

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PLAN DE SOCORRO Y ORGANIZACION DE LA
ATENCIÓN MEDICA POST-DESASTRE

ESTUDIO REALIZADO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA
DURANTE LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DE 1993. GUATEMALA.

TESIS

PRESENTADA A LA HONORABLE JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

POR

AMADO ROMEO MASAYA DURAN

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1993.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social

HOSPITAL NACIONAL REGIONAL
ESCUINTLA

Tels.: 0380083 - 0380783
Guatemala, C. A.

DL
05
7 (6786)

Of. No. _____

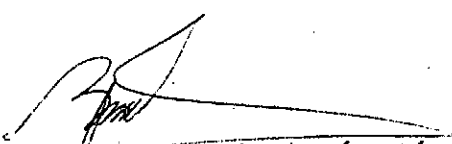
Ref. _____

A QUIEN INTERESE:

El Infrascrito Médico Director del Hospital Nacional Regional de Escuintla, por medio de la presente HAGO CONSTAR: que autoricé al Bachille AMADO ROMEO MASAYA DURAN, Carnet No. -- 7802437, para efectuará su tesis titulada: Elaborar un plan de Socorro y Organización de la atención Médica por desastre a realizarse en este Hospital, durante los mes de abril y mayo del presente año.

Y, para los usos legales que al interesado convengan se le extiende la presente constancia en la ciudad de Escuintla, a los veintisiete días del mes de agosto de mil novecientos noventa y tres.




Dr. Francisco Antonio Berríos López
Director.

c.c. archivo.



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 30 de agosto de 1993
DIF-024-93

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

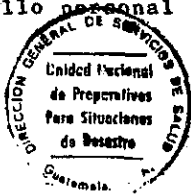
Se informa que el: BACHILLER AMADO ROMEO MASAYA
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
DURAN Carnet No. 02437
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"PLAN DE SOCORRO Y ORGANIZACION DE LA ATENCION MEDICA
POST-DESASTRE"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Asesor

Firma y sello personal



Firma del estudiante

Revisor
Firma y sello



Registro Personal 1065

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE :

El Bachiller: AMADO ROMEO MASAYA DURAN

Carnet Universitario No. 02437

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el informe final del trabajo de tesis titulado:
"PLAN DE SOCORRO Y ORGANIZACION DE LA ATENCION MEDICA POST-DESASTRE"

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente

ORDEN DE IMPRESION

Guatemala,


30 de agosto

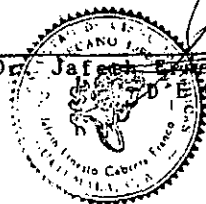
de 1993

Dr. Edgar R. De León Barillas
Por Unidad de tesis

Dr. Paul A. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

IMPRIMASE :


Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco
DECANO



INDICE

CONTENIDO	PÁGS.
I. INTRODUCCIÓN	01
II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	02
III. JUSTIFICACIÓN	03
IV. OBJETIVOS	04
V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	05
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	12
VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	15
VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	19
IX. DISEÑO DEL PLAN	21
X. CONCLUSIONES	59
XI. RECOMENDACIONES	60
XII. RESUMEN	61
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
XIV. ANEXOS	65
1. CROQUIS DEL HOSPITAL	
2. MODELO DE ENCUESTAS MÉDICO ASISTENCIAL, ADAPTADO AL HOSPITAL DE ESCUINTLA.	

1. INTRODUCCIÓN

GUATEMALA, HA SUFRIDO EN VARIAS OCASIONES DESASTRES NATURALES Y PROVOCADOS POR EL HOMBRE. PARTICULARMENTE EN EL ÁREA DE LA COSTA SUR; SE HA TENIDO LA EXPERIENCIA DE CATÁSTROFES COMO: INUNDACIONES, SISMOS, ACCIDENTES COLECTIVOS AUTOMOVILÍSTICOS, DEMANDANDO UNA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA Y EFICIENTE. LO CUAL HA DEMOSTRADO QUE CUANDO NO HAY UNA PLAN ADECUADO DE ATENCIÓN MÉDICO QUIRÚRGICA, SE COMETEN INNUMERABLES ERRORES QUE PROVOCAN UN DAÑO IRREPARABLE DE VIDAS HUMANAS; ES POR ÉSTO QUE SURGIÓ LA INQUIETUD DE ESTABLECER UN PLAN DE ATENCIÓN DE PACIENTES MÉDICO QUIRÚRGICO, EN CASOS DE DESASTRE EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL DE ESCUINTLA.

PARA LA ELABORACIÓN DE DICHO PLAN, SE INTERROGÓ A LOS DISTINTOS JEJES DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO, MEDIANTE EL MODELO DE ENCUESTA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD. ÁREA DE DESASTRES Y ADAPTANDO AL HOSPITAL. ASÍ COMO UNA OBSERVACIÓN DIRECTA DEL EDIFICIO Y OBTENCIÓN DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN DEL MISMO, PARA PODER DISPONER DE INFORMACIÓN PRECISA PARA DISEÑAR UN PLAN DE ATENCIÓN DE PACIENTES MÉDICO QUIRÚRGICO EN CASO DE DESASTRE. DURANTE LA ENCUESTA SE LOGRÓ DETERMINAR QUE EL HOSPITAL CUENTA CON EL SUFICIENTE RECURSO HUMANO CAPACITADO, NO ASÍ CON LOS RECURSO FÍSICOS INDISPENSABLES YA QUE HAY FALTA DE ÉSTOS.

SE RECOMIENDA MANTENER EN CONSTANTE CAPACITACIÓN AL PERSONAL HOSPITALARIO, ASÍ COMO EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL PRESENTE PLAN PARA DESASTRES.

II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO, UN DESASTRE PUEDE DEFINIRSE COMO UN ACONTECIMIENTO QUE PROVOCA TAL NÚMERO DE VÍCTIMAS QUE DESBORDA LA CAPACIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA HABITUAL DE UNA LOCALIDAD (1).

