagen.

B.3.5.1. El equipamiento de Rayos-X debe estar dispuesto - para su utilización.

B.3.5.2. Un equipo móvil de auxiliares para efectuar Rayos-X, si fuera necesario, tanto en primeros auxilios- Unidades Intensivos y en los quirofanos.

B.3.5.3. Equipos de ECG y ECHO (ver B.3.9.2) deben ser desplazados en los casos necesarios, lo mismo que la E.E.G.

B.3.6. Laboratorios.

B.3.6.1. De acuerdo con las necesidades, debe suministrarse la sangre con la aprobación del personal responsable.

B.3.6.2. En el caso necesario hay que incrementar las disponibilidades de sangre.

B.3.6.3. El personal del laboratorio podrá ser reducido al mínimo en caso de que fuera necesario en el departamento de primeros auxilios.

B.3.7. Debe ser asegurada la atención farmacéutica.

B.3.7.1. Deben ser revisados los stocks de medicinas y desinfectantes.

B.3.7.2. La reposición de los medicamentos y materiales necesarios de los distintos departamentos debe ser realizada previa petición al equipo de distribución de farmacia.

B.3.8. Servicios generales.

B.3.8.1. Los responsables de los servicios generales deben asegurarse de que los accesos se encuentran libres y señalizados.

B.3.8.2. El equipo de transporte debe estar dispuesto para transportar:

- a) Pacientes
- b) Equipamiento

Deben existir planes para el intercambio de los - equipos.

B.3.8.3. Disposiciones para el traslado de personal que ya ha sido asistido ambulatoriamente hasta el área - de concentración.

B.3.8.4. En principio el responsable del departamento debe designar el personal para el mortuorio.

B.3.8.5. A ser posible, deben existir dos áreas de recepción separadas, una para familiares y personas - que reconozcan los pacientes y otra para la prensa que deben ser establecidas fuera del hospital.

Ambas Áreas debe establecerse lo más lejos posible de la entrada de pacientes y personal del hospital.

B.3.8.6. Debe establecer un Área para pacientes en estado-agonizante.

B.3.8.7. Deben prepararse para su uso todas las camas - -- posibles.

B.3.8.8. Las reservas de vestuario, ropas de cama. utensilios para la alimentación, etc., deben ser revisados en los almacenes centrales y dispuestos para su uso.

B.3.8.9. Debe ser organizado el suministro extraordinario- de alimentos.

B.3.9. Servicios Técnicos.

B.3.9.1. Despliegue de personal técnico

B.3.9.2. El personal técnico es responsable de asegurar que los sistemas de llamada y localización, ascensores, y, donde sea necesario equipos de diagnóstico (que puedan ser trasladados desde su normal emplazamiento), se encuentran en buen estado de funcionamiento. (ver B.3.5.3.).

B.3.9.3. Revisar y aprovisionar las reservas de oxígeno y gases anestésicos.

B.3.9.4. Revisar los equipos de iluminación de emergencia, ascensores, etc.

B.3.9.5. Garantizar unas comunicaciones eficientes.

B.3.10. Departamento Administrativo.

Provisión de personal administrativa.

4. Medidas Generales.

B.4.1. El Jefe de Enfermería debe comprobar que las áreas necesarias se encuentran preparadas y dispuestas.

CEDIMIENTO DE EJECUCION.

1. Actuaciones Generales.

C.1.1. La Dirección del Hospital es la responsable de la dirección general de la operación.

C.1.2. El Director médico actúa como coordinador con el Consejo de los miembros del personal de coordinación.

C.1.3. Hay que señalar un médico responsable para recoger las singularidades médicas observadas por los que reciben a las víctimas y de la enfermera responsable del paciente, para transmitirse a la dirección del hospital.

C.i.4. Los archivos clínicos deben facilitar también información (ver C.6.5.).

C.1.5. Las pertenencias recogidas de las victimas deben ser entregadas al administrador.

Se debe verificar también si la victima es portador de algún indicativo (vestidos, brazaletes, collar, etc),- indicador de S.O.S. (ver C.6.6.).

C.2. Admisiones masivas.

C.2.1. Los equipos de especialistas se encuentran bajo la jerarquia del cirujano que realiza el "triaje".

Realizarán sus actuaciones mediante consulta entre -- ellos.

C.2.2. Debe ser el cirujano con mayor experiencia clínica el responsable del "triaje"

Los casos urgentes pueden ser clasificados en los tres grupos siguientes:

I. Aquellos que requieren tratamiento quirúrgico inmediato (suelen ser generalmente pacientes con problemas que afectan a las funciones vitales, tales como las respiratorias o circulatorias.

