

**SISTEMA DE ACOPIO DE INFORMACION
Y REGISTRO EPIDEMIOLOGICO EN
SITUACIONES DE EMERGENCIA**

POR:

MARTA LIGIA ECHEVERRI U.

Magister en Salud Pública y Especialista
en Epidemiología Universidad de Antioquia
Jefe Oficina de Epidemiología Servicio
Seccional de Salud Antioquia.

SISTEMA DE ACOPIO DE INFORMACION Y REGISTRO EPIDEMIOLOGICO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

"Los datos oportunos serán la base institucional para medir las acciones que se ejecutan y que permiten evaluar en un determinado momento su desarrollo tecnológico".

Objetivos

1. Cuantificar y cualificar los daños sobre la salud consecuentes a desastres de origen natural o causados por el hombre durante la fase de impacto.
2. Apoyar los planes institucionales orientando la toma de decisiones administrativas.
3. Identificar las enfermedades que de acuerdo a los factores de riesgo derivados de cada tipo de desastre, serían objeto de una vigilancia estricta en las fases de emergencia y rehabilitación.
4. Evaluar el impacto de las acciones en salud y servir de base para el ajuste de los planes de previsión en atención de emergencias.

Al igual que el resto de los elementos que constituyen el plan para atender una emergencia, la vigilancia epidemiológica entendida como información "para la acción" debe ser establecida como un programa habitual de los organismos de salud de tal manera que basados en la morbilidad preexistente, la susceptibilidad y los riesgos de la población afectada, se puedan predecir los efectos de los desastres y se orienten las intervenciones sobre el ambiente y las personas.

La recolección de los datos debe ser precedida de una selección

cuidadosa, de cuales enfermedades o condiciones serán objeto de vigilancia y análisis, precisando quién hará la recolección, como (instrumento) y con qué frecuencia. Deberá evitarse la recolección de datos superfluos o aquellos para los cuales no se ha previsto una utilización específica.

Registros de vigilancia epidemiológica durante un desastre:

La vigilancia epidemiológica durante un desastre tiene dos fases: en el momento del impacto y en la fase de emergencia (posterior). La fase de impacto dependerá del tipo de desastre y podrá variar desde unas horas hasta días; en esta fase las Unidades de Salud se constituyen en el centro de atención a donde concurren heridos, muertos y familiares. Se requiere entonces disponer de un instrumento que sirva de base para la programación de la atención médica en los comités operativos de emergencia, la definición de actividades de vigilancia epidemiológica y la información a la comunidad y a los medios de comunicación; tanto en el área in situ como en las unidades hospitalarias debe constituirse una central de información, que en coordinación con el comité de emergencia institucional y el comité operativo de emergencia canalice y suministre la información a los diferentes estamentos.

Este proceso se inicia desde el área in situ con los siguientes registros:

1. Tarjeta de clasificación y remisión de pacientes: La cual permite la identificación de las víctimas, la evaluación inicial de su estado general y lesiones, la prioridad en la atención y el tratamiento inmediato. Se coloca al paciente en el momento del triaje y sólo podrá ser retirada cuando se produce su egreso de las áreas de expansión: cuidados intensivos, cuidados intermedios, cuidados menores o morgue. Debe ser diligenciada por médicos, enfermeras o personal de socorro o rescate, previamente entrenado (Anexo Nro.1).
2. Registro colectivo de atención de pacientes en masa: Permite

cuantificar y cualificar en forma rápida el número y características de las víctimas, comprende los datos e identificación (nombre, edad, sexo, documento de identidad o señales particulares que permitan la identificación posterior de algunos NN) y algunas variables útiles para la atención médica, la vigilancia epidemiológica y la información al público, tales como: tipo de lesión, conducta con los pacientes (hospitalización dentro de la institución, remisión a otra institución, pacientes dados de alta o fallecido). Debe ser diligenciado por duplicado y por personal previamente adiestrado cuya función específica será ésta y basarse en las tarjetas de clasificación (Anexo 2).

3. Registro de personas desaparecidas: con el fin de facilitar la posterior búsqueda e identificación de personas extraviadas, en los centros de información se tomarán los datos básicos que suministre inicialmente quien solicite su búsqueda. Esta información será remitida al comité de Protección Social o a la institución que en la comunidad tenga a su cargo estas actividades (Anexo 3).
4. Movimiento de ambulancias: Con el objeto de racionalizar y optimizar el recurso, el asistente administrativo o quien haga sus veces llevará un record del desplazamiento de los vehículos, incluyendo horas de salida y llegada, distancia recorrida y destino (Anexo 4).

