

Las pruebas del anillo o reg-test del anillo en leches, se realizaron en 1174 de los cuales el 17.7% fue positiva. En 1990, se han estudiado 88 muestras, con una positividad de 10.22%.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El riesgo para la brucelosis en la Regional de Urabá es alto, dado el gran número de hatos positivos y la forma rutinaria y sin control en que se realiza la cría de cerdos, razones éstas para intensificar la vigilancia epidemiológica

- Muestreo de leches en forma frecuente para las pruebas del anillo.
- Coordinación con el ICA para sanear los hatos lecheros.
- Charlas radiales con el fin de orientar a propietarios, administradores, ordeñadores y otro personal de los hatos, así como al consumidor sobre la prevención y control de la Brucelosis en el medio.

Nota: Los autores agradecen la colaboración del personal del Centro de Diagnóstico Veterinario Tulenapa Carepa.

BIBLIOGRAFIA

Casística del Centro de Diagnóstico Veterinario Tulenapa. Carepa 1976-1988

-Hospital Regional de Urabá. Sección de Información.

-Jaramillo, M. Eladio. Brucelosis 1983. 67 pag.

4. Simulacros de Emergencias Hospitalarias en Antioquia

Rueda R. Margarita María*. Vélez L. Lina María**

INTRODUCCION

La situación económica, política y social de los países latinoamericanos y en particular, Colombia hace que sea una nación en constante amenaza, por las características topográficas, geológicas, hidrometeorológicas y tecnológicas, y como consecuencia de éstas se han presentado inundaciones, deslizamientos, erupciones volcánicas y accidentes provocados (incendios, explosiones, derramamiento de productos químicos etc). Estos eventos, provocan pérdidas humanas, traumatismos, y deterioro de las condiciones de vida y salud de la población afectada, lo que conduce a una respuesta del sector salud en la atención de la emergencia y de vigilancia epidemiológica.

Preocupada por esta situación, la Asamblea General de las Naciones Unidas, emprendió un esfuerzo mundial concertado para reducir los efectos de los desastres y fue así como proclamó la década de 1990 como Decenio Internacional para la reducción de los desastres

Como una forma de vinculación a esta campaña preventiva, el Ministerio de Salud a través de la Oficina Nacional para la atención de Emergencias y Desastres, declaró el presente año de 1990, como de la Prevención de Emergencias y Desastres, en todo el territorio colombiano.

En esta misma perspectiva, el Servicio Seccional de Salud de Antioquia, promovió la elaboración del Plan Hospitalario de Emergencias (interno y externo) en todas las unidades de salud locales y regionales.

Enfermera Oficina de Epidemiología S.S.S.A.
Enfermera Epidemióloga Oficina de Epidemiología S.S.S.A.

Actualmente se cuenta con 113 planes hospitalarios, y la realización de simulacros de emergencias externas, en los hospitales regionales de: Yarumal, Caucaasia, Santa Fé de Antioquia, Rio-negro y Suroeste.

La importancia de la elaboración de planes de emergencia hospitalaria, radica en la necesidad de garantizar una asistencia inmediata y oportuna al mayor número de lesionados, víctimas de un desastre o emergencia, con el fin de salvarles sus vidas, así como la protección de los empleados de dicho hospital.

Por lo tanto, el personal de salud debe estar preparado para afrontar todo tipo de situaciones que se le puedan presentar tanto dentro del área hospitalaria, como por fuera de ésta; de ahí la necesidad de un entrenamiento y capacitación previo, para que su capacidad de respuesta sea la más adecuada.

A continuación se presenta una propuesta guía para la preparación, ejecución y evaluación de simulacros de emergencias hospitalarias y la evaluación de los realizados entre mayo y septiembre de 1990 en 5 de los 9 hospitales sedes regionales del Servicio Seccional de Salud de Antioquia.

4.1. GENERALIDADES SOBRE LOS SIMULACROS

Una vez elaborados los planes hospitalarios de emergencia, realizada la capacitación del personal y la divulgación de los mismos a todos los funcionarios de la Unidad, es necesario validar la operatividad de éstos.