II. Aquellos que requieren tratamiento quirúrgico en 24-48 horas dependiendo de la carga de trabajo.

III. Los que requieren tratamiento quirurgico durante el tiempo señalado anteriormente.

IV. Fallecidos.

Cf Leidraad gericht op de béhandeling van burgergewonden in burgerziekenhuizen, en massabebegandeling in vreedstijd, (Planificación para el tratamiento de las victimas civiles en hospitales civi-

les y tratamiento masivos en tiempos de paz (Ned.Ver voor Heelkunde, Utrecht, February 1.979). Los metodos estandarizados de tratamiento deben ser los mismos para los pacientes civiles y militares. Por esta razón todos los cirujanos holandeses deben familiarizarse con el libro "Cirugía de emergencia en la guerra". oficina de Publicaciones B.U.- Wastintong D.C. 1975. Ver también B.ª.1 "Formación del equipo de - - "triaje" y los capítulos VII y VIII.

C.2.3. El cirujano encargado del "triaje" es quien coordina los grupos de victimas que deben ser atendidos en el área de primeros auxilios. Cuando sea necesario y posible se mantendrán consultas con otros especialistas.

C.2.4. Otros especialistas.

C.2.4.1. El facultativo a que se hacía referencia en - C.1.3. debe actuar como enlace por una parte entre el que realiza la recepción del paciente y su enfermera responsable y por otra con la dirección médica.

C.2.4.2. Debe comprobar que los aspectos personales y médicos del paciente se mantengan unidos.

C.3. Personal de enfermería.

C.3.1.1. El Jefe de Enfermería es un miembro del grupo de coordinación.

Una de sus obligaciones, es informar detalladamente, a intervalos regulares, del número de camas disponibles. Es también responsable de asegurarse de que los suministros de materiales y equipamiento se producen fluidamente.

C.3.1.2. La enfermera más antigua del área quirúrgica, es la responsable de dirigir las actividades en los quirofanos y mantener la comunicación con los especialistas que trabajan en ellos.

C.3.1.3. Esta dirige a las enfermeras disponibles a las - que han sido asignados deberes singulares en el-lugar o lugares de tratamiento.

C.3.2. Revisión.

C.3.2.1. El Jefe del laboratorio debe revisar las reser--vas de sangre (ver B.3.6.1.) y que los bancos de sangre se encuentren alertados.

C.3.3. Departamento de radiodiagnostico.

C.3.3.1. Todas las placas radiográficas deben ser examina--das por el radiologo.

Si es posible debe añadir un breve informe.

C.3.3.2. Los radiólogos deben encontrarse a disposición - de los especialistas para discutir los problemas de los pacientes.

4. Servicios auxiliares.

(Técnicos, suministros y limpieza, etc., personal y personal de servicios generales).

C.4.1. El servicio de mortuorio está organizado por el Departamen--to competente.

C.4.2. El grupo de transporte establecido por los servicios gene--rales atiende a:

- Traslados internos.
- Establecimientos de areas extraordinarias para dormir.
- Recogida y almacenamiento del suministro de alimentos.

C.4.3. El personal de servicios generales es el responsable de - suministrar equipamientos adicionales, tales como camas.

C.4.5. El personal administrativo.

C.4.5.1. A menos que se encuentre especificado de otra manera, el Jefe de Personal Administrativo es responsable de suministrar todo tipo de equipos al hospital (ver. B.3.8.7 y B.3.8.8.)

C.4.6. El departamento de personal es el responsable de los registros y demás trabajo administrativo con la colaboración del personal adicional (ver C.6.7.3/4.).

C.4.7. Este personal es responsable de mantener libres las rutas internas de transporte y la vigilancia de los ascensores.

C.4.8. El personal de los servicios generales es el responsable de la vigilancia del personal que entre en el hospital.

Medidas generales.

C.5.1. En tanto sea posible, los informes internos deben ser escritos.

C.5.2. El personal administrativo asignado al cirujano que realiza el "triage", debe anotar los detalles personales de las víctimas y transmitirlos al administrador médico, para que si ello es posible, se registre en un ordenador, etc. (ver-6.1./C.6.5.). Cualquier señalización, brazalete o cadenas S.O.S. que se encuentren en las víctimas deben ser enviadas también al administrador-médico (ver C.6.6.).

C.5.3. La documentación de registro debe llevar una numeración relativa de las víctimas asistidas.

C.5.4. La ropa, junto con los documentos y otros objetos hallados en el paciente, son guardados en bolsas individuales numeradas de forma apropiada.