UNA CLASIFICACIÓN SENCILLA ES: DESASTRES NATURALES Y PRODUCIDOS - POR EL HOMBRE. DESDE TIEMPOS INMEMORABLES, NUESTRO PAÍS HA ESTADO PREDISPUERTO A DESASTRES COMO LOS SIGUIENTES:

INUNDACIONES

ERUPCIONES DE VOLCANES

TERREMOTOS: NUESTRO TERRITORIO SE ENCUENTRA CON FALLAS GEOLÓGICAS ADEMÁS DEL MOVIMIENTO NORMAL DE PLACAS TECTÓNICAS.

ACCIDENTES: AUTOMOVILÍSTICOS Y OTROS DE TIPO COLECTIVO.

EXISTE UNA SITUACIÓN DE DESASTRES CUANDO LOS RECURSOS DISPONIBLES SON INSUFICIENTES PARA LA DEMANDA INMEDIATA DE SERVICIOS DE SALUD, AGUA POTABLE, ALIMENTOS Y VIVIENDA.

EL PROPÓSITO DE TODA ORGANIZACIÓN DE SALUD EN UN DESASTRE DEBE SER EL DE PRESTAR ATENCIÓN MÉDICA EFICIENTE A TODAS LAS VÍCTIMAS DE DICHO SUCESO. (1,2,3,4.)

PARA REDUCIR LOS EFECTOS POSTERIORES DE UN DESASTRE ES NECESARIO TENER UN PLAN DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR Y ASÍ EVITAR QUE SE SUMEN OTROS PROBLEMAS SECUNDARIOS, ETC.

III. JUSTIFICACIÓN

ACTUALMENTE NO EXISTE UN PLAN DE SOCORRO Y ORGANIZACION DE LA ATENCION MEDICA POST-DESASTRE, EN EL HOSPITAL DE ESCUINTLA.

LOS DESASTRES NATURALES Y LOS PROVOCADOS POR EL HOMBRE; SON VISTOS DESDE LA PERSPECTIVA DEL FATALISMO COMO CATÁSTROFES, SOBRE CARGANDO LAS SALAS DE URGENCIA COMO LOS SERVICIOS INTERNOS DEL HOSPITAL; SITUACIÓN QUE SE AGRAVA AL NO EXISTIR UN PLAN DE SOCORRO PREVIAMENTE DISEÑADO PARA ESTOS DESASTRES.

DURANTE LA DÉCADA ACTUAL LA COSTA SUR HA SUFRIDO INNUMERABLES DESASTRES TALES COMO: INUNDACIONES, DESLAVES, INCENDIOS, EXPLOSIONES Y PARTICULARMENTE ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS COLECTIVOS, LOS QUE HAN SOBRECARGADO LAS SALAS DE URGENCIA EN LA ATENCIÓN MÉDICO QUIRÚRGICO DE VÍCTIMAS DE DICHOS DESASTRES.

IV OBJETIVOS

GENERALES:

ESTABLECER UN PLAN DE DESASTRE PARA EL HOSPITAL DE ESCUINTLA.

ESPECIFICOS:

ELABORAR UN PLAN DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE ESCUINTLA, ANTE LA EVENTUALIDAD DE UN DESASTRE.

DETERMINAR QUE NIVEL DE ADIESTRAMIENTO TIENE EL PERSONAL DE SALUD DE ESTE HOSPITAL EN CASO DE DESASTRE.

DETERMINAR SI LAS DIFERENTES INSTITUCIONES DE SALUD DEL ÁREA DE INFLUENCIA ESTÁN EN COORDINACIÓN CON EL HOSPITAL DE ESCUINTLA PARA RESOLVER CASOS DE DESASTRE.

V: REVISION BIBLIOGRAFICA:

DESASTRE: Es un acto de la naturaleza o del hombre, de tal magnitud que da origen a una situación en la que súbitamente se alteran los patrones de vida y las personas se ven hñndidas en el desamparo, miseria, sufrimiento como resultados de élla, las víctimas necesitan víveres, ropa y asistencia médica.

Una definición sencilla es: aparecen en forma súbita e inesperada y en dichos casos trastornan gravamente los servicios de salud ya establecidos.

Desastres se dividen en:

- A. Naturales
- B. Artificiales
- C. Mixtos

A. Desastres Naturales: Estos producen un cambio de las condiciones ambientales con alteración de la manera de vivir y una exposición brusca, repentina de elementos peligrosos del medio ambiente y se dividen en:

Tectónicos: Terremotos, maremotos, erupciones volcánicas, tsunamis.
 Meteorológicos: Inundaciones, ciclones, huracanes, ondas frías y sequías.

Topológicos: Avalanchas, deslizamientos de tierra.

B. Desastres producidos por el hombre: Guerras, contaminaciones químicas, accidentes masivos, intoxicaciones masivas, explosiones, incendios, choques, naufragios, violencia social.

C. Desastres mixtos: Cuando ocurre uno o más trastornos ecológicos influenciados por el hombre. Contaminación de fuentes directa o indirecta 4,5,6.

Western las clasifica en cuatro etapas:

1. Impacto: período en que aumenta la morbimortalidad, los dam-

NIFICADOS MOMENTÁNEAMENTE QUEDAN PARALIZADOS Y CONFUSOS, CON RECUPERACIÓN RÁPIDA, REACCIONANDO DE MANERA POSITIVA AGRUPÁNDOSE Y ADOPTANDO MEDIDAS DE PROTECCIÓN PARA LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD.

2. EMERGENCIAS: PERÍODO DONDE LOS ESFUERZOS SE CANALIZAN HACIA EL RESCATE DE LOS SOBREVIVIENTES NO HAY COMUNICACIÓN POR INTERRUPTIÓN DE LAS VÍAS DE COMUNICACIÓN CON SUMINISTRO DE ATENCIÓN MÉDICO QUIRÚRGICA, BRINDANDO LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y MENTAL.
3. REHABILITACIÓN: ESTA ES UNA FASE QUE SE DA ALOJAMIENTO, COMIDA ABASTECIMIENTO DE AGUA, SERVICIOS DE SALUD.
4. RECONSTRUCCIÓN: SE TOMAN LAS MEDIDAS QUE PERMITAN A MEDIANO PLAZO EL RETORNO PROGRESIVO A UNA SITUACIÓN SIMILAR A LA EXISTENCIA ANTES DEL DESASTRE.

SE REQUIERE DE UN MAYOR ESFUERZO PARA NO CAER EN RETROCESO CON AYUDA INTERNACIONAL. (12,14,16,17,18).