Existen dos formas de probar si los planes que se han diseñado para la atención de emergencias funcionan. La primera, a través de la realización de un ejercicio práctico y la segunda con la aplicación del plan durante una situación real de emergencia

El ejercicio práctico se conoce como simulacro, es una actividad diseñada para "simular" una situación de desastre, bien sea al interior de la

institución o por fuera de ésta, según el caso. Durante el ejercicio se hace una representación práctica de la organización y las funciones que cada uno de los funcionarios del sector salud deben ejecutar ante una situación de emergencia que amerita la activación de alguno de los planes.

Los objetivos que se pretenden alcanzar con un simulacro son:

- Evaluar el plan, probando los procedimientos previamente establecidos para su mejora y actualización, detectando puntos críticos y fallas en su ejecución.
- Identificar la capacidad de respuesta de la Unidad de Salud de acuerdo con los recursos disponibles.
- Evaluar la habilidad y actitud del personal en el manejo de la situación, complementando su adiestramiento.
- Disminuir el tiempo de respuesta de la unidad de Salud ante una emergencia.
- Lograr una mayor integración y apoyo de las instituciones y organizaciones que intervienen en la atención de una emergencia.
- Informar a la comunidad en general de la organización que tiene el sector para afrontar este tipo de situaciones.

Los simulacros pueden clasificarse en:

- **Simulacros avisados:** Cuando el personal conoce el tipo de simulacro, la fecha y hora de su realización.
- **Simulacros sorpresivos:** En éste los participantes no han sido informados previamente del tipo de simulacro, ni la fecha y hora de realización. Su realización sólo se recomienda una vez se hayan efectuado varios simulacros avisados.

4.1.1. Tipos de Simulacros:

- Simulacros para emergencias internas en el hospital y
- Simulacros para emergencias externas al hospital.

La realización periódica de este tipo de ejercicio permite mejorar la calidad de atención y rapidez de la respuesta institucional, es por esto que deben realizarse por lo menos una vez al año en cada Unidad de Salud

Simulacros para Emergencias Internas:

Consiste en poner a prueba la organización de la Unidad de Salud para detectar y controlar la situación que genera la emergencia y las medidas adaptadas para evacuar tanto el personal, como a los pacientes y sus familiares

Para su realización deben tenerse en cuenta aspectos del plan como: áreas de riesgo, rutas de evacuación, escaleras y puertas de emergencia, áreas de seguridad internas y externas, sistemas de alarma y comunicación y sitio (s) de reunión final

Simulacro para Emergencias Externas:

Consiste en poner a prueba la organización de la Unidad de Salud diseñada para atender situaciones de emergencia que generan demanda asistencial superior a la regular; en éste se prueba la coordinación con organismos de socorro, el sistema de alerta, alarma y comunicaciones, las áreas de expansión, la disponibilidad de recursos, la ubicación del personal, transporte y remisión de lesionados, evaluando tanto la preparación para la atención prehospitalaria, como la hospitalaria, según los objetivos propuestos.

4.1.2. Pasos para su realización.

4.1.2.1. Planificación

- Selección de un coordinador del ejercicio.
- Escogencia del tipo de emergencia o hipótesis de trabajo; ésta debe ser seleccionada de acuerdo con el análisis de vulnerabilidad previo

de la institución, escogiendo el suceso que el personal identifique como el más factible; para que todos se sientan más comprometidos en el ejercicio.

- Información a la comunidad sobre el evento, para que conozca del mismo y no interfiera en su desarrollo. Igualmente, debe conocer qué servicios (urgencias) continuarán prestándose en la unidad, durante el simulacro para la atención de casos reales.

- Coordinación con el Comité Local de Emergencias y los organismos de socorro de la localidad; para definir su participación, precisando funciones y responsabilidades.

- Invitación al grupo de observadores: personas que por interés especial sean invitadas a participar en el ejercicio en calidad de observador. Debe tenerse previsto su distribución en grupos pequeños, el recorrido por los diversos servicios y una guía correspondiente que oriente su rotación.