C.5.5. La Jefe de Enfermeras del Departamento de primeros auxilios, se asegurará de que el cirujano dispone de una enfermera o auxiliar a los efectos de registro médico (ver C.1.3.).

C.5.6. Un asistente del laboratorio debe estar permanentemente en este para tomar muestras de sangre y, junto con el hematólogo, extraer sangre de los donantes.

C.5.7. Farmacia.

Todas las ordenes de aplicación de artículos para el tratamiento de las víctimas, deben reflejar el número administrativo asignado a cada una de ellas.

C.5.8. La distribución a los determinados puntos debe ser realizada por el equipo de transporte propio de la farmacia.

C.5.9. El personal de hospital debe portar su tarjeta de identificación.

C.6. Cuestiones de interés.

C.6.1. Todos los documentos relativos al estado de los pacientes - deben llevar una característica que identifique que el documento en cuestión se corresponde con una víctima del desastre.

C.6.2. En caso de desastre el hospital más cercano puede verse - "inundado" por un espontáneo y desorganizado flujo de víctimas.

C.6.3. Como en muchos casos estas personas no precisarán de ninguna clase de primeros auxilios, el hospital actuará en esta situación como un punto de recogida de víctimas.

C.6.4. El cirujano que realiza el "triage" puede enviar a las - víctimas con procesos específicos a otros hospitales con - mayores medios para su tratamiento especializado. (ver - anexos en el que se relaciona los centros que cuentan con facilidades para tratar quemados).

C.6.5. El administrador médico debe revisar en el archivo clínico del hospital por si existen en él antecedentes médicos sobre las distintas víctimas (ver C.1.4.).

C.6.6. El administrador médico debe registrar todas las pertenencias y hallazgos encontrados en las víctimas.

C.6.7. Deben preverse espacios, personal y equipamientos adicionales.

C.6.7.1. Puede suceder que el accidente causa un gran número de víctimas que son pacientes que no requieren un inmediato tratamiento quirúrgico quedando internados provisionalmente.

Debe ser designado un área para aquellos pacientes a los que se les ha indicado un eventual tratamiento quirúrgico por el Cirujano encargado del "triaje" La misma consideración para los que requieran un tratamiento ambulatorio.

C.6.7.2. Las mismas consideraciones para personal y equipos adicionales.

C.6.7.3. En cuanto al personal es conveniente establecer una lista de aquellos miembros del Staff que podrían ser requeridos, que debe ser mantenido por el departamento de personal. Se puede llamar también a miembros de asociaciones de ayuda voluntaria.

C.6.7.4. El departamento de personal es el responsable de reclutar personal adicional.

C.6.7.5. Las peticiones de equipamiento hospitalario adicional se deben dirigir al Inspector Regional de Salud.

C.6.7.6. El anexo 5 contiene un resumen de material que puede ser requerido.

C.6.7.7. El procedimiento de utilización se encuentra establecido en las circulares n°. 17.486/CV DG Vgz/VIBO de 7 de Julio de 1.975, que se encuentra en el anexo 6.

C.6.8.1. La atención psicológica debe estar orientada a prevenir que los trastornos emocionales sean un obstáculo para el tratamiento preciso.

C.6.8.2. Si fuera necesaria, la cooperación a este fin con el especialista responsable, se iniciará inmediatamente después del "triaje".

C.6.8.3. La familia y otros conocidos de las víctimas deben mantenerse en calma en el área de espera.

C.6.9.1. La asistencia médico-social ha de atender, inter alia:

- Animar a las víctimas para que sean optimistas sobre su rehabilitación y retorno a la sociedad.
- Disipar la ansiedad de las víctimas en relación con el bienestar de su familia y otros allegados.

C.6.9.2. En el periodo precedente al alta en el hospital, - deben establecerse las fases de cooperación con la institución (municipal) apropiada para que el regreso de las víctimas a la sociedad se encuentre - lo más libre posible de problemas.

C.6.9.3. Los familiares o allegados que se lleven las víctimas del hospital deben ser instruidos en relación con el ulterior tratamiento y asistencia.

C.6.10.1. Debería permitirse al capellán realizar sus funciones, tanto sobre las víctimas, como con sus familiares allegados (ej.: en el caso de muerte de las víctimas).

C.6.10.2. Debe informarse al capellán de las víctimas fallecidas para que pueda realizar un servicio en beneficio de sus familiares en la capilla (si existe) - u en otra habitación establecida como tal.

C.7. Recomendaciones.

C.7.1. Debe establecerse un comité responsable de elaborar el plan de desastres para el hospital.