En las Unidades de Salud, además de los registros anteriores, deberá producirse información que oriente permanentemente la planeación de las acciones del comité operativo de emergencias (C.O.E.). Durante la fase de impacto, las instituciones hospitalarias informarán al C.O.E. cada dos horas:

- Disponibilidad de camas pediátricas y de adultos
- Disponibilidad de quirófanos
- Necesidades de suministros médicos y medicamentos
- Necesidad de recurso humano adiestrado

- Envío de la copia del Registro Colectivo de atención de pacientes en masa.

Para la evaluación y tratamiento de los pacientes que requieran internación, se utilizarán los registros empleados en la institución para tal fin.

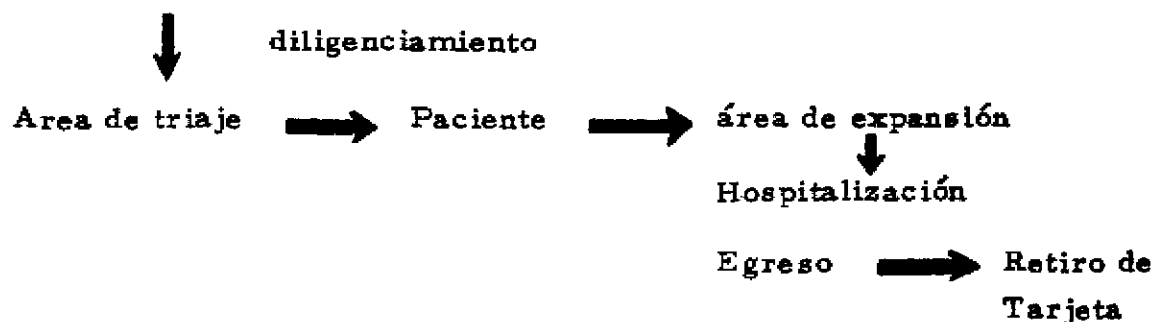
Una vez finalizada la fase de impacto, se debe intensificar la vigilancia epidemiológica de las entidades o patologías de un mayor riesgo de ocurrencia, riesgo determinado por el comportamiento epidemiológico previo a la emergencia y por las consecuencias esperadas de acuerdo al tipo de desastre ocurrido.

Si el proceso de vigilancia es realizado directamente por los equipos de salud, se utilizará las formas habituales; cuando la comunidad participa activamente en la captación de los casos, se le suministrará por ello un registro basado en la detección rápida de signos y síntomas, registro que debe ser elaborado también por la promotora de salud donde existe este recurso, estableciendo un canal permanente de comunicación con los servicios de salud.

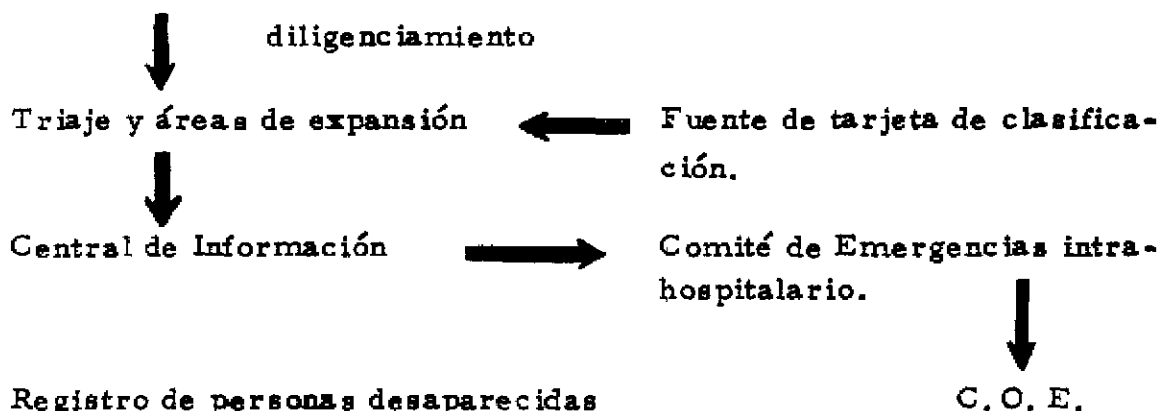
La intensificación de la vigilancia epidemiológica, debe conducir a la aplicación oportuna de las medidas de prevención y control de los problemas de salud que pueden presentarse con posterioridad a un desastre.