- Selección de un número de pacientes ficticios, de acuerdo con la capacidad de respuesta de la unidad. Para el día del simulacro debe tenerse definido quienes serán responsables del maquillaje y qué material se requiere para esto

Para los simulacros de emergencias externas se contemplan los siguientes.

- Preparación de las áreas ubicadas por fuera del hospital en éstas se incluye la "zona de impacto", los "pacientes" maquillados y si el simulacro lo contempla dentro de sus objetivos, la instalación del Centro de Atención y clasificación de heridos (CACH) como segundo eslabón de la cadena de socorro, para esto se requiere definir la consecución de camilla, material de curación, botiquines, medios de transporte, equipo de comunicaciones.

4.1.2.2. Ejecución

- Declaratoria de alerta, de acuerdo con el mecanismo previamente definido

- **Declaratoria de la alarma intrahospitalaria.**
- En caso de que se tenga como objetivo evaluar la atención prehospitalaria se iniciará el desplazamiento de ambulancias, personal de socorro y rescate y equipos al sitio del desastre.
- Inicio del proceso de clasificación y atención de víctimas.
- Instalación Puesto de Mando Unificado y Centro de Atención y Clasificación de heridos
- Transporte de lesionados al (los) hospital (es).
- Recepción y segunda clasificación de heridos en el hospital.
- Atención de víctimas del desastre, en las diversas áreas de expansión hospitalaria.
- Finalización del simulacro.
- Evaluación del simulacro.

Para los simulacros de emergencia interna se tendrán en cuenta:

- Declaración de la alerta y la alarma interna.
- Aviso a las organizaciones de socorro.
- Maniobras tendientes a controlar el evento origen de la emergencia si es del caso.
- Definición del tipo de evacuación: total o parcial
- Inicio de evacuación de las áreas involucradas
- Ubicación de los pacientes en las zonas de seguridad internas o externas.
- Instalación del centro de atención de los evacuados.
- Remisión de pacientes lesionados a otras instituciones, si la situación lo requiere.

- **Finalización del ejercicio.**

- **Regreso del personal, pacientes y visitantes a los lugares regulares donde iniciaron el ejercicio.**

4.1.2.3. Evaluación del Simulacro

En la evaluación del simulacro participan el grupo de observadores, el grupo de pacientes y los funcionarios de salud. Se emplean formularios diseñados para ser diligenciados por cada grupo de participantes; información que se deja por escrito. Contempla reunión con todo el personal para comentar experiencias, aclarar dudas y clarificar conceptos.

4.2. Evaluación Simulacros Servicio Seccional de Salud de Antioquia

4.2.1. Hospital Regional de Santa Fé de Antioquia:

Fecha del simulacro: Mayo 15 de 1990

Objetivos: Evaluar el plan hospitalario en situaciones de desastre del hospital regional San Juan de Dios y adiestrar al personal de salud.

- **Motivar a las autoridades civiles y de seguridad del Estado, para que asuman su compromiso y participen en la organización y manejo de las emergencias.**

- **Tipo de Emergencia:** Accidente de tránsito

- **Participantes:** Hubo muy buena participación de todo el personal hospitalario, y 40 observadores, los cuales visitaron las diferentes áreas del hospital.

- **Metodología:** Se organizaron 4 comisiones: de organización; de reclutamiento; de maquillaje de lesionados; y comisión social.

La evaluación fue realizada a través de un formato guía para cada grupo de: personal de salud, observadores y los lesionados.

Conclusiones Generales:

- Se estableció adecuada coordinación para el manejo de la situación por parte del Comité de Emergencias hospitalario.

La alarma institucional no se alcanzó a escuchar bien la primera vez, y en la segunda ocasión, se confunde con el sonido de la ambulancia.