LA SALUD AMBIENTAL SE DEFINE COMO EL CONTROL DE LOS FACTORES DEL MEDIO AMBIENTE QUE PUEDEN TENER EFECTOS DELETÉREOS PARA EL BIENESTAR FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL DE LAS POBLACIONES. DADO QUE LOS DESASTRES NATURALES EXPONEN AL HOMBRE A PELIGROS CAUSADOS POR LA ALTERACIÓN O LA AMENAZA DE ALTERACIÓN DE SU MEDIO INMEDIATO, LA GESTIÓN EFICAZ DE LA SALUD AMBIENTAL CON POSTERIORIDAD A DESASTRES NATURALES ES -- ASUNTO DE PRIMORDIAL IMPORTANCIA.

LOS DESASTRES NATURALES SUELEN HACER AUMENTAR LAS TASAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD. LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS APROPIADAS DE MANTENIMIENTO DE LAS CONDICIONES DEL MEDIO PERMITE REDUCIR O ELIMINAR EL RIESGO DE ENFERMEDADES PREVENIBLES Y DEFUNCIONES. ESTAS MEDIDAS CONTRIBUYEN NO SÓLO A PROTEGER LA SALUD DE LOS HABITANTES DE LAS ZONAS AFECTADAS O PRÓXIMAS A ÉSTAS, SINO TAMBIÉN A REDUCIR EL ELEVADO COSTO DE LA --

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE EMERGENCIA CON POSTERIORIDAD AL DESASTRE.

ENTRE LAS MEDIDAS DE SALUD AMBIENTAL QUE SE DEBEN CONSIDERAR A RAÍZ DE DESASTRES NATURALES ESTÁN LA CONTRIBUCIÓN DE REFUGIOS APROPIADOS PARA LAS PERSONAS O GRUPOS QUE HAN PERDIDO SUS HOGARES, LA PROVISIÓN DE AGUA SALUDABLE Y ACCESIBLE PRIMERO EN CANTIDAD SUFICIENTE PARA BEBER, Y SEGUNDO PARA USOS DOMÉSTICOS Y LA PROTECCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS INOCUOS. OTROS MEDIDAS QUE HAN DE TENERSE EN CUENTA PARA ELIMINAR LOS RIESGOS AMBIENTALES ASOCIADOS CON DESASTRES SON: EVA CUACIÓN HIGIÉNICA DE EXCRETAS, AGUAS RESIDUALES Y DESECHOS; PROTECCIÓN DE LAS POBLACIONES CONTRA VECTORES DE ENFERMEDADES CORRIENTES EN LAS ZONAS AFECTADAS; Y FOMENTO DE LAS CONDICIONES HIGIÉNICAS DE VIDA, PARTICULARMENTE VIVIENDA ADECUADA A HIGIENE PERSONAL BÁSICA. PARA UNA GESTIÓN EFICAZ DE SALUD AMBIENTAL DURANTE UN DESASTRE Y A RAÍZ DE ÉSTE ES INDISPENSABLE QUE SE HAYAN ADOPTADO PREPARATIVOS CON LA DEBIDA ANTELACIÓN. EN UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA, EL BUEN ÉXITO DEPENDE EN GRAN PARTE DEL JUICIO RÁPIDO Y EXACTO RESPECTO A LAS MEDIDAS APROPIADAS. EN CONSECUENCIA, LAS ALTAS AUTORIDADES DEBEN ESTAR AL TANTO DE DICHAS MEDIDAS CON ANTERIORIDAD Y DEBEN RECIBIR LO ANTES POSIBLE UNA EVALUACIÓN EXACTA DE LOS EFECTOS ESPECÍFICOS DEL DESASTRE.

LAS MEDIDAS RECOMENDADAS DE SALUD AMBIENTAL FIGURAN POR EL ORDEN PRIORITARIO EN QUE HAN DE ADOPTARSE LLEGADO EL CASO. AHORA BIEN, CADA DESASTRE NATURAL TIENE CARACTER ÚNICO EN LO QUE RESPECTA AL GRADO O AL TIPO DE SITUACIÓN DE EMERGENCIA QUE PRODUCE. ES POSIBLE QUE PARA DETERMINADO DESASTRE, LAS AUTORIDADES TENGAN QUE ASIGNAR MAYOR O MENOR PRIORIDAD A ALGUNA DE LAS MEDIDAS DE LA LISTA.

EL CAMBIO ADECUADO DEL ORDEN DE PRIORIDAD RESULTARÁ MUCHO MÁS FÁCIL SI DURANTE EL PERÍODO DE EMERGENCIA SE TIENE PRESENTE EL OBJETIVO PRINCIPAL DE LAS MEDIDAS DE HIGIENE DEL MEDIO. SE TRATA DE PROTEGER.

LA SALUD DE LOS HABITANTES DE LAS ZONAS AFECTADAS O PRÓXIMAS A ÉSTAS MANTENIENDO AL MÍNIMO EL EMPEORAMIENTO DE LAS CONDICIONES Y SERVICIOS DE SALUD AMBIENTAL. EN ÉLLO ESTÁ IMPLÍCITO QUE EL OBJETIVO ESPECÍFICO DE LAS MEDIDAS DE EMERGENCIA ES REPONER LAS CONDICIONES Y SERVICIOS DE SALUD AMBIENTAL EN EL NIVEL QUE TENÍAN ANTES DEL DESASTRE, INDEPENDIENTEMENTE DEL JUICIO QUE MERECIERA SU CALIDAD ANTERIOR. SI DICHA CALIDAD FUERA DEFICIENTE, EL RIESGO DE ENFERMEDADES SÓLO AUMENTARÍA CUANDO LAS CONDICIONES DE SALUD AMBIENTAL EMPEORARAN, QUEDANDO INVARIABLES TODAS LAS DEMÁS.

