Texto traducido por la Unidad de
Acción Sanitaria y de Consumo.

Madrid, Octubre de 1.986

I N T R O D U C C I O N

=====

Uno de los más grandes desastres históricos en tiempo de paz, fue el terremoto de Tokio en Septiembre de 1.973, que con sus incendios, corrimientos de tierras y maremotos acompañantes, arrebató la vida de -- 140.000 personas e hirió a otras 104.000.

Terremotos, tornados, huracanes, explosiones, fuegos, accidentes de transporte y otras catástrofes, golpean nuestras comunidades en desarrollo con enorme frecuencia, y esa amenaza de catástrofes de guerra - sigue siendo un hecho a considerar.

Con el reconocimiento creciente de las catástrofes potenciales en todas las comunidades, los Hospitales Canadienses y sus comunidades - tienen una responsabilidad definida para asegurar que están preparados - para actuar en situaciones catastróficas o de emergencia.

Este manual ha sido preparado por los Servicios de Urgencia y Departamento Nacional de Salud y Bienestar como guía para ayudar a los - hospitales a prepararse para los muchos tipos de catástrofes que pueden ocurrir. El texto representa una revisión del Manual de Planificación de Emergencia Hospitalaria desarrollado en 1.964.

Además, se ha incluido cierto material para reflejar nuestra - preocupación con respecto a la variedad de riesgos y situaciones de emergencia en las Comunidades Canadienses que tienen un impacto potencial en los medios sanitarios y los recursos.

El manual representa los esfuerzos combinados de los Servicios de Salud para emergencias Federales y Provinciales, Servicios de Bienestar y Emergencias, Real Policia Montada del Canadá, Consejo Canadiense - de Acreditación de Hospitales y otros organismos que han contribuido - en su contenido. Ha sido revisado atentamente por la Conferencia de Servicios de Salud y Emergencias Federales/ Provinciales y por el Consejo - Consultivo de los Servicios de Salud y Emergencias Federales/Provinciales.

MANUAL DE PLANIFICACION DE EMERGENCIA HOSPITALARIA.EDICION REVISADA.

El propósito de este manual es proporcionar una guía para ayudar a los hospitales a prepararse ante los muchos tipos de emergencia que pueden asumir en cualquier comunidad.

El reconocimiento ó la toma de conciencia sobre la necesidad -- de una planificación para emergencias ha llegado a ser más evidente por que las mejores comunicaciones nos han proporcionado más conocimientos- y comprensión de los riesgos potenciales.

Hemos asumido que el lector de este manual esté ya suficientemen- te motivado para actuar en la creencia de que es esencial tener un plan integrado de emergencias en su hospital. No es necesario, por tanto, - emplear esfuerzo y espacio en este manual enfatizando esta necesidad.

Muchos hospitales tienen ya hechos planes para emergencias inter- nas o emergencias menores fuera del hospital. Pocos hospitales, sin em- bargo, tienen su plan coordinado con otros hospitales y/o organismos en la comunidad.

Es necesario también considerar el desarrollo de los planes de - emergencia hospitalaria que reflejan la posición del hospital en rela- ción con el plan comunitario conjunto. Esta guía, semejante a un plan - de emergencias, no puede intentar cubrir todas las eventualidades.

Se revisan todos los importantes factores que requieren conside- ración y esto sugiere un acercamiento práctico más que una profundiza- ción en el tema.

CONTENIDOSSección

- 1 - Principios generales del plan.
- 2 - Requerimientos de acreditación.
- 3 - Plan Hospitalario
- 4 - Plan-Guía para Hospitales pequeños.
- 5 - Guía para un Plan de Emergencia en Hospitales Psiquiatricos
- 6 - Plan comunitario.
- 7 - Protección contra Accidentes Radiactivos.

Apendices

- A - Datos en la Unidad Médica de Emergencia.
- B - Obtención de datos de los Bancos de Datos.
- C - Areas de almacenamiento para Unidades Médicas pre-dispues- tas en pre-alarma.

Apendices

- D - Descontaminación después de un accidente radiactivo.
- E - Niveles de exposición a radiación Gamma.
- F - Listado sobre el nivel de preparación de la comunidad.
- G - Líneas básicas de un Plan de Emergencia Hospitalaria.
- H - Diagrama de la Comisión de Control.
- I - Informe sobre la situación de desastre.
- J - Documento (Pase) de Identificación de Emergencia.
- K - Identificación de cadáveres.
- L - Áreas funcionales.
- M - Glosario de términos.

SECCION 1.

PRINCIPIOS GENERALES DE PLANIFICACION.

1. Al considerar la responsabilidad del Hospital o de la comunidad - en una emergencia, hay que asumir la necesidad de un cierto grado de preparación previa. Se han establecido unos principios que podrían ser aplicados en cualquier esfera y que son presentados en - este Manual tanto en relación con la planificación de la emergencia hospitalaria como comunitaria.
2. Estos principios generales son los siguientes:
 - a) Los planes, una vez preparados, deben ser recogidos y puestos a disposición de todas las personas que puedan estar implicadas en la puesta en marcha del plan.
 - b) Los planes deben ser pensados sólo después de considerar todas las influencias que pueden exigir una modificación al afrontar las situaciones inhabituales ocasionadas por la propia puesta en práctica del plan. Se sugiere que los planes de emergencia sean diseñados para permitir un alto grado de flexibilidad en - el supuesto de que pueden aparecer una gran variedad de situaciones de emergencia.
 - c) En el desarrollo de un plan han de ser buscadas las mejores - sugerencias posibles . En el plan de emergencia hospitalaria, - esto debe incluir la consulta y estudio con el "staff" médico - el "staff" de enfermería y los servicios de apoyo similares dentro del hospital, los servicios de Urgencia Sanitaria, la organización comunitaria en cuanto a medidas de emergencia y las - competencias de otras Instituciones sanitarias.
 - d) El plan debe ser diseñado para alcanzar un objetivo y hay que tener cuidado para limitar ese objetivo poniendo en la balanza dos aspectos, las necesidades probables o demanda y los medios que tenemos a nuestra disposición o que pueden ser movilizables.