- La señalización hospitalaria es inadecuada para un momento real.
- La respuesta hospitalaria fue oportuna y adecuada, con recurso humano suficiente
- Faltó coordinación entre conductores y camilleros para la remisión de los casos.
- Faltó coordinación y capacitación para el personal de mantenimiento.
- Hubo notoria ausencia de las autoridades civiles, que son los responsables de crear el Comité Local de Emergencias.
- Faltaron representantes de algunas instituciones (tránsito) y la no confirmación de su asistencia de otros invitados.
- El 50% del personal consideró que los lugares demarcados, eran adecuados.
- El 50% de los lesionados fueron clasificados en forma adecuada por el personal médico y de enfermería.
- Hubo dificultad en el manejo de las tarjetas de clasificación.
- Las zonas de expansión fueron adecuadas y bien acondicionadas en el momento.
- El sistema de información no fue oportuno, ni ágil en los registros.

- El ruido del alto parlante produce confusión y desorden.

- En ropería, nutrición, dietética y farmacia, hubo fallas, confusión y falta de dotación de cada una de estas áreas.

- Hubo buen entrenamiento e instrucción personal de salud en cuanto a su papel en el simulacro.

- La atención de heridos fue demorada y descoordinada.

- Hubo un trato brusco y deficiente en el transporte de los lesionados por parte de los camilleros.

- Hubo mayor compromiso y seriedad por parte del personal de enfermería.

4.2.2. Hospital Regional de Yarumal.

Fecha de simulacro: Junio 8 de 1990

Objetivos: Probar el plan hospitalario de emergencia del Hospital Regional de Yarumal.

Tipo de Emergencia: Accidente de tránsito

Participantes: Este simulacro, primero en la regional, contó con la presencia de médicos directores y personal de enfermería de las unidades locales del área regional, y con la participación de invitados especiales del nivel central y otras sedes regionales, así como la activa vinculación de los organismos de apoyo y rescate de la localidad (Defensa Civil; Cruz Roja; Scouts; Policía Tránsito y Comité Local de Emergencias); distribuidos en tres grupos así:

Observadores: Quienes rotaron por cada una de las áreas del plan de contingencia.

Participantes: Personas que conformaron a la

diferentes comisiones del simulacro, excepto la comisión de actores.

Lesionados: Constituida por la comisión de actores.

Metodología

El simulacro no contempló en su programación el establecimiento del puesto de mando unificado, triage in situ, ni atención periférica de víctimas, se probó la capacidad funcional hospitalaria en el aspecto de contingencia, rutas, reconocimiento de áreas, interpretación de la tarjeta de clasificación por parte de camilleros y operatividad de la central de información

Como actividades previas a la realización del simulacro, se establecieron 10 comisiones de trabajo, tales como: Recepción y guías, asistencial, promoción social, maquillaje, patinadores, camilleros, información, actores, refrigerio, y orden público. Se acordaron reuniones previas para unificar criterios, asignar funciones y brindar capacitación

El Comité Asistencial, no tenía conocimiento del tipo de emergencia o desastre, ni el número de pacientes que llegarían al hospital.

En la fase de emergencia, se utilizaron los sistemas de alerta verde y roja. La notificación, se coordinó extrainstitucionalmente con la Defensa Civil quien disparó los mecanismos de alerta para la preparación de las áreas de expansión. Se previó la atención de pacientes reales, por lo cual se dejaron áreas libres en urgencias partos y cirugía, se suspendió la consulta externa previo aviso a la comunidad. Así mismo, se les explicó a los pacientes hospitalizados, de la situación ficticia, para evitar temor y confusión entre éstos.

El simulacro se consideró en el plan I, por ser el evento que más se presenta en el hospital.

Se considera plan I, aquel que ocurre cuando el

personal asistencial está mínimamente reclutado, como es el caso de los fines de semana, situación que según la magnitud de la emergencia, obliga a activar el plan II, mediante la utilización de la cadena de llamadas.

Conclusiones Generales.

Se resalta el espíritu de apoyo y solidaridad de los jóvenes que conformaron los grupos de apoyo y rescate.

El 100% de los observadores conceptuó una excelente coordinación hospitalaria y entre los grupos de apoyo el 90% identificó el sistema de alerta, el 75% consideró personal insuficiente para la atención de la emergencia; 87% validó la respuesta interna del hospital pues fue oportuna, inmediata y muy eficiente la habilitación de las áreas y utilización de los registros adecuados.