CADA SUCESO CATASTRÓFICO TIENE SUS CARACTERÍSTICAS PARTICULARES. ALGUNOS PUEDEN PREVERSE CON VARIAS HORAS O DÍAS DE ANTICIPACIÓN, COMO POR EJEMPLO LOS CICLONES O LAS CRECIDAS. OTROS SE PRODUCEN SIN AVISO PREVIO, COMO POR EJEMPLO LOS TERREMOTOS. SEA CUAL FUERE LA MODALIDAD DEL DESASTRE, DURANTE ALGUNAS HORAS LA COMUNIDAD DEBE VALERSE POR SÍ MISMA HASTA QUE LLEGUE LA AYUDA EXTERIOR. AQUÍ SÓLO SE EXPONDRÁN LAS MEDIDAS QUE HA DE ADOPTAR LA COMUNIDAD. PARA LAS ACCIONES DE SALVAMENTO Y LA ATENCIÓN DE URGENCIA INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL IMPACTO.

LA EFICACIA DE LOS SERVICIOS COMUNITARIOS EXISTENTES: LA PERSPECTIVA DE TENER QUE HACER FRENTE A UNA SITUACIÓN DE URGENCIA SIRVE MÁS BIEN PARA SEÑALAR A LA ATENCIÓN GENERAL MUCHAS CUESTIONES FUNDAMENTALES Y PRIORITARIAS SOBRE LA SALUD Y LA VIDA DE LA COMUNIDAD INCLUSO EN TIEMPOS NORMALES.

DEBE CONSIDERARSE QUE LA POBLACIÓN LOCAL VÍCTIMA DE UN DESASTRE NO ES EL OBJETO SINO EL SUJETO DE LA ACCIÓN. ÉSTO PRESUPONE UN CAMBIO PROFUNDO EN RELACIÓN CON LA IDEA CORRIENTE DE QUE LA ACCIÓN EXTERIOR DE SOCORRO Y LA AUTORIDAD DEL ESTADO DEBEN HACERSE CARGO ÍNTEGRAMENTE DE ESA POBLACIÓN. ESTA IDEA SE BASA EN CIERTOS PREJUICIOS QUE LA GENTE SERÁ PRESA DEL PÁNICO Y HUIRÁ SIN OCUPARSE DE LOS DEMÁS; QUE ALGUNAS PERSONAS QUEDARÁN DESORIENTADAS, O ACTUARÁN IRREFLEXIVAMENTE, --

MIENTRAS QUE OTRAS QUEDARÁN PARALIZADAS O SIN SABER QUE HACER; QUE LAS ORGANIZACIONES LOCALES SE DESINTEGRAN Y SERÁN INCAPACES DE INTERVENIR CON EFICACIA; QUE HABRÁ MANIFESTACIONES ANTISOCIALES Y ACTOS DE PILLAJE. PERO LA EXPERIENCIA DEMUESTRA QUE LA REALIDAD DE LOS COMPORTAMIENTOS ES BIEN DISTINTA DE ESAS IDEAS PRECONCEBIDAS. LOS CASOS DE PÁNICO SON EN GENERAL LOCALIZADOS Y DE BREVE DURACIÓN; LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS PREFIEREN PERMANECER EN LA REGIÓN AMENAZADA Y EN GENERAL, ADOPTAN MEDIDAS DE PROTECCIÓN PARA EllAS MISMAS Y SUS FAMILIAS; LAS VACILACIONES DEPENDEN MÁS DE LA INSUFICIENTE CIRCULACIÓN DE INFORMACIÓN QUE DEL PÁNICO; DE ORDINARIO LOS DAMNIFICADOS REACCIONAN DE MANERA POSITIVA Y SE INCORPORAN EN SEGUIDA Y DE MANERA ESPONTÁNEA, CON SU FAMILIA, LOS AMIGOS Y OTROS GRUPOS, A LAS OPERACIONES DE SOCORRO; EL PILLAJE Y CIERTOS ACTOS ANTISOCIALES SE HAN EXAGERADO O SON OBRA DE PERSONAS AJENAS A LA COMUNIDAD Y POR EL CONTRARIO, LAS DIFERENCIAS DE CLASE Y LOS CONFLICTOS SE ATENUAN DANDO PASO A UN SENTIMIENTO DE SOLIDARIDAD COMUNITARIA QUE NO EXISTE EN CIRCUNSTANCIAS ORDINARIAS. LAS COMUNIDADES LOCALES, SI NO SE DESALIENTAN Y CAEN EN LA PASIVIDAD, REACCIONAN EN SEGUIDA Y DE MANERA EFICAZ, SOBRE TODO SI SE VEN APOYADAS.

EFFECTOS SECUNDARIOS AL DESASTRE:

CUANDO PREVALECE LA SENSACIÓN DE URGENCIA, FALTA INFORMACIÓN, ESTAS DECISIONES, SE ADOPTAN A MENUDO SOBRE LA BASE DE SUPOSICIONES ERRÓNEAS O DE LA CONVENIENCIA, POR CONSIGUIENTE SE PUEDEN DESPERDICIAR RECURSOS Y QUIZÁS NO SE TOMEN LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA PROTEGER A LA POBLACIÓN AFECTADA CON UN AUMENTO SELECTIVO DE LA FRECUENCIA DE DETERMINADAS ENFERMEDADES.

ORGANIZACIONES DE SOCORRO TRAEN EQUIPO MÉDICO COSTOSO, EL HECHO DE QUE NO SEAN APROPIADOS CON LA SINCRONIZACIÓN Y LA NATURALEZA DEL SOCORRO OBEDECE EN PARTE A LA FALTA DE UN MÉTODO ADECUADO PARA EVALUAR LAS NECESIDADES EXISTENTES, ESTAS NECESIDADES VARÍAN CON ARREGLO A LA ETAPA E ÍNDOLE DEL DESASTRE; LA INFORMACIÓN ESTRATÉGICA QUE SE REÚNE ES CRUCIAL PARA LA TOMA DE DECISIONES COMO LA MEJOR MANERA DE PREPARAR Y PROTEGER LA SALUD DE LA POBLACIÓN AFECTADA, Y CÓMO HACER UN BUEN USO DE LOS SUMINISTROS, CLASIFICACIÓN DE LOS MISMOS Y EL RECHAZO DE LOS NO NECESARIOS, LAS MEDIDAS QUE SE EXIGEN EN SITUACIONES DIFERENTES Y CUÁNDO SE DEBEN ADOPTAR; SE TIENE QUE DISPONER DE UNA METODOLOGÍA UNIFORME PARA EVALUAR NECESIDADES PRIORITARIAS, SÍ SE APLICARA ESTE MÉTODO PERMITIRÍA ADOPTAR MEDIDAS CORRECTAS A CORTO PLAZO Y LO QUE ES MÁS IMPORTANTE ESTABLECER UN SISTEMA DE CONTROL A LARGO PLAZO PARA ALERTAR A LAS AUTORIDADES SANITARIAS CON RESPECTO A RIESGOS TARDÍOS,

LA META DEBE SER QUE LOS PAÍSES DESARROLLEN SU PROPIA CAPACIDAD PARA DESASTRES, ESTA META SE PUEDE ALCANZAR DESARROLLANDO UN MÉTODO ACERTADO PARA EVALUAR DAÑOS Y NECESIDADES CON ADIESTRAMIENTO A TERCEROS PARA SU CORRECTA APLICACIÓN.