A continuación se presenta el flujograma que sigue el proceso de información:

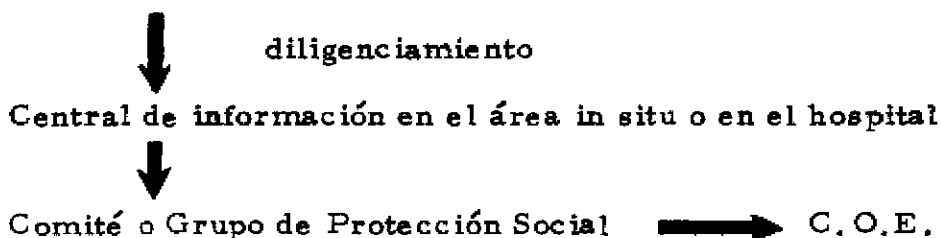
1. Tarjeta de clasificación



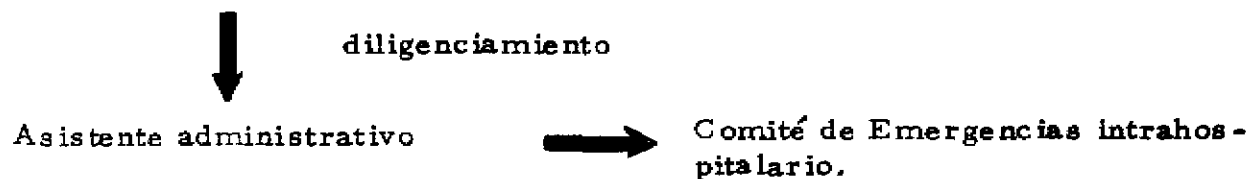
2. Registro colectivo de atención de pacientes



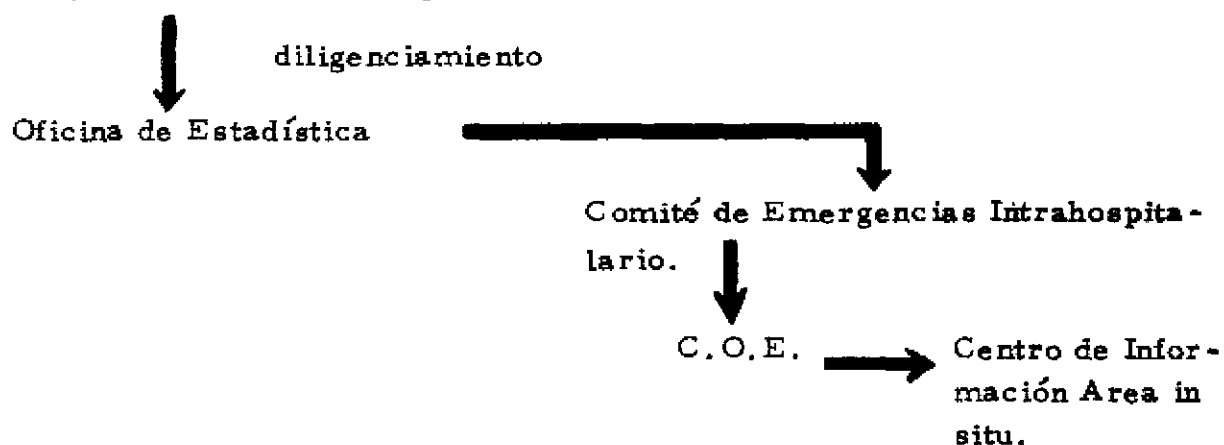
3. Registro de personas desaparecidas



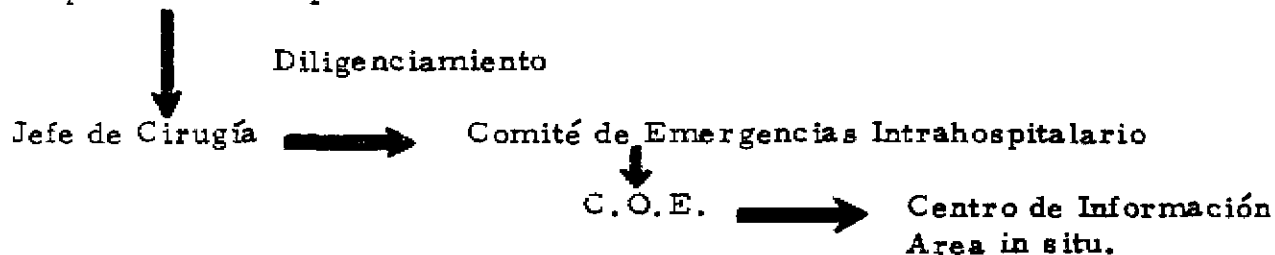
4. Movimiento de ambulancias



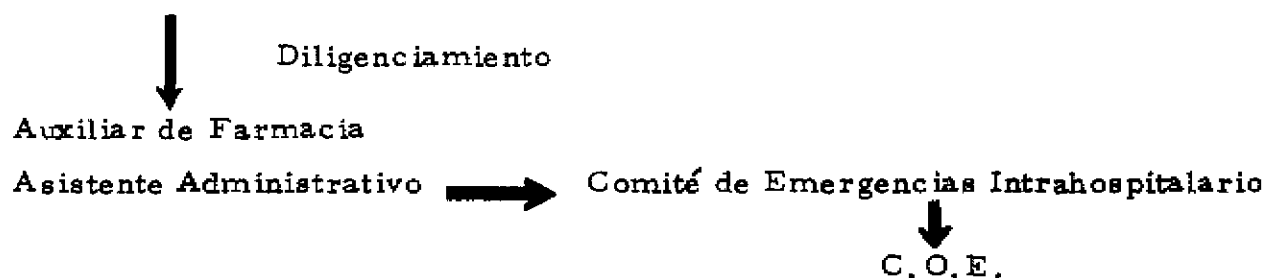
5. Disponibilidad de camas pediátricas y de adultos