- El 95%, conceptuaron que el recurso de camillas, era insuficiente para el transporte de lesionados, aún en un evento de tan pequeña magnitud (23 víctimas).
- Adecuada coordinación y participación interinstitucional, del Comité Local de Emergencias y los organismos de apoyo y rescate.
- Adecuada selección del tipo de emergencia como la de mayor frecuencia en la región.
- La información clara y oportuna a la comunidad y los pacientes hospitalizados.
- La excelente metodología de los guías que explicaban la función de cada área en el plan de emergencias.
- Consideraron que en el hospital la dotación de equipos y materiales para responder ante una emergencia, es insuficiente.

Finalmente, los actores hacen referencia a la buena información que recibieron para asumir

cada uno su papel en el libreto; destacaron la organización del simulacro y la importancia de estos planes con énfasis en la prevención y educación a la comunidad.

El 90% de éstos no tenía ninguna relación o vínculo con el hospital.

4.2.3. Hospital Regional San Juan de Dios de Rionegro

Fecha: Agosto 1º de 1990

Objetivo: Aplicar la cadena de socorro en la atención de la emergencia y la realización del triage intra y extrahospitalario.

Tipo de Emergencia: Estallido de dos bombas en el campo de fútbol Santander.

Participantes: Se contó con la participación de 77 personas procedentes de: Unidades de Salud Regional Oriente, S.S.S.A. Nivel Central, Facultad de Medicina U. de A.; Administración Municipal de Rionegro; y el ISS de Rionegro.

Metodología: Se realizó un seminario-taller de capacitación a todos los asistentes sobre el manejo y organización de las emergencias extrahospitalarias, y al final de éste, se hizo el simulacro.

Conclusiones Generales:

- Se presentó descoordinación en la información
- El equipo de avanzada fue el mismo de Camilleros; se hacía necesario la distribución de funciones.
- Se observó intranquilidad en el grupo de rescate.
- Las ambulancias no llegaron con personal que acompañara los lesionados.

- Faltó coordinación para el traslado de los heridos, principalmente los menos graves.

El simulacro permitió al personal de salud del hospital regional, detectar las fallas encontradas para hacer los correctivos que fueren del caso, y actualizarlo para ponerlo a prueba nuevamente.

- En el puesto de mando unificado, las decisiones fueron tomadas por el coordinador en forma unilateral, sin la participación de los demás miembros del mando.
- Se observó buena preparación, organización del trabajo y asignación correcta de funciones; se contó con buenos recursos.

4.2.4. Hospital Regional Cesar Uribe Piedrahíta. Cauca

Fecha: 14 de junio de 1990

Objetivo: Probar el plan de emergencias elaborado en la Sede Regional, su funcionalidad y la capacidad de respuesta de la institución.

Tipo de emergencia: Accidente de tránsito

Participantes: Se contó con la participación activa de todo el personal del hospital, Bomberos, Fuerzas Armadas, Cruz Roja Municipal, Policía Nacional. Tránsito municipal, representantes de algunas instituciones tales como: funcionarios de las unidades locales; Alcaldía Municipal, Concejo, Ecopetrol y Desarrollo de la Comunidad. Se conformaron tres grupos: lesionados, observadores y el personal de atención a las víctimas. En el grupo de los lesionados, participaron 26 jóvenes entre estudiantes; brigadistas y voluntarios de la Cruz roja en el papel de lesionados.

Los observadores lo conformaron los invitados de las unidades locales, Administración Municipal, Ecopetrol, representantes de la Seguridad del Estado y algunos funcionarios de la regional Cruz Roja y Bomberos.

El grupo de atención, lo conformó el personal de salud del hospital quienes participaron en la coordinación y atención de los lesionados dentro de las instalaciones hospitalarias.

Metodología: En la etapa previa al simulacro, se capacitó todo el personal del hospital y se establecieron tres subcomisiones: De información, de maquillaje de lesionados, y de coordinación de grupo de observadores. Igualmente, se conformó un puesto de mando unificado.