SI EL EQUIPO ESTÁ FORMADO POR ASESORES EXTRANJEROS DEBERÁ TRABAJAR CON PERSONAL LOCAL QUE TENGA CABAL CONOCIMIENTO DEL PAÍS, SU GENTE, COSTUMBRES, CREENCIAS. (12,14,15,16,18)

ORGANIZACION DE LA ATENCION MEDICA: AL INICIO SE DEBE DELIMITAR LA ZONA AFECTADA POR MEDIO DEL TELÉFONO, RADIOCOMUNICACIÓN O PERSONAL DE BOMBEROS, HACER UNA VISTA AÉREA, TENER LA CERTEZA DE LA MAGNITUD DE LOS DAÑOS OCACIONADOS, TOMAR EN CUENTA VÍAS DE ACCESO TERRESTRES O MARÍTIMAS, COORDINAR LAS DIFERENTES INSTITUCIONES PARA PRONTO AUXILIO, Y LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN A CORTO PLAZO.

SE DEBE ESTABLECER UN PRIMER NIVEL DE CLASIFICACIONES (TRIAGE) E IDENTIFICACIÓN (TAGGING) DE LOS DAMNIFICADOS ANTES DE SU TRASLADO A UN CENTRO ASISTENCIAL.

~~ÁREA DE TRIAGE: EXISTEN CUATRO TIPOS DE CLASIFICACIÓN PARA LA REFERENCIA CON TARJETAS DE COLOR.~~

TARJETA ROJA: PACIENTES CON PROBLEMAS DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, PARO CARDIORESPIRATORIO, HEMORRAGIA SEVERA, INCONCIENCIA, CHOQUE SEVERO, HERIDA ABIERTA DE TÓRAX Y/O ABDOMEN, QUEMADURAS 20%, TRACTORRESPIRATORIO, FRACTURAS MÚLTIPLES) ESTOS PACIENTES TIENEN PRIMERA PRIORIDAD EN LA EVALUACIÓN, CON PROBABILIDAD DE SOBREVIVENCIA, SI RECIBEN CUIDADOS INMEDIATOS PARA SOBREVIVIR.

TARJETA AMARILLA: PACIENTES CON LESIONES LEVES, QUEMADURAS MENORES DE 20%.

TARJETA VERDE: PACIENTES CON PROBLEMAS DE FRACTURAS MENORES, CONTUSIONES, ABRASIONES, QUEMADURAS LEVES, LESIONES MENORES QUE NO IMPLICAN RIESGO PARA SU VIDA.

TARJETA NEGRA: PACIENTES FALLECIDOS, INÚTIL PRESTARLES ATENCIÓN (2,5,13,18).

VI MATERIAL Y METODOS

METODOLOGIA:

TIPO DE ESTUDIO: SE REALIZÓ UN ESTUDIO DE TIPO PROSPECTIVO, DESCRIPTIVO, TRANSVERSAL.

RECURSOS:

- A. MATERIALES
- B. BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
- C. BIBLIOTECA DEL HOSPITAL ROOSEVELTH
- D. BIBLIOTECA DE AMATITLÁN
- E. BIBLIOTECA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
- F. BIBLIOTECA DEL INTECAP
- G. BIBLIOTECA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD
- H. MATERIAL DE ESCRITORIO
- F. COSTO TOTAL Q 350.00

HUMANOS:

- A. PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO Y ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL DE ESCUINTLA.
- B. PERSONAL DEL HOSPITAL DEL IGSS ADMINISTRATIVO
- C. PERSONAL DE LA JEFATURA DE ÁREA ADMINISTRATIVO.

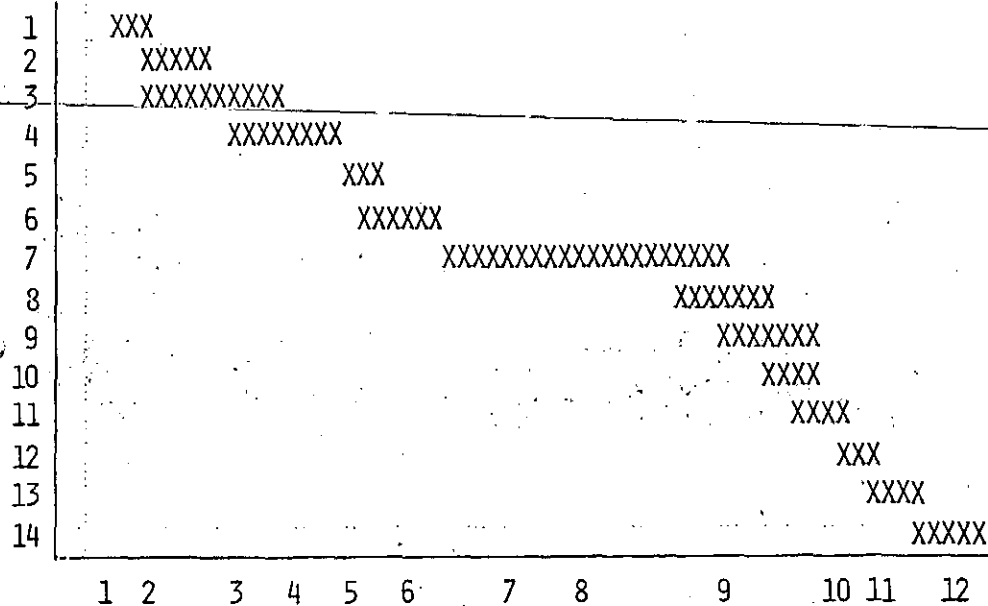
SUJETO DE ESTUDIO:

EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL DE ESCUINTLA Y A LOS JEFES DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO, A QUIENES SE INTERROGARÁ UTILIZANDO EL MODELO DE ENCUESTA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD. OFICINA DE DESASTRES PARA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN NECESARIA PARA DETERMINAR UN PLAN DE SOCORRO.