C.7.2. Deben elaborarse instrucciones para cada grupo funcional.

C.7.3. Se sugiere que:

- a) Se sitúe una caja central de alarmas a disposición del equipo de coordinación (ver B.2.3.).
- b) Exista una caja de alarma para cada jefe de departamento con las instrucciones para el personal del mismo.
- c) Deben ser suministradas cajas para reservas de medidas - al

C.7.4. Debe realizarse un listado, preferentemente para cada departamento, con los nombres de las personas que trabajan en él, indicando sus funciones, dirección y teléfono del hospital y particular.

C.7.5. Debe ser cumplimentada una ficha de registro para cada víctima (ver C.6.1.).

C.7.6. El plan de desastres debe ser divulgado dentro del hospital.

C.7.7. Debe prestarse especial atención al entrenamiento del personal médico, paramédico y de enfermería en la ejecución del plan de desastres.

C.7.8. Deben realizarse simulacros regulares.

D. PLAN DE DESASTRE EN TIEMPO DE GUERRA.

D.1. Introducción.

Es de esperar que bajo "circunstancias excepcionales", los hospitales sean requeridos para tratar e internar gran número de víctimas civiles y militares. El término "circunstancias excepcionales" incluye:

- Guerras
- Amenazas de guerra
- Circunstancias relacionadas o conectadas con esto.

El Gobierno ha establecido unas medidas dirigidas a asegurar el --

optimo uso de la disponibilidad en circunstancias excepcionales e incrementando el equipamiento hospitalario. Para este propósito, se encuentra establecido el "Ziekenhuisorganisatie in buitengewone omstandigheden" Organización de Hospitales para casos excepcionales - HOEC). Para que el HOEC se prepare para la acción, deben tomarse en los hospitales las medidas necesarias y realizarse por fases.

D.2. Preparacion.

La preparación para la acción consiste básicamente en cuatro fases, que son:

1. Fase de advertencia
2. Fase de ejecución I
3. Fase de ejecución II
4. Fase de ejecución III

D.3. Fase de advertencia.

D.3.1. Información.

La información llega al hospital preferentemente por telegrafo mediante un codigo especial. Esta información no debe ser publicada.

D.3.2. Comunicaciones.

La información debe ser verificada en lo posible y el equipo de entrada instalado en el centro de comunicaciones.

D.3.3. Dirección del hospital.

La Dirección del hospital se preparará para las siguientes fase estudiando:

- a) el plan de desastres para circunstancias especiales.
- b) el plan regional de hospitalación para circunstancias especiales.

En caso necesario deben designarse personas responsables para ocupar los puestos claves.

D. 4. Ejecución de la Fase I.

En esta Fase el hospital se encuentra en disposición parcial. La dirección debe instruir al personal implicado en base a las "zonas a señalar", relacionadas posteriormente.

D.4.1. Asesoramiento al personal.

La dirección del hospital sigue las instrucciones con los miembros del personal implicado, prestando atención a - - cualquier tipo de problema que pueda presentarse.

D.4.2. Instrucciones internas.

Las instrucciones debenser entregadas en mano a los Jefes de Departamento,

D.4.3. Delegados.

Deben ser elegidas las personas de confianza para los puntos claves.

D.4.4. Obligaciones.

Deben elaborarse y establecerse listados de obligaciones para todo el día para la mayor parte del personal.

D.4.5. Disponibilidades y salidas.

Las salidas del personal deben ser canceladas y deben establecerse planes para asegurarse que pueden ser localizados.

D.4.6. Adelantamiento de las altas de los pacientes.

El director médico recibe diariamente los informes de - los especialistas en relación a las acciones para las altas precoces de los pacientes.

D.4.7. Registro de las victimas.

Deben tomarse las medidas para establecer un centro de registro de victimas.

D.4.8. Revisión de las provisiones internas.

Deben ser suplementados, si ello es necesario los suministros de medicamentos, lencería, equipos de infusión, plasma, etc.

Debe almacenarse la máxima capacidad de reservas de alimentos.

D.4.9. Suministros provinientes del Estado.

Deben tomarse medidas para la recepción de todas aquellas ayudas provinientes del Estado que se esperen en esta fase.

D.4.10. Equipos de urgencia.

Se debe verificar y asegurar que el suministro de energía (electrica) de emergencia y las reservas de agua se encuentran perfectamente.

D.4.11. Contactos con los Organismos Oficiales.

La dirección del hospital debe recurrir a organismos oficiales para el reforzamiento del personal.