Es importante que los planes de emergencia tengan en cuenta - un flujo tridireccional de apoyo y asistencia. El Hospital o la comunidad debe establecer conexiones con otros hospitales y comunidades para proporcionarles apoyo y asistencia, de forma similar debe organizarse para poder recibir ese apoyo.

- e) Los planes deben ser suficientemente flexibles para hacer - frente a un conjunto de situaciones de la manera más apropiada. Algunos de estos retos pueden surgir de la propia extensión de la emergencia, de la pérdida de personal clave, apoyo y ayudas.
- f) Los planes sólo deben ser puestos en marcha cuando es necesario y si la autoridad responsable proporciona las adecuadas - ayudas y recursos para que puedan ser cumplidas las tareas - asignadas.
- g) Para que un plan sea eficaz debe prever la asignación de autoridad y responsabilidad dentro de una apropiada organización jerárquica. En el caso de planificación de emergencia deben - quedar claramente definidas las responsabilidades cuando el - plan haya de ponerse en marcha.

SECCION 2.

Requerimientos de acreditación.

El siguiente extracto relacionado con los Requerimientos de Acreditación es reproducido con el permiso del Consejo Canadiense para la Acreditación Hospitalaria.

"STANDARD V" (NORMA V)

El Hospital debe poseer planes escritos para una adecuada y oportuna atención de las situaciones, tanto de desastres internos como externos, tales planes deben realizarse en conexión con la adecuada institución provincial, y en revisarse periódicamente.

INTERPRETACION

El servicio Sanitario de Urgencia es habitualmente la institución apropiada con la que el plan de desastre debe coordinarse. La coordinación con este servicio o, en caso de que no exista, con la autoridad designada para este mismo propósito debe asegurar que la institución este perfectamente informada de la planificación de desastre hospitalario y de los recursos existentes en la provincia (debe facilitar) , proporcionará una oportunidad para revisión, comentario y consejo de expertos, estimulará la consulta y discusión que de lugar a una mejor coordinación de los esfuerzos, incluyendo la más efectiva distribución de los elementos de auxilio para situaciones de desastre.

Plan externo de desastre.

Para cumplir sus responsabilidades de cuidados de urgencia en el momento de un desastre el hospital debe desarrollar un plan de desastres basado en su propia capacidad. El nivel de capacidad de un hospital puede oscilar desde la simple provisión de un primer auxilio a la preparación de accidentados para ser trasladados a otro sitio y a la administración de cuidados definitivos.

El plan de desastre debe ser desarrollado en conjunto con - otras organizaciones Centros de urgencia en la comunidad, de manera que las adecuadas provisiones logísticas, permitan la expansión de las actividades del hospital en coordinación con las actividades de estos Centros.

La planificación debería incluir la consulta con las autoridades civiles locales y con los representantes de otros organismos e instituciones médicos, en orden a establecer una cadena eficaz de mando y realizar una provisión jurisdiccional apropiada. Tal planeamiento debe dar lugar a un "triage" en el lugar del desastre y a una distribución de los pacientes que haga más eficaz el uso de los centros y servicios disponibles.

El plan de desastre debe ser ensayado al menos una vez al año, preferentemente como de un simulacro coordinado en el que participan también otros servicios de urgencia comunitarios. Las simulaciones deben ser realistas, deben incluir el "staff" médico, al administrativo, al de enfermería y al resto del personal hospitalario. La evacuación actual de pacientes durante el simulacro es opcional. Debe hacerse un informe por escrito y una evaluación de todos los simulacros.

El Plan de desastres debe proveer dentro del hospital de:

- Acceso a los útiles y suministros adecuados, incluyendo gas, agua, comida y material esencial médico y de apoyo.
- Un sistema eficaz de notificación y de asignación de personal.
- Mando médico unificado
- Conversión de todo el espacio utilizable en áreas claramente definidas para el eficaz "triage" para la observación de pacientes y para las unidades inmediatas.
- Rápido traslado, cuando sea necesario y después de haber sido prestados los servicios médicos y quirúrgicos preliminares, a las organizaciones constituciones más apropiadas para la administración de la atención definitiva.
- Una historia médica especial para situaciones de desastre, tal como una etiqueta especialmente diseñada que acompaña al accidentado cuando este es trasladado.

- Procedimientos para la precoz alta o traslado de los pacientes hospitalarios que puedan ser movilizados sin riesgo.
- Sistemas de seguridad para mantener alejados a curiosos y familiares del area de triage, así como para proteger edificio y personal de acciones hostiles.
- Pre-establecimiento de un centro de información y asignación como relaciones públicas a la persona/s cualificada. Un acuerdo anticipado con los medios de comunicación ayudará a proporcionar una difusión adecuada de la información.

El hospital tiene la responsabilidad de informar a la comunidad de su potencial y de sus limitaciones en caso de un desastre comunitario o la capacidad de los recursos de cada hospital debe ponerse en conocimiento de la policia local, grupos de rescate y equipos de ambulancias.

Plan interno de catástrofes:

El hospital debería asegurar que posee mecanismos de protección contra el fuego, bien provinientes de los departamentos locales - contra incendios o proporcionados por su propia protección contra fuego. Los sistemas de alarma contra incendios, manuales automáticos, deberán tener línea directa con los circuitos municipales o conexión, bien con una estación periférica o con una estación central, así como estar catalogados conforme a los servicios de Re-Inspección de las Compañías de Seguros del Canada.

Los planes internos de Catástrofes contra incendios, incluyendo procedimientos de evacuación, deberían ser desarrollados con la participación de expertos cualificados en incendios, seguridad, otras materias apropiadas.

Entre las medidas a tomar deberían estar:

- Planes para asignar al personal tareas y responsabilidades específicas.
- Instrucciones referentes al uso de las señales y sistemas de alarma.
- Información concerniente a la ubicación de los equipos para combatir el fuego.
- Información concerniente a los métodos de control de incendios.
- Sistemas para la notificación a las personas apropiadas.
- Especificación de los procedimientos y rutas de evacuación y otras disposiciones que aconseje la situación local.

Estos planes deben ponerse a disposición de todo el personal hospitalario y colocarse por todo el hospital.