Conclusiones Generales:

Basados en la aplicación de una encuesta a cada uno de los grupos participantes, se encontró que:

- El 96% conceptúa que se recibió buena atención médica; recibió apoyo emocional, el 83%.
- El 92%, observó coordinación para el manejo de la situación por parte del Comité Hospitalario de Emergencia.
- El 86% consideraron que la señalización provisional del hospital, fue adecuada.
- El 85% consideraron adecuada la capacidad de respuesta del hospital y la actitud del personal frente a la situación.
- El 74% consideró insuficiente el recurso humano para la atención y la mayoría consideró insuficiente el recurso material (camillas, equipo médico, manómetros para oxígeno).
- El 83% consideró adecuado el mecanismo para dar la voz de alarma.
- El 82% observó buena coordinación de las actividades con el COE.
- Según la adecuación de las áreas de expansión, más del 94% consideraron adecuadas las

áreas de triage, y las zonas verde, roja, amarilla, negra y blanca.

- El 86% consideró que hubo acierto en la clasificación de los heridos.

4.2.5 Hospital Regional de Bolívar.

Fecha del simulacro: 6 de septiembre de 1990

Objetivo: Probar el plan hospitalario de Emergencia del Hospital Regional de Bolívar.

Tipo de Emergencia: Accidente de Tránsito

Participantes: Todo el personal de salud asistente a la reunión regional, quienes participaron como observadores y se les dividió por grupos, para desarrollar una guía de evaluación del simulacro.

Los estudiantes de la unidad docente, participaron como lesionados.

Metodología: El simulacro fue realizado como parte de la reunión regional en la cual participaron los médicos directores, de todas las unidades locales, odontólogos, enfermeras y los bacteriólogos.

Se proporcionó capacitación en plan hospitalario de emergencias, a todos los funcionarios del hospital y se les asignaron funciones específicas a desarrollar dentro del plan. Algunas secciones del hospital, no participaron en el simulacro por su inestabilidad dentro de la institución (Ej: optometría).

Conclusiones Generales:

- Faltó claridad en la voz de alerta; no se escuchó en algunos servicios del hospital por falta de alto parlantes.
- Faltó capacidad de liderazgo y coordinación

en el servicio de urgencias para organizar la atención y remisión de los lesionados, lo cual generó confusión y contradicción de órdenes.

- Hubo personal insuficiente de camilleros para el transporte de lesionados a los diferentes servicios y de éstos, a las ambulancias en caso de remisiones

- Insuficiente dotación de equipos y material médico-quirúrgicos, tales como: tensiómetros, fonendoscopios, equipos de resucitación, etc

Recomendaciones Generales.

Las recomendaciones generales de los simulacros fueron

- Actuar con más calma y organización.

- Procurar una atención rápida y oportuna, según el tipo de lesionados

- Mayor cuidado y delicadeza en el transporte y movilización de los heridos, ya que en este aspecto hubo deficiencias.

- Incluir en el área de cuidados mínimos, personal de apoyo espiritual, que aunque se tuvo en cuenta en el plan, no hubo quien se responsabilizara de este aspecto.

- En el manejo de las tarjetas, se recomienda su adecuada utilización, según las normas establecidas (Recortar hasta el color correspondiente a la clasificación elegida, según el caso).

- Se debe asesorar, capacitar y reforzar el aspecto de primeros auxilios a todo el personal que tenga que manipular los lesionados (camilleros, conductores de ambulancia, equipo de apoyo, etc.).

- Debe darse instrucciones más precisas al

personal de las instituciones de apoyo (policía, scouts,).

- Incluir curiosos, borrachos, niños e histéricos para evaluar el control en cada caso.

- Colocar una persona responsable de coordinar la recepción de los pacientes que realmente demanden servicios de urgencias, en el momento del simulacro.

- Es necesario mayor coordinación en la solicitud de recursos, teniendo en cuenta su disponibilidad (camillas, transporte, etc.).

- El coordinador del transporte, debe tener en cuenta el destino de las ambulancias.