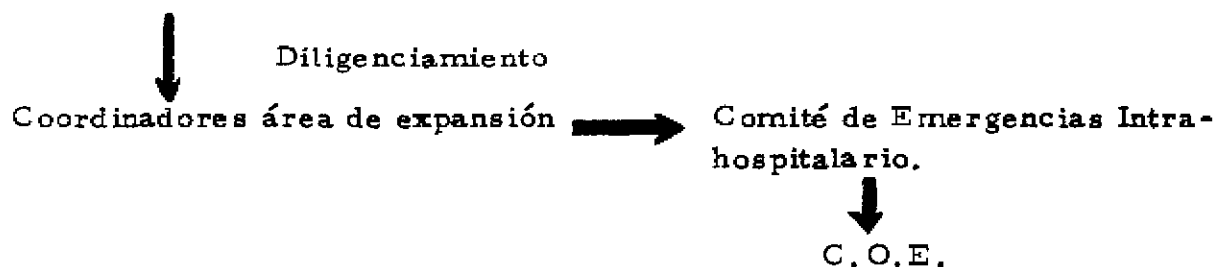
6. Disponibilidad de quirófanos



7. Necesidades de suministros médicos y medicamentos



8. Necesidades de recurso humano



ANEXO 1

TARJETA DE CLASIFICACION Y REMISION DE PACIENTES

TARJETA DE CLASIFICACION Y REMISION

NO DEBE RETIRARSE DEL PACIENTE HASTA
TANTO NO SE PRODUZCA EL EGRESO.

Nº. DE REGISTRO _____

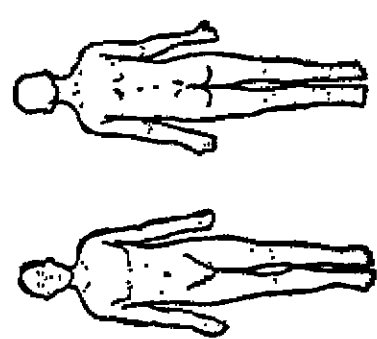
FECHA _____ HORA _____

NOMBRE _____

SITIO DEL DESASTRE _____

MEDICO CLASIFICADOR _____

SERVICIO REQUERIDO			Remisión a:
Cuidados Intensivos	Cuidado Intermed.	Cuidados Menores	Via de Salida Aerea Terrestre
Cuidados Mínimos	Morque	Otros	

DAÑO	LOCALIZACION DEL DAÑO
Vascular	
Encefalico	
Abdominal	
Muscular	
Esquelético	
Medular	
Org. de los Sentidos	
Respiratorio	
Quemadura	
Intoxicación	
Parto	
Poli-traumatizado	
Palquiátrico	ORDENES
SIGNOS VITALES Respiración _____ Presión arterial _____ Pulso _____	
TRATAMIENTO INMEDIATO	

ANEXO 2

REGISTRO COLECTIVO DE ATENCION DE PACIENTES EN MASAS

INSTITUCION

FD-302a

HOJA N°

[illegible]

ANEXO 3

REGISTRO DE PERSONAS DESAPARECIDAS

Centro de Información _____ Fecha _____ Hoja No. _____

Extraviado Nombre completo	Documento de identidad	Señales particu- la- res	Edad	Sexo	Solicitante	
					Nombre completo	Teléfono

ANEXO 4

MOVIMIENTO DE AMBULANCIAS

Organismo

Hoja No.

S A L I D A					REGRESO	
Fecha y Hora	Conductor	Placa	Kilomet.	Destino	Hora	Kilómet.

Kilometraje	Galones	Valor

BIBLIOGRAFIA

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD, Atención de Emergencias en el Sector Salud, Dirección de Atención Médica Plan Nacional de Desastres Sector Salud 1982.

FLOREZ J., GONZALEZ G., MAZUERA M. E. Manual para la toma de decisiones. Vigilancia Epidemiológica en caso de Desastre. Universidad de Antioquia. Facultad de Salud Pública, 1986 Medellín, Colombia.

COMITE INTERINSTITUCIONAL METROPOLITANO DEL SECTOR SALUD "CIMSS". Plan Operativo para la Atención de Salud con motivo de S.S. Juan Pablo II, Medellín Colombia, Julio 1986.

CANO T. Orlando., Información Estadística en Salud frente al Desastre Sección de Información S.S.S.A. Medellín, Marzo 1986.