Incendios, catástrofes internas y ejercicios de evacuación - deben ser realizados al menos trimestralmente, cuando exista traslado de personal hospitalario y bajo distintas condiciones en orden a:

- Asegurar que todo el personal, en todos los turnos de servicio, esté entrenado para realizar las tareas asignadas.
- Asegurar que el personal, al completo, en todos los turnos de servicio, esté familiarizado con el uso y manejo de los equipos contra incendios en el hospital.
- Evaluar la efectividad del plan. Actualmente la evacuación de los pacientes a áreas de seguridad durante un simulacro de evacuación es opcional. Debería hacerse un informe por escrito y una evaluación de todos los entrenamientos.

SECCION 3.

PLANIFICACION SANITARIA

Generalidades

1. Se puede decir que, para un hospital, existe una emergencia o catástrofe, cuando los métodos ordinarios y los recursos existentes no -- pueden hacer frente a las necesidades inmediatas. Bajo todas circunstancias, los métodos ordinarios deben abandonarse y los recursos reagrupados para aumentar la capacidad del hospital para prestar asistencia. Este es el fundamento de los planes de emergencia o de catástrofe.
2. En un plan de emergencias debe tenerse en consideración, tanto las - emergencias externas como las internas. Las emergencias externas pueden alcanzar desde accidentes menores a otros de extrema magnitud. Muchos factores, tales como el número, tipo de severidad de los daños, determinarán qué extensión del plan se debe realizar.

Algunas emergencias externas, dependiendo de su severidad, requerirán la evacuación de algunos pacientes convalecientes en orden a aumentar la capacidad del hospital y crear camas literas para las víctimas.

3. Aunque se acepta que muchos tipos de emergencias pueden surgir dentro de un hospital, un plan para emergencias internas se orienta en primer lugar a la necesidad de actuar inmediatamente en caso de incendio.

Los planes para emergencias internas (incendios) deben ser realizados y acreditados por el Comisionado provincial contra Incendios.

Es responsabilidad de cada empleado del Hospital estar constantemente alerta ante las circunstancias que pueden causar incendio o explosión.

Cuando se descubre fuego, las acciones que se lleven a cabo durante los primeros minutos marcan la diferencia entre el control y la catástrofe.

4. Es responsabilidad del hospital mantener un programa de entrenamiento y formación continua para asegurar que se realizará una actuación precoz y correcta en caso de una emergencia.

ETAPAS EN LA PLANIFICACION

a) Objetivo del plan.

La primera etapa en la planificación es definir clara y concisamente el objetivo del plan.

El objetivo y la envergadura de los planes hospitalarios deben ser fijados por las autoridades del hospital en base a la capacidad de tratamiento de la institución.

La ausencia de una definición clara o un fallo en el recuerdo constante del objetivo, llevaría con toda seguridad a planear un trabajo innecesario e incluso le desviaría importantemente de su propio sitio.

b) Factores.

La siguiente etapa es considerar por orden todos los factores que pueden afectar la consecución del objetivo y elaborar una deducción lógica sobre las conclusiones de cada consideración.

Cuando todos los factores relevantes han sido considerados, una revisión del sumario de las deducciones conduciría fácilmente a la siguiente etapa de la planificación.

Los principales factores a considerar en un plan de emergencia hospitalaria son:

- i) Riesgos: Un completo examen de los riesgos más probables en el hospital, la comunidad y las ciudades cercanas deberían determinar la estructura del plan de emergencia hospitalaria.
- ii) Recursos: Recursos en forma de personal de plantilla (staff), equipos, alojamientos y medios existentes en la comunidad que podrían ser utilizables en coordinación con otras autoridades.
- iii) Comunicaciones: Teniendo en cuenta los riesgos más probables y el estado de las comunicaciones locales, debería determinarse en la fase de planificación, si es o no necesario, reforzar las

comunicaciones de modo que el hospital pueda recibir aviso oportuno de un incidente y de su extensión.

Dentro del hospital, el administrador o su suplente, son - los responsables de declarar oficialmente la existencia y extensión de la emergencia en orden a activar el plan.

Deben cursarse las disposiciones oportunas para hacer reforzar el hospital al personal de "staff" libre de servicio y proveer las comunicaciones entre el hospital y el lugar de la emergencia.

En suma, debería ser incluido en el plan, un Centro de Información para orientar las preguntas de la prensa, medios de comunicación y las relativas a las víctimas.

- i.v) Atención al paciente: Debe hacerse una consideración sobre las necesidades de los accidentados, los pacientes existentes, los - enfermos locales y los heridos. El tipo de accidentados dependerá de la emergencia particular. Pueden ser predominantemente de un tipo o pueden sufrir "stress complejos" a causa de otras lesiones o los efectos de un entorno adverso tales como frío, calor, radiación, hambre, agotamiento.

Es necesario también considerar la estandarización del tratamiento (ver pag.) la organización de Equipos especiales de tratamiento.

También hay que considerar la repercusión que tiene la recepción de los accidentados en el hospital y las normales relaciones médico-paciente.

La duración y el impacto de los distintos tipos de emergencias potenciales debería ser estudiada en orden a determinar el - efecto en el hospital y en las instituciones que se ocupan de la atención a pacientes.

Esto sería importante para determinar el tipo y cuantía de - los cuidados que el hospital es capaz de proveer.

Si el número de accidentados que requieren ingreso es mayor que los que el hospital puede tratar, o si las lesiones son tales que el hospital no puede proporcionar el cuidado requerido, será necesario trasladarles a la institución más próxima correspondiente.

La mayor parte de la dificultad en el transporte de los accidentados, se evitará gracias a los planes de cooperación, - que asegurarán una distribución más equitativa de los pacientes en los hospitales de los alrededores.

- v) Documentación: Aun cuando es necesario conservar buenas historias médicas de los accidentados, la documentación debe simplificarse - durante los periodos de emergencia o en los periodos iniciales de esta.

La documentación detallada puede elaborarse una vez pasados los momentos de impacto inicial.

- v.i) Otros factores: Con toda probabilidad, sería necesario considerar otros factores locales antes de comenzar con el plan. Por ejemplo, control del tráfico, control sobre los voluntarios, reacciones de - convergencia, prensa, medios de información y control sobre el personal regular de plantilla que va llegando al hospital.