EJECUCION DE LA INVESTIGACION

GRÁFICA DE GANTT.

ACTIVIDADES



ACTIVIDADES

1. SELECCIÓN DEL TEMA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
2. ELECCIÓN DEL ASESOR Y REVISOR
3. RECOPIACIÓN DE MATERIAL BIBLIOGRÁFICO
4. ELABORACIÓN DE PROYECTO CONJUNTAMENTE CON ASESOR Y REVISOR
5. APROBACIÓN DEL PROYECTO POR LA COORDINACIÓN DE TESIS
6. APROBACIÓN DEL PROYECTO POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL DE ESCUINTLA
7. EJECUCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO
8. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS
9. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS
10. ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y RESUMEN
11. PRESENTACIÓN DEL INFORME FINAL PARA CORRECCIONES
12. APROBACIÓN DEL INFORME FINAL
13. IMPRESIÓN DEL INFORME FINAL Y TRÁMITES ADMINISTRATIVOS
14. EXAMEN PÚBLICO DE DEFENSA DE LA TESIS.

ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION:

DEBIDO A QUE EL PRESENTE ESTUDIO ES DE TIPO DESCRIPTIVO CONSIDERAMOS QUE NO AFECTARÁ DESDE NINGÚN PUNTO DE VISTA A LAS PERSONAS QUE PRESTAN SU COLABORACIÓN EN EL MISMO, QUIENES TENDRÁN LA OPORTUNIDAD DE PARTICIPAR, O NO HACERLO SI LO CONSIDERAN CONVENIENTE. CONSIDERANDO DE IMPORTANCIA LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO PARA PODER RECOMENDAR LAS MEDIDAS ESPECÍFICAS OPORTUNAS PARA UNA ATENCIÓN EFICIENTE EN ESTE TIPO DE PACIENTES.

VII PRESENTACION DE RESULTADOS

EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL DE ESCUINTLA, CON UNA CONSTRUCCIÓN ANTI SÍSMICA BIEN UBICADA CUENTA CON TRES MÓDULOS, UN EDIFICIO DE CUATRO - NIVELES, CARECE DE VARIOS RECURSOS FÍSICOS PARA ATENCIÓN DE DESASTRES. COMO VEREMOS A CONTINUACIÓN EN DONDE SE ANALIZARON LOS DISTINTOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES; RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS Y EN LA ESTRUCTURA AMBIENTAL DE DICHO HOSPITAL, RECURSOS TÉCNICOS TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN, FACILIDAD DE ACCESO.

A. RECURSOS HUMANOS:

EL HOSPITAL SE ENCUENTRA BIEN EQUIPADO CONTANDO CON CUARENTA MÉDICOS CIRUJANOS, OBSTETRAS, INTERNISTAS, TRAUMATOLOGOS, ODONTÓLOGOS, NEURÓLOGOS, RADIÓLOGOS, PEDIATRAS, CONTANDO CON DIECIOCHO PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, CIENTO OCHO AUXILIARES DE ENFERMERÍA, CUATRO TÉCNICOS EN RAYOS X, DIEZ TÉCNICOS Y DOS AUXILIARES BIONALISTAS, DOS TRABAJADORES SOCIALES, VEINTE COCINERAS, DIECIOCHO LAVANDERAS, CINCUENTA Y SIETE OBREROS, DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO EMPLEADOS. ESTO NOS DEMUESTRA QUE EL HOSPITAL SI CUENTA CON EL SUFICIENTE RECURSO HUMANO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN CASO DE DESASTRE.

B. RECURSOS FÍSICOS:

1. ESTRUCTURA AMBIENTAL

CUENTA CON TRES ESTRUCTURAS AMBIENTALES Y UNA DE ELLAS DE CUATRO PISOS ANTISÍSMICA.

2. CAPACIDAD HOSPITALARIA.

EL HOSPITAL DE ESCUINTLA CUENTA CON UN TOTAL DE CIENTO CINCUENTA CAMAS, LO CUAL ES SUFICIENTE PARA LA DEMANDA NORMAL PERO EN CASO DE UNA EMERGENCIA DEBE DE IMPROVISARSE CAMAS PARA PACIENTES LAS QUE SERÍAN INSUFICIENTES PARA ESTE TIPO DE EMERGENCIA.

CONTÁNDOSE CUATRO CAMAS DE TERAPIA INTENSIVA, SEIS CAMAS DE INFECTO-

CONTAGIOSAS Y NO CONTÁNDOSE CAMAS PARA QUEMADOS. SE CUENTA CON SEIS CIENTOS METROS CUADRADOS DE ÁREA TRANSFORMABLE EN CASO DE DEMANDA - INMEDIATA, CONSIDERO QUE CAUSARÍA UNA MAYOR DEMANDA DE SERVICIOS. SE EFECTÚAN DIARIAMENTE DE CINCO A SIETE OPERACIONES ELECTIVAS EN LOS TRES QUIRÓFANOS; SI HABRÍA UNA DEMANDA EXCESIVA E INESPERADA ÉSTO SERÍA DIFÍCIL, POR FALTA DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO COMO SE EXPLICARÁ MÁS ADELANTE.

B. ELECTRICIDAD.

EL HOSPITAL POSEE UNA PLANTA GENERADORA DE ELECTRICIDAD CON CAPACIDAD DE ADMINISTRAR ENERGÍA A TODO EL COMPLEJO HOSPITALARIO CUENTA CON CIRCUITOS ESPECIALES DE ALIMENTACIÓN A TODAS LAS ÁREAS INCLUIDAS DENTRO DEL HOSPITAL. NO ASÍ A ÁREAS EXTRAHOSPITALARIAS - CON CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTOS DE 8,000 GALONES DE DIESEL.