- a) Al Inspector regional de Salud Pública en el caso de deficiencia de personal médico.
- b) A la Oficina Regional de Trabajo (Oswestelijk Arbeidsbureau) en el caso de deficiencias en enfermeras o de otro personal.

D.4.12. La dirección del hospital debe consultar con las autoridades Municipales las posibilidades de hospedaje que pueden ser requeridas en la siguiente Fase y las medidas de colaboración a tomar.

D.5. Ejecución de la Fase II.

La preparación del hospital debe ser continuada en esta fase

- Cuestiones de interes.

D.5.1. Información del personal.

- El personal implicado debe ser informado en relación con la realización de la segunda Fase (incluida, si es posible, la distribución del personal dentro del establecimiento).
- La dirección del hospital estipulará la atención del personal médico ligado al establecimiento de acuerdo con la Ley de Emergencia para los Médicos Generales -- (Noodwet Geneeskundigen), se puede referir a todo el personal del establecimiento incluido el personal médico para realizar otras funciones incluidas en el plan de desastres.

D.5.2. Incremento de las altas precoces de pacientes.

Los pacientes seleccionados en la primera Fase de realización del plan deben ser dados de alta. EL Centro Municipal de Defensa Civil (gemeentelijke Centrum Cíviale Verdediging G.C.C.V) , que se ha establecido entretanto debe ser requerido para transportar a los pacientes si es necesario.

D.5.3. Los especialistas relacionados con el establecimiento deben adoptar criterios de Ingreso más rigurosos.

D.5.4. Aprovisionamiento de equipos facilitados por el Estado.

Deben realizarse las acciones precisas para recibir el equipo que se espera sea el Estado suministre en esta fase (ej. camas y equipo auxiliar).

D.5.5. Esterilización.

Todas las áreas de tratamiento deben estar dispuestas para su uso.

D.5.6. Registro de víctimas.

El personal debe acudir a sus puestos de registro de víctimas.

Los siguientes aspectos deben ser tenidos en cuenta en -
el caso que exista necesidad de utilizar espacios anexos.

- D.5.7. La disposición de espacios anexos para uso del hospital -
obtenidos por la dirección por vía de G.C.C.V., deben -
establecerse de acuerdo con ellos.

Este proceso incluyen en dejar libre, y limpiar los espa
cios de alojamiento, almacén de lo inventariado, contan
do con la ayuda de personal adicional que debe ser provis
to por el G.C.C.V.:

- D.5.8. Cuando se reciban las camas y el equipo auxiliar deben -
ser instalados en las áreas anexas dispuestas para su uso.
- D.5.9. Deben establecerse los listados de cometidos. En este ni
vel deben asignarse cometidos específicos a las personas
que hasta ahora no lo tenían.

D.6. Fase de ejecución III.

En esta fase, el hospital se debe poner en situación de disposi
ción total, por ejemplo todas las medidas referidas anteriormen
te deben ser completadas, en particular, las del personal del -
Centro de Información.

D.7. Recepción de las víctimas del desastre.

Se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones cuando -
el hospital recibe víctimas después de un desastre.

D.7.1. Recepción de víctimas.

- a) evacuación organizada de las víctimas desde el lugar -
del desastre al hospital.
- b) Otras llegadas.
- c) Llegadas de víctimas militares.

Hay que tomar medidas para la atención de los familiares
y de la prensa.

D.7.2. Medidas a tomar en caso de contaminación con sustancias radiactivas.

Deben ser tomadas las medidas adecuadas.

D.7.3. Residuos radiactivos.

Deben ser tomadas las medidas adecuadas.

D.7.4. Intercambio de equipamiento.

Hay que tomar las medidas para asegurarse que los Servicios que trasladen las victimas hasta el hospital, se -
llevan de vuelta las camillas vacias y el resto de equipo de material auxiliar suministrado por el Estado.

D.7.5. Limitación del periodo de internamiento.

A los efectos de acelerar el flujo de paciente a través del Hospital, se debe tener siempre en cuenta la posibilidad de transferir los pacientes que ya ha recibido tratamiento a clinicas apropiadas.

D.7.6. Medidas para el registro.

A nivel municipal: La Oficina Central de Registro e Información (Centraal Registratie en Inlichtingen Bureau), establecida por el municipio, debe recibir una información regular sobre las victimas admitidas y fallecidas.

El H.O.E.C.:deben presentarse informes diarios al grupo - de médicos del HOEC.

D.7.7. Sueros y vacunas.

Si se precisan cantidades adicionales de sueros y vacunas deben dirigirse los pedidos al Inspector Regional de Salud Pública.