- Mejorar los aspectos de pedidos en cuanto a droga, raciones de comida y dotación de ropa.

- La alarma debe ser un sonido específico, reconocido por todo el personal y que no se preste a confusión.

- En algunos hospitales, es necesario acondicionar el sistema de parlantes para la comunicación

- Coordinar mejor la información, que sea oportuna y real

- En la señalización, tener en cuenta que algunos hospitales serán remodelados; por lo tanto las señalizaciones actuales son provisionales.

- Debe existir en el personal de salud de algunos hospitales, mayor compromiso y seriedad en este tipo de actividades.

- Se hace necesario definir:

Áreas de pacientes post-quirúrgicos.

- Ubicación de los porteros en sitios estratégicos, para el control de curiosos.

- Realizar los simulacros de las unidades locales, y determinar las fallas en su desarrollo, para hacer los ajustes pertinentes.

- En aquellos hospitales donde no haya participado el Comité Municipal de Emergencias, se sugiere repetirlo nuevamente involucrando a este y a todas las entidades de su competencia. (Organismos de socorro y rescate).

La evaluación presentada de los simulacros fue extractada de los siguientes informes:

- "Curso de capacitación y simulacro de emergencias" realizado en Rionegro el 30-31 de julio y 1º de agosto de 1990. Por Zulma del Campo Tabares M. Epidemióloga Regional Oriente. Rionegro.

- "Evaluación del simulacro de emergencias externas", realizado el 8 de junio de 1990. Por Orlando Montoya M. Epidemiólogo Regional La Meseta. Yarumal.

- Acta del Comité de Vigilancia Epidemiológica Hospital San Juan de Dios de Santa Fé de Antioquia, donde se anexa la evaluación del simulacro del 15 de mayo de 1990. Por Luz Mariela Ochoa Epidemióloga Regional Occidente Santa Fé de Antioquia

- Informe de "Evaluación del simulacro de Emergencia del Hospital Regional César Uribe Piedrahíta" realizado el 14 de junio de 1990. Epidemióloga Margarita Rosa Giraldo Regional Bajo Cauca. Cauca. Antioquia.

- Evaluación Simulacro de Emergencia Externa. Septiembre 6 de 1990. Por Rosa Elena Restrepo Correa Epidemióloga Regional Sucre.

5. El Laboratorio y la Vigilancia Epidemiológica

5.1 CLASIFICACION MORFOLOGICA DE LAS ANEMIAS. SEGUNDA PARTE. ESTUDIO DE LAS ANEMIAS MICROCITICAS

Campuzano M. Germán*

A todo paciente que se le detecte anemia, por "insignificante" que ésta parezca, está plenamente justificado realizar el estudio completo para llegar a una adecuada clasificación etiológica y así poder establecer el tratamiento y correctivos específicos; en ningún momento se debe administrar un tratamiento empírico, con el cual no sólo se pierde tiempo precioso en el diagnóstico, sino que se retrasa el tratamiento adecuado, cambiando en algunas oportunidades el pronóstico.

Las anemias microcíticas corresponden a un grupo de anemias caracterizadas por presentar un promedio volumen corpuscular (PVC) inferior a 80 fl (PVC normal: 80 a 100 fl). Las anemias microcíticas pueden ser clasificadas morfológicamente de acuerdo al promedio de hemoglobina corpuscular media (PCHC normal: 32 a 36%) como microcíticas normocrómicas cuando el PCHC está normal o hipocrómicas cuando éste está bajo, o de acuerdo al ancho de distribución de los eritrocitos (ADE normal: 11.5 a 15.1%), parámetro exclusivo del hemograma de tercera generación, en homogéneas cuando el ADE es normal o heterogéneas cuando está elevado.

Al comparar las dos clasificaciones morfológicas, la segunda presenta una mayor confiabilidad desde el punto de vista tecnológico y divide en una forma más racional los síndromes anémicos. Tiene como limitación el depender de un hemograma electrónico o de tercera generación, no

Médico Hematólogo Director, Laboratorio Clínico Hematológico, Medellín