C. AGUA POTABLE:

ESTA ES SUMINISTRADA POR DOS POZOS MECÁNICOS Y UNA BOMBA ELÉCTRICA CON UN DEPÓSITO DE 25,000 LITROS POR LO CUAL EL CONSUMO DIARIO ESTÁ MUY BIEN ABASTECIDO EN CASO DE UNA MAYOR DEMANDA, EL HOSPITAL SI CUBRIRÍA DICHA DEMANDA.

D. ALIMENTACIÓN:

EXISTE UN ADECUADO ALMACENAMIENTO DE ALIMENTOS PERDURABLES Y NO PERDURABLES YA QUE CUENTA CON TRES CUARTOS FRÍOS, PERO SÓLO UNO FUNCIONA. LO QUE PERMITE UN ALMACENAMIENTO DE LEGUMBRES DE OCHO DÍAS, ÉSTO SE DEBE A FALTA DE MANTENIMIENTO DE EQUIPO CAUSADO POR UN BAJO PRESUPUESTO ECONÓMICO.

E. MEDICAMENTOS.

SE COMPROBÓ QUE NO HAY MEDICAMENTOS DE RESERVA PARA SER UTILIZADOS EN CASO DE EMERGENCIA, ÉSTE ASPECTO ES DE SUMA IMPORTANCIA YA QUE NO HABRÍA MEDICAMENTOS PARA UNA EMERGENCIA, ÉSTO SE DEBE A QUE NO

HAY UN PLAN DE EMERGENCIA.

2. RECURSOS TÉCNICOS.

A. INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO:

SE CUENTA CON UN EQUIPO PARA CADA TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MAYOR, POR EJEMPLO: EXISTE SOLAMENTE UN EQUIPO PARA CIRUGÍA GENERAL TRAUMATOLOGÍA, LAPAROTOMÍA, CIRUGÍA MAYOR, CIRUGÍA PEDIÁTRICA, TORACENTESIS Y UN APARATO DE SUCCIÓN LOS CUALES EN CASO DE DESASTRE DEBEN DE IMPROVISARSE O ESTERILIZARLOS CON ANTISÉPTICOS EL EQUIPO YA UTILIZADO.

EQUIPOS DE SUTURA 10, CURACIONES 20, ÉSTE SERÍA EL MÁS UTILIZADO.

CON LA ROPA ESTÉRIL A UTILIZARSE EN SALA DE OPERACIONES, HAY DIECI SEIS PAQUETES LO CUAL ES DIGNO DE MENCIONARSE QUE SERÍA SUFICIENTE.

B. SISTEMA DE ESTERILIZACIÓN,

LA CENTRAL DE EQUIPOS CUENTA CON TRES AUTOCLAVES CON CAPACIDAD PARA VEINTICINCO EQUIPOS DE INSTRUMENTOS, CADA UNO, PERO SÓLO UNA SE UTILIZA POR FALTA DE MANTENIMIENTO.

C. EQUIPO DE RAYOS X:

EL HOSPITAL CUENTA CON TRES EQUIPOS FIJOS DE RAYOS X Y UNO PORTÁTIL QUE SERÍA EL INDICADO PARA USARSE EN ESTOS CASOS DE EMERGENCIA, Y MANTIENEN UN BUEN NÚMERO DE RADIOGRAFÍAS EN RESERVA.

D. BANCO DE SANGRE.

ÉSTE TIENE CAPACIDAD PARA ALMACENAR VEINTE UNIDADES, SIN EMBARGO NO SE USA LA CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO YA QUE LA RESERVA PROMEDIO ES DE CUATRO UNIDADES, ÉSTO SE AGRAVA PORQUE NO HAY UNA LISTA DE DONANTES ASOCIADOS, LO CUAL ES INDISPENSABLE EN TODO BANCO DE SANGRE.

3. RECURSOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN:

SE CUENTA CON DOS AMBULANCIAS, ÉSTO RESULTA SIGNIFICATIVO PARA UN ACCIDENTE, O UNA EMERGENCIA LOS BOMBEROS PRESTARÍAN SU AYUDA.

4. FACILIDADES DE ACCESO Y MOVILIZACIÓN:

SE ENCUENTRA BIEN UBICADO, CUENTA CON UNA VÍA DE ACCESO Y ES DE AS FALTO.

5. PLANES DE EMERGENCIA:

ESTE HOSPITAL NO TIENE DISEÑADO UN PLAN DE EMERGENCIA; LO CUAL PROVOCA QUE NO SE PRESTE LA ATENCIÓN ADECUADA PARA SALVAR VIDAS.

VIII ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS:

A. RECURSOS HUMANOS:

EL HOSPITAL DE ESCUINTLA SI CUENTA CON EL SUFICIENTE PERSONAL PARA UNA EMERGENCIA, CONTANDO CON ESPECIALIDADES COMO: TRAUMATÓLOGOS, - RADIÓLOGOS, SIEMPRE SE TIENE UNA LISTA DE TELÉFONOS DE PERSONAL QUE LABORA EN EL HOSPITAL.

B. RECURSOS FISICOS:

1. ESTRUCTURAS AMBIENTALES:

EL NÚMERO DE CAMAS 150 CON QUE CUENTA EL HOSPITAL, NO ES LO INDICADO PARA ATENDER A LOS PACIENTES EN UNA EMERGENCIA, SE TENDRÍA QUE HACER USO DE ÁREAS TRANSFORMABLES E IMPROVISAR CAMAS. EL NÚMERO DE SALAS DE OPERACIONES ES ADECUADO PERO NO EL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO. LOS SERVICIOS BÁSICOS CONTRIBUYEN EN FORMA SATISFACTORIA YA QUE HAY UNA BOMBA ELÉCTRICA Y UN DEPÓSITO. LAS CONDICIONES DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN SON DEFICIENTES; EN TODO HOSPITAL DEBE DE CONTARSE CON UN LOTE DE MEDICAMENTOS RENOVABLES CADA SEIS MESES, ÉSTO NO SE DA POR FALTA DE RECURSOS ECONÓMICOS O A LA FALTA DE UN PLAN PARA DESASTRES.