RESPONSABILIDAD DE LA PLANIFICACION.

Cuando ocurre una emergencia, la evidencia demuestra que los - que solicitan ayuda reaccionan de una forma bastante predecible.

Cuando el "shock" de la emergencia inicial se produce, los que han sido heridos y los que necesitan ayuda, muestran una tendencia a precipitarse sobre el hospital más cercano. El hospital ha llegado a ser, - en nuestra sociedad, el centro del tratamiento médico y el público espera que el hospital preste ayuda a todo aquel que acude a él y a todo el que necesita atención.

Es vital que cada hospital esté preparado para cumplir su responsabilidad para con la comunidad, proporcionando un método programado para enfrentarse con las demandas inusuales que puedan ser ocasionadas - por una emergencia.

JUNTA DE GOBIERNO.

La Junta de Gobierno del Hospital tiene la responsabilidad primordial de asegurar que el hospital es capaz de desempeñar sus obligaciones afrontando una emergencia.

Sin embargo, no todas las Juntas de Hospital se dan cuenta de la importancia de su papel.

La Junta tiene la responsabilidad final sobre todas las actividades llevadas a cabo por y en el hospital, por tradición, por ley y, - sobre todo, por la aprobación pública.

Las Juntas de Gobierno deberían asegurar que esté preparado el plan de emergencia hospitalaria apropiado para la institución.

Deben darse los pasos necesarios para proporcionar medios y su ministros adecuados, así como asegurar que el personal y su entrenamiento sea útil.

La responsabilidad de la Junta puede ser desempeñada mejor por el Comité de Emergencia.

COMITE DE PLANIFICACION DE EMERGENCIAS.

El Comité de Planificación de Emergencias, compuesto por el administrador del hospital, el jefe del staff médico, el director de enfermería y otros miembros apropiados, debe tener asignadas las siguientes responsabilidades:

- a) Desarrollo de los planes de emergencia hospitalaria.
- b) Coordinación del plan de emergencia con otros planes de emergencia de la municipalidad, otras agencias municipales y otros hospitales.
- c) Dirección de los simulacros y ejercicios periódicos.
- d) La revisión de los planes de emergencia, periódicamente y cuando se requiera.
- e) La Supervisión de la formación y programas de entrenamiento para profesionales y personal administrativo.
- f) El Mantenimiento de la preparación del hospital para afrontar situaciones de emergencia.

JEFES DE DEPARTAMENTO.

El desarrollo del plan es un procedimiento complejo, interdisciplinario que exige un esfuerzo coordinado para cubrir muchas facetas de las actividades hospitalarias. Representantes de todos los departamentos apropiados deberían ser invitados para contribuir al plan y deben ser consultados para redactar, en línea con los objetivos globales, las funciones y requerimientos de su departamento particular.

La ayuda, para elaborar y ensayar un plan de emergencias, está disponible cuando se solicite a los Servicios Provinciales para Emergencias - Sanitarias.

AREAS FUNCIONALES.

Una vez que las funciones del hospital han sido claramente definidas, estaría claro qué trabajadores realizarían cada función y cuales servirían de apoyo.

Las funciones que el hospital elegiría realizar estarían dictadas por el objetivo del plan hospitalario.

La variedad de funciones puede incluir algunas de todas las siguientes, dependiendo del hospital y de sus medios:

- a) Atención continua a los pacientes ingresados de acuerdo con la nueva situación.
- b) Admisión y altas.

- c) Continua clasificación (triage) en categorías para la atención.
- d) Medidas de resucitación y cuidados intensivos para un pequeño - grupo relativamente de accidentados.
- e) Cuidados definitivos, fracturas, quemaduras, heridas en la cabeza, etc.
- f) Funciones de mantenimiento en salas pre-determinadas adicionales. Tales salas se organizarán para proporcionar cuidados de soporte y preparación de los accidentados cuya prioridad para la cirugía no sea inmediata.
- g) Tratamientos menores para un número indeterminado de lesionados - también menores que no precisan ingreso.
- h) Documentación.

Estas funciones son generalmente realizadas, mientras duran las operaciones de emergencia, por personal profesional o de apoyo, administración, suministros (suministros centrales, farmacia, almacenes, etc.), servicios de diagnóstico (rayos X, laboratorio, etc.), servicios sociales, religiosos y otros servicios hospitalarios (personal de cocina, comunicaciones, dietistas, mantenimiento, etc.

Se debe redactar un informe de los proyectos de cada área funcional y una definición de sus posibilidades. (Ver apéndice).

Se relaciona la localización física en el hospital más ajustada para la realización de cada función.

Se deben identificar rápidamente los ajustes físicos necesarios para adaptar algunas áreas a sus funciones de emergencia y los arreglos que se pueden hacer rápidamente.

Deberían indicarse los suministros y equipamiento que serían necesarios para cada área, además de los que se proporcionan habitualmente y deberían también identificarse los medios para trasladar dichos suministros. Deberá identificarse el personal de "staff" que realice las funciones en cada área y el "staff" que las secunde desde otros lugares del hospital en un papel de apoyo, asimismo, deberá indicarse el mecanismo para el traslado del personal del staff.

FLUJO DE TRAFICO (Interno y Externo).

El flujo de tráfico, hacia y en las áreas funcionales dentro - del hospital, debe ser clasificado teniendo en cuenta la necesidad de un flujo de tráfico unidireccional. (Ver diagramas).

RECEPCION DE ACCIDENTADOS.

La llegada de gran número de accidentados creará un problema a cualquier hospital canadiense, así, el objetivo mayor de el Manual, - es ayudar en los hospitales en su planificación, así serán capaces de - proporcionar la mejor atención posible a todos los accidentados.

Es conveniente estudiar el problema estudiando como los lesionados afluyen con gran intensidad hacia y dentro del hospital y, al mismo tiempo, determinar qué servicios se deben proveer para su atención.

Para evitar la confusión en el exterior, el hospital debe ejercer control sobre tres grupos de personas que intentan entrar en él: los accidentados, el personal de staff y el público. La policía debería ser consultada para establecer puestos de control de tráfico en las calles - que rodean al hospital y el "staff" hospitalario o la policía debería controlar el movimiento de vehículos y personas en los terrenos del hospital.

El público debe ser prevenido, el uso de un sistema de tarjetas (pases) de emergencia para entrar en el hospital (ver apéndice), así como el personal de staff y los voluntarios reconocidos.

Las personas que busquen información deberían dirigirse al Centro de Información más cercano. (Ver apéndice L, Función 17).

Ambulancias y otros vehículos que introducen enfermos en el hospital o evacuan pacientes desde este, deben ser dirigidas a través de los terrenos del hospital por una ruta unidireccional claramente marcada.

Los accidentes deben ser sacados rápidamente de las ambulancias y entrar a través de la designada a una amplia área donde puedan ser examinados y clasificados en categorías de tratamientos. Debería anticiparse - que, aproximadamente, la mitad de los accidentados sufrirán lesiones menores y, bajo las condiciones de emergencia vigentes, no necesitarán ser ingresados en camas hospitalarias. Se debe hacer la provisión de su tratamiento en un área separada del hospital, por ejemplo el departamento de pacientes externos.

Los casos graves para ingreso requerirán varios tipos de tratamiento, algunos urgentes y otros menos.

Deberían establecerse los medios para:

- a) Resucitación preoperatoria
- b) Anestesia y cirugía de urgencia
- c) Tratamiento de quemaduras y shock
- d) Ubicación en las salas de urgencia
- e) Tratamiento de fracturas.

ESTANDARIZACION DEL TRATAMIENTO.

Asumir el principio de estandarización del tratamiento en una emergencia es deseable desde dos puntos de vista:

- a) Puede haber discrepancia entre la presión asistencial y el número de médicos disponibles. La normal relación médico-paciente requiere - que el médico asuma la responsabilidad del cuidado del paciente durante - todo el tiempo de su enfermedad. Cuando un gran número de accidentados -- precisa repentinamente tratamiento en una institución, no se puede proporcionar la mejor atención a no ser que se utilicen las posibilidades de los médicos de la forma más económica posible.

b) Puede haber discrepancia entre la cantidad de material médico disponible y las necesidades, ya que no es posible almacenar cualquier tipo de droga utilizada por cada médico, determinados puntos clave - deberían ser seleccionados en la comprensión de que hay que introducir la estandarización de la atención médica (por ejemplo seleccionar antibióticos).

SERVICIOS SOCIALES EN EMERGENCIAS HOSPITALARIAS.

La meta última del trabajo social es mantener, mejorar y restaurar al máximo el funcionamiento social, en los individuos y en los grupos.

Se está de acuerdo en que, en una emergencia, hay que recomponer el funcionamiento social y hacer frente a las necesidades humanas.

Es esencial la integración del plan de servicios sociales en el plan global de emergencia hospitalaria (así como) en el de emergencia municipal.

La distribución de los servicios sociales depende de una eficiente comunicación con la organización de los Servicios Municipales de Emergencia y Bienestar, si se consigue la coordinación y se evita el caos. Los papeles potenciales identificados en el plan variarán según los recursos e incluirse en el plan.

Los recursos personales dentro del hospital podrían consistir en el director del departamento y, como alternativa, los trabajadores sociales de plantilla. Puede incluir personal auxiliar, religiosos, personal administrativo y voluntarios. Las operaciones de emergencia pueden continuar durante 24 horas o más, así el plan debe prever turnos y la posible inclusión de agencias externas.

Los acuerdos con tales agencias deberían estar claramente estipulados por escrito. Los contratos que se refieran a la disponibilidad y accesibilidad de los documentos esenciales deben definirse.

Los hospitales sin departamentos de servicios sociales, deben darse cuenta de que dependen enteramente de los Servicios sociales de la comunidad y en líneas generales, por consiguiente, deben planificarse de acuerdo con esto.

Todo el personal con una misión de emergencia, asignada o potencial, debe estar familiarizado con el contenido del plan, conocer los sistemas de alerta, donde presentarse y qué hacer si una emergencia afecta al hospital

Sería útil, además, un esquema del área de Servicios Sociales - mostrando su localización, planos del edificio, equipo suplementario, suministros y señales necesarias para las operaciones de emergencia.

GUIA DE PLANIFICACION PARA HOSPITALES PEQUEÑOS.

LINEAS GENERALES:

1. Los hospitales pequeños tienen la responsabilidad frente a la comunidad de proporcionar un método elaborado para hacer frente a las demandas creadas por una situación de emergencia. No se deberían sobrepasar los medios intentando actuaciones que están más allá de las posibilidades del equipamiento disponible o del staff.

2. Los principios básicos anteriormente mencionados se aplican a la planificación de los pequeños hospitales o comunidades en una emergencia. El hospital debería calcular su capacidad, sus recursos en forma de personal de staff, equipamiento, alojamientos y los medios de apoyo existentes en la comunidad.

Debería realizarse un estudio de los riesgos más probables, tanto en el hospital como en la comunidad y debería determinarse el objetivo y las posibilidades del plan hospitalario en base a la capacidad de tratamiento de la institución. Los hospitales pequeños deben ajustar sus funciones para proporcionar un nivel realista de atención de emergencia.

3. Una vez que el hospital pequeño ha determinado su capacidad, es importante planear el mecanismo de referencia necesario a centros más grandes para establecer cuidados definitivos. Es igualmente importante que el objetivo y las posibilidades de actividad se definan realísticamente teniendo en cuenta el aislamiento del hospital de otros centros y considerar la coordinación del plan de emergencias con el de otros hospitales en comunidades cercanas.

PLANIFICACION DE RESPONSABILIDADES:

4. Igual que los hospitales grandes, la Junta de Gobierno del hospital tiene, en primer lugar, la responsabilidad de asegurar que el hospital sería capaz de desempeñar sus obligaciones en una situación de emergencia.

Un Comité de planificación de Emergencia hospitalaria debería tener asignadas responsabilidades como las listadas en la Sección 3, pág. 4.

Deben efectuarse disposiciones para asegurar la activación del plan ante el supuesto de una emergencia interna o externa, para avisar al personal de "staff", asignarles cometidos y para recabar los necesarios servicios de apoyo de la comunidad.

Habría que tener, también en consideración, establecer un centro de información de emergencia, control de tráfico, transporte, comunicaciones y procedimientos operativos estandar.

5. Los esquemas incluidos en este manual pueden ser utilizados por los hospitales en su planificación, sin embargo, hay que tener en cuenta que no todas las áreas podrían o deberían establecerse en ellos. (Ver apéndice L).

SECCION 5ª.GUIA PARA PLANIFICACION DE EMERGENCIA HOSPITALARIA EN HOSPITALES PSIQUIA-
TRICOS.GENERALIDADES

1. Esta guía ha sido recopilada para ayudar a los hospitales psiquiátricos a elaborar un plan que les capacite para responder ante la eventualidad de una emergencia, ya sea interna o externa.

2. Se necesitarán modificaciones para adaptarse a los medios físicos y a las capacidades personales.

Los hospitales psiquiátricos no deberían elaborar planes para la recepción de víctimas en masa, pero deberían estar preparados para manejar un accidente de tráfico cercano o víctimas que se produzcan en el hospital.

El plan debería proporcionar una metódica evacuación del hospital en parte o en su totalidad y debería incluir un plan de contingencia para manejar un brote mayor de enfermedad transmisible en la institución.

3. Es importante que el plan esté coordinado con el hospital general más cercano y con el planificador municipal de emergencias.

4. El esbozo general se dará en la comprensión de que cada hospital preparará un plan adaptable a sus propios recursos en personal y equipamiento.

La asistencia a las víctimas de accidentes consistirá en primeros auxilios y procedimientos "salvavidas" inmediatos.

Se recomienda que todo el personal llegue a ser hábil en (técnicas) de primeros auxilios y, hecha esta consideración, autorizar a las Enfermeras Diplomadas para iniciar procedimientos de emergencia en ausencia de facultativos médicos.

5. El plan podría dividirse en las siguientes partes:

Introducción

1ª Parte: Recepción y tratamiento de víctimas.

2ª Parte: Evacuación del hospital.

3ª Parte: Epidemia de Enfermedades transmisibles.

4ª Parte: Equipo Psiquiátrico de primeros auxilios.

5ª Parte: Procedimientos de funcionamiento estandar.

6ª Parte: Apéndices.

RECEPCION Y TRATAMIENTO DE VICTIMAS.

Un hospital psiquiátrico debería estar preparado para prestar - ayuda a víctimas de accidentes, propio terreno, sean pacientes o staff y víctimas de accidentes en la inmediata vecindad del mismo hospital.

El tratamiento dado puede ser enumerado como sigue:

- a) Reinstaurar la vía aérea.
- b) Control de la hemorragia.
- c) Resucitación y tratamiento del shock.
- d) Aplicación de vendajes.
- e) Inmovilización de fracturas.
- f) Evacuación adicional al hospital general más cercano.

Los requisitos son:

- a) Espacio
- b) Personal médico y de enfermería
- c) Equipamiento.

ESPACIO.

Un espacio apropiado con capacidad hasta para 6 camillas sería asignado en la planta baja del hospital, preferiblemente cerca de la entrada. Si existe previamente un área de tratamiento y es de tamaño suficiente, debería ser utilizada. Si no es así, puede usarse una sede de conferencias, cafetería del staff o cualquier parte del vestíbulo de entrada.

El área debería tener luz adecuada, salida eléctricas para aspiración y suministros de agua en la vecindad.

PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA.

Los requerimientos mínimos deberían ser de un médico, dos enfermeras diplomadas y el personal auxiliar de sala. En este contexto es importante que todo el personal sea hábil en primeros auxilios.

Se puede considerar el desarrollo de un equipo/s de emergencia - que respondería en emergencias en estos casos . Si el personal médico y - de enfermería es limitado, facultativos generales o cirujanos asociados -- con el hospital, deberían ser llamados para responder en emergencias.

El staff que se esperaría que prestara ayuda a las víctimas de - un accidente estaría familiarizado con el tratamiento de urgencia y el equipo disponible. Otros procedimientos a considerar son:

- a) Llamar a las personas requeridas para manejar la emergencia.
- b) Establecimiento de informes de tratamiento.

- d) Procedimientos para el traslado de víctimas a un hospital general.
- e) Establecimiento de un depósito de cadáveres.

Es particularmente importante que las enfermeras tituladas tengan autoridad para comenzar el tratamiento pendientes de la llegada del médico, a causa de que, en algunos casos, la llegada de este pueda retrasarse. En el caso de hemorragia u obstrucción respiratoria la iniciación precoz del tratamiento es de una gran importancia.

EQUIPAMIENTO

Se deberían indicar los suministros y equipamiento requeridos para cada área e identificar la forma por la cual tales suministros se podrían trasladar.

Este equipamiento podría incluir:

- a) Aspiración
- b) Oxígeno
- c) Vendajes
- d) Ferulas variadas (distintas clases de ferulas)
- e) Soluciones intravenosas como expansores de plasma, glucosa al 5 % en agua y suero salino.
- f) Distintas vías aéreas.
- g) Cuando esté disponible rápidamente la asistencia quirúrgica, puede incluirse el establecimiento de una traqueotomía.

Lo anterior está basado en la convicción y en la evidencia de - que un sencillo y precoz tratamiento y procedimientos de manejo bien llevados a cabo son el instrumental para salvar vida y miembros.

CENTRO DE INFORMACION

Se debe establecer un centro de información para recoger y transmitir información al público en general.

En las etapas de la planificación debería hacerse provisiones para emitir la información a los medios de comunicación.

El área designada para el centro de información debería estar - separada del área de recepción de víctimas.

EVACUACION DEL HOSPITAL

El plan para incendio debería usarse si es necesario evacuar el hospital total o parcialmente.

Los factores que habría que tener en consideración serían:

- a) Aviso
- b) Activación.

- c) Contactar con el Director de Coordinación local o municipal de Medidas de Emergencia y/o otras instituciones para asegurar el control del tráfico y el transporte requerido.
- d) Staff (personal) designado para acompañar pacientes y la - determinación de la documentación que necesitarán.
- e) Destino: Un área pre-planificada debería ser designada para el uso en el caso de una emergencia interna.

EQUIPO PSIQUIATRICO DE PRIMEROS AUXILIOS.

En emergencia a gran escala, puede ser necesario proporcionar un equipo psiquiátrico de primeros auxilios. Si el hospital está considerando proporcionar tales equipos, estos deben ser dispuestos previamente y establecido un programa de formación.

SECCION 6ª

PLANIFICACION DE LA COMUNIDAD.

GENERALIDADES

1. Es nuestra creencia que cada comunidad requiere un plan de emergencia, una parte del cual debería ser el plan del hospital y/o los medios sanitarios en esta comunidad.
2. La primera preocupación es, naturalmente, por la propia familia y otros íntimos y después para una comunidad más amplia. Esto es cierto incluso para aquellos que tienen una responsabilidad comunitaria y es una de las razones por las que defendemos la planificación previa y la organización, esto permite la planificación para la familia propia y la definición de cual es la responsabilidad individual en cada emergencia.
3. Para asegurar que las víctimas resultantes de una emergencia reciben cuidados médicos rápida y eficientemente, el Plan de Emergencia Hospitalaria debe estar integrado y coordinado con el Plan Comunitario (Municipal) de Emergencias. Sin tener en cuenta la capacidad de los hospitales para manejar víctimas en masa, su eficiencia se reduce severamente sin el compromiso de la ayuda externa (por ej. auxilio de la comunidad local).

SERVICIOS DE SALUD COMUNITARIOS PARA EMERGENCIAS.

COMETIDOS

4. Cada comunidad que desarrolle un plan de acción para un desastre natural, está creando las bases para una respuesta comunitaria ante las necesidades y responsabilidades de una emergencia nacional. Las responsabilidades operacionales de los Servicios de Salud Comunitarios para Emergencias en una Emergencia Nacional son las siguientes:

- a) Dar aviso (informe, noticias) al consejo y servicios municipales en materias de salud.
- b) Cuidados quirúrgicos de urgencia y hospitalización para los heridos gravemente.
- c) Tratamiento médico de urgencia para los heridos que no requieren hospitalización.
- d) Atención médica continua con los medios mínimos.
- e) La organización, control y administración de las unidades de salud para emergencias asignadas a las municipalidades para el apoyo de las operaciones de reingreso.
- f) La dirección y ocupación de la mano de obra asignada y disponible.
- g) El soporte administrativo de los medios y unidades sanitarias puede ser ubicado en la municipalidad, pero este permanece bajo el control de la sede del gobierno de zona o regional para emergencias.

PROCEDIMIENTO DE PLANIFICACION PARA TIEMPOS DE PAZ.

- 5. Las metas a conseguir en orden a cumplir las responsabilidades de Salud comunitaria para Emergencias incluyen:
 - a) Nombramiento de un Director / coordinador Municipal de Servicios de Salud Comunitaria para Emergencias.
 - b) Nombramiento de un Consejo Consultivo Municipal de Salud para Emergencias.
 - c) Establecimiento de una organización planificada.
 - d) Cálculo de la potencial presión asistencial sanitaria.
 - e) Cálculo de la disponibilidad de los recursos sanitarios.
 - f) Determinación del potencial para operaciones de emergencia.
 - g) Preparación del Plan de Salud Comunitaria para Emergencias.
 - ii). El plan debe incluir:
 - misión y lugar afectado.
 - información de otras instituciones (Bomberos, Policía, etc.) que se necesitan para apoyo de la Salud Comunitaria para Emergencias.
 - iii). Revisión individual de los planes hospitalarios para encajar en el plan comunitario de salud que, en cambio, debe encajar en el Plan Global Comunitario para Emergencias.

MEDIDAS DE EMERGENCIA Y PLAN DE EMERGENCIA HOSPITALARIA.

6. Dentro de una comunidad / área, la responsabilidad de la coordinación de los recursos y servicios fuera del campo sanitario pertenece al -- coordinador de Medidas de Emergencia. El compromiso íntegro de la comunidad se obtiene mejor en aquellas comunidades donde las Medidas de - Emergencia están bien organizadas.
7. El eficaz movimiento de víctimas desde el área de emergencia hasta los medios de atención médica dependen casi enteramente de servicios ajenos. Si estos servicios han preparado planes de emergencia, que han sido coordi nados por las Medidas de Emergencia, la organización será realizada - eficazmente. Por consiguiente, es importante que el Coordinador de Medida s de Emergencia sea consultado por el comité Hospitalario de Emergenci as, cuando se está considerando un plan de Emergencia Hospitalaria.

En ausencia de un plan de Medidas de Emergencia para la comunidad, el mismo hospital debe aceptar la responsabilidad de planificar los necesarios servicios de apoyo requeridos por el hospital.

8. Ya que el Plan de Emergencia Hospitalaria debe ser preparado no solo para la recepción de víctimas sino también para la evacuación de pacientes en el caso de una emergencia interna, es aconsejable que representantes tanto de los Bomberos como de la Policía, asistan a las reuniones de plan ificación.

LA COMUNIDAD DEL HOSPITAL.

9. En una comunidad que tiene un único "Hospital General" la coordinación del Plan de Emergencia Hospitalaria presenta pocos problemas si el Coordi nador de Medidas de Emergencia utiliza los recursos comunitarios y - coordina el entrenamiento de personal suficiente (camilleros, ayudantes en primeros auxilios etc.) para cubrir las demandas impuestas por alguna emergencia anticipada. El Coordinador conocerá qué recursos deben ser utilizados asistiendo a las reuniones del comité de Emergencia y conociendo el Plan de emergencia Hospitalaria, así como los planos físicos del - hospital y sus alrededores.
10. Un simple hospital comunitario también debe ver más allá de los límites de su comunidad en la planificación para una emergencia. Se debe instituir y mantener una "ligazón inter-hospitalaria" en las áreas donde hay distintos "hospitales únicos" en una proximidad razonable. Esto capacitar á a los hospitales para coordinar sus planes para aprovechar la mutua - ayuda y apoyo.

El Coordinador de las Medidas de Emergencia debería estar incorporado en la planificación de la emergencia, para obtener y coordinar los recursos provenientes de las distintas comunidades, requeridos en apoyo del Plan de Emergencia Hospitalaria.

COMUNIDADES CON DOS O MAS HOSPITALES.

11. Tales comunidades enfatizan, en gran medida, la importancia de la coordinación del Plan de Emergencia Hospitalaria con el Plan Comunitario, particularmente en campos como el control de tráfico, distribución equitativa de las víctimas y transporte o servicio de ambulancias.

Ayuda comunitaria podría ser requerida también para permitir a los médicos alcanzar su hospital designado tan rápidamente como sea posible.

12. Un área metropolitana mayor, que tiene una multiplicidad de hospitales en sus límites corporativos, estaría en una mejor posición para proporcionar el apoyo adecuado en caso de emergencia. Los planes coordinados hospitalarios deberán estar incorporados dentro del Plan de Emergencia Comunitaria.

Se puede dar a cada hospital o grupo de hospitales la responsabilidad sobre un sector designado del área metropolitana que podría extenderse más allá de sus límites para incluir hospitales rurales.

INTEGRACION DE LOS PLANES DE EMERGENCIA HOSPITALARIA.

13. El impacto de una emergencia puede, en ocasiones, ser atribuido por un único hospital, sin embargo, donde sea aplicable, la planificación debe desarrollarse en el supuesto de que, las operaciones de emergencia, serán un esfuerzo cooperativo basado en los recursos de un grupo de hospitales.

En algunas municipalidades existe un grupo oportuno de recursos que involucran a grandes hospitales, especializados, hospitales generales y otros centros médicos que trabajan juntos cooperativamente.

El concepto de planificación de emergencia del "área integrada" se completa por la integración de los planes de emergencia hospitalaria. El propósito de la integración de los planes de emergencia hospitalaria es asegurar la calidad de la atención a las víctimas en emergencias mayores. Esto sirve también para asegurar que los hospitales no serían sobrecargados y que no serían usados inapropiadamente.

Los componentes que entran dentro de la coordinación de los planes de emergencia hospitalaria y que pueden ayudar en la consecución del propósito de coordinación de dichos planes son:

- a) Comunicaciones
- b) Transporte de víctimas
- c) Respuesta en el área de desastre
- d) Hospitales
- e) Mando y Dirección de los Servicios de Salud.

COMUNICACIONES

Las comunicaciones telefónicas son las bases para la mayor parte del tráfico ordinario entre un hospital y la comunidad. Continuarán siendo usadas hasta que sea posible en una emergencia, pero, deberían ser suplementadas por un sistema de comunicaciones que sea independiente de los servicios públicos y que puede alcanzar áreas esenciales de otra manera inaccesibles.

Un sistema de comunicaciones por radio bilateral , debería considerarse si existieran medios disponibles.

TRANSPORTE DE VICTIMAS

No ha podido encontrarse sustituto para el cuidado de mantenimiento proporcionado por una ambulancia bien entrenada asistiendo al paciente - en tránsito.

Procedimientos de primeros auxilios, para salvar la vida o la función son requisitos previos al transporte de el enfermo grave o herido y debe ser suministrados en una emergencia tambien como en otros momentos.

El Triage en el sitio de la catástrofe debe asegurar que aquellos enfermos que requieren tratamiento inmediato son identificados y trasladados al hospital y se les dé prioridad en el transporte.

RESPUESTA EN EL LUGAR DE LOS HECHOS

En emergencias a gran escala puede ser necesario establecer una actuación médica en el lugar de la emergencia. El establecimiento de un - equipo médico para ser enviado al lugar, dependería, por supuesto de los medios y recursos disponibles.

Si se contemplan tales equipos, es esencial una pre-planificación en orden a que un equipo coordinado esté disponible junto con el equipamiento necesario para el funcionamiento.

Es tambien esencial que el acceso de tales equipos al lugar de la emergencia sea asegurado por la provisión para el transporte de un vehículo reconocido, claramente señalizado. La primera acción del equipo debería ser el establecimiento de un puesto médico inmediato que pueda estar en contacto rapidamente con los hospitales por comunicaciones bilaterales.

Las víctimas deberían ser recibidas en el puesto médico, clasificadas, proporcionando la atención de mantenimiento de acuerdo con sus prioridades médicas y despachadas al centro más apropiado de acuerdo con esto.

Las cuatro principales funciones de tales equipos médicos in situ serían:

- a) Triage y tratamiento de reanimación.
- b) Iniciación de la documentación de las víctimas e informes.
- c) Recepción, evaluación y divulgación de información a los hospitales.
- d) Distribución equitativa de los heridos de acuerdo con el plan para el área

El valor como refugio de un edificio depende de las propiedades de protección de sus paredes y techos. Igual que los rayos X se reducen por una lámina de plomo, la intensidad de la radiación gamma puede ser reducida por varios espesores del material del edificio. La densidad y el espesor del material de construcción del edificio afecta a la calidad del refugio proporcionado. En la consideración del refugio, la administración del hospital debería identificar aquellas áreas (principalmente en los sótanos) que tengan el menor número de puertas y ventanas y los techos más pesados. En estas áreas, pacientes y personal pueden ser acomodados por un periodo desde dos días a dos semanas. Si existe una alta radiación en el entorno fuera del edificio.

Los hospitales pueden ser auxiliados en la selección de las áreas de seguridad por la referencia de los resultados del estudio del análisis de refugios en una variedad de edificios públicos llevado a cabo por la Organización de Medidas de Emergencia del Canada.

Esta información está disponible en este momento solicitandola al Director Provincial de Servicios de Salud para Emergencias o al Coordinador Provincial de la Organización de Medidas de Emergencia.

Se expresa a menudo la preocupación por el riesgo de contacto con la "lluvia" radiactiva o la ingestión de esta. Previendo que las vías de entrada, tales como puertas o ventanas, estén cerradas antes de la llegada de la lluvia, no debería entrar material de partículas dentro del edificio.

En hospitales donde esté instalado un sistema de aire acondicionado y un filtro industrial de partículas proporcionará suficiente protección. Dentro de los límites del hospital, el principal problema sigue siendo la radiación gamma del cuerpo completo.