2. RECURSOS TECNICOS:

LA ROPA ESTÉRIL ES SUFICIENTE; PERO EL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO ES ESCASO. EL SISTEMA DE ESTERILIZACIÓN SÓLO FUNCIONA UNA AUTOCLAVE, EL SISTEMA QUE FUNCIONARÍA CON EFICIENCIA SERÁ LA ENERGÍA ELÉCTRICA Y EL SISTEMA DE AGUA, TAMBIÉN EL EQUIPO DE RAYOS X YA QUE SE TIENE UN EQUIPO PORTÁTIL Y SE TIENE A DISPOSICIÓN RADIOGRAFÍAS DE RESERVA. EL BANCO DE SANGRE CON CUATRO UNIDADES DE RESERVA SERÍA INSUFICIENTE.

3. RECURSO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION:

SE CUENTA CON DOS AMBULANCIAS Y EN CASO NECESARIO LA COLABORACIÓN DE LOS BOMBEROS.

4. FACILIDADES DE ACCESO Y MOVILIZACION:

SE CUENTA CON UNA CARRETERA ASFALTADA, SERÍA NECESARIO HACER UNA EVACUACIÓN POR VÍA AÉREA.

5. PLANES DE EMERGENCIA:

NO SE TIENE ESTABLECIDO UN PLAN DE DESASTRE, DEBERÁN DE TOMARSE MEDIDAS APROPIADAS PARA QUE FUNCIONE.

IX: DISEÑO DEL PLAN:

CADA HOSPITAL DEBERÁ PREPARAR UN PLAN PARA CASOS DE DESASTRES, BASADOS EN SU CAPACIDAD DE RENDIMIENTO, LA CUAL ABARCARÁ ATENCIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS CON CLASIFICACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LAS VÍCTIMAS, Y ATENCIÓN DE EMERGENCIA INMEDIATA, TRASLADO PARA ATENCIÓN DEFINITIVA.

LA PLANIFICACIÓN DEBE HACERSE CON LAS AUTORIDADES CIVILES Y MILITARES, Y CON OTRAS INSTITUCIONES MÉDICAS, A FÍN DE SER UN COMANDO ÚNICO EFICIENTE PARA LA ACTUACIÓN EN EL ÁREA.

1. UN COMANDO MÉDICO
2. UN SISTEMA DE ASIGNACIÓN DE PERSONAL
3. TRANSFORMACIÓN DE ESPACIOS UTILIZABLES PARA UN TRIAGE EFICIENTE.
4. RECONOCER LA CAPACIDAD DE AUTONOMÍA HOSPITALARIA Y LAS FUENTES DE APROVISIONAMIENTO, DE ELECTRICIDAD, GAS, ALIMENTOS Y SUMINISTROS MÉDICOS.
5. PRONTA TRANSFERENCIA DE PACIENTES; DESPUÉS DE PRESTARLES LOS PRIMEROS AUXILIOS.
6. UN CENSO MÉDICO ESPECIAL PARA ESTOS CASOS.
7. MANTENIMIENTO DE LA SEGURIDAD.
8. ESTABLECIMIENTO DE RELACIONES PÚBLICAS CON UN CENTRO DE INFORMACIÓN.

A. PROPÓSITOS DEL PLAN Y OBJETIVOS:

EL PRINCIPAL PROPÓSITO DE UN PLAN ES ATENDER EL MAYOR NÚMERO DE PERSONAS, QUE REQUIERAN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICO QUIRÚRGICO CON LA MAYOR BREVEDAD Y EFICACIA PARA UNA DISMINUCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD, LOS OBJETIVOS SON:

1. PREPARAR AL PERSONAL Y LOS RECURSOS INSTITUCIONALES PARA UNA MEJOR UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS.

2. INFORMAR A LA COMUNIDAD SOBRE LA IMPORTANCIA DEL PLAN.

B. CARACTERÍSTICAS DEL PLAN:

1. HA DE SER FLEXIBLE, FUNCIONAL Y DE FÁCIL EJECUCIÓN Y DE SUMA ADAPTABILIDAD PARA DIFERENTES SITUACIONES.
2. PERMANENTE Y ACTUALIZARLO.
3. DE FÁCIL COORDINACIÓN CON OTRAS INSTITUCIONES
4. DEBE DE SER PARTE DE UN PLAN GENERAL DE CATÁSTROFES.

C. COMUNICACIONES:

SE HA DE RESTRINGIR EL USO DE TELÉFONO A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.

DEBE DISPONERSE DE UNA LISTA DE TELÉFONOS Y DIRECCIONES DEL PERSONAL INVOLUCRADO. SERÍA MUY RECOMENDABLE QUE CADA HOSPITAL CONTASE CON EQUIPO DE RADIO.

D. ORGANIZACIÓN:

EN DICHO ORGANIGRAMA DEBERÁN ESPECIFICARSE LOS NIVELES DE MANDO, EN LA DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE TAL FORMA QUE SE EVITE LA DUPLICIDAD Y SE CENTRALICEN LOS RECURSOS PARA UN MANEJO DE UN COMANDO ÚNICO.

ES RECOMENDABLE TENER EN BODEGA LOS MEDICAMENTOS, SUMINISTROS Y ÚTILES MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA UN MÍNIMO PERÍODO DE TRES MESES; ESTOS RECURSOS SERÁN DE GRAN UTILIDAD PARA EL MANEJO MASIVO DE HERIDOS Y LA AYUDA EXTERNA LLEGA SIEMPRE EN FORMA TARDÍA. EL HOSPITAL DEBE DE ESTAR PREPARADO PARA CUALQUIER SITUACIÓN DE EMERGENCIA. LA ORGANIZACIÓN Y LA OPERACIÓN QUE DEBERÁN PONERSE EN MARCHA DEPENDERÁN DEL TIPO Y MAGNITUD DEL DESASTRE.

E. ESTRUCTURA DEL PLAN:

1. DIRECTOR COORDINADOR

A. EL PLAN DEBE SER ORIENTADO POR EL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN O LOS JEFES DE LOS DEPARTAMENTOS MÉDICO QUIRÚRGICO.

B. LA COORDINACIÓN CON OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD.

2. COMITÉ DEL PLAN DE DESASTRE:

A. EL COMITÉ A NIVEL DE DECISIÓN Y ACCIONES EJECUTIVAS, CORRESPONDEN AL CUERPO MÉDICO.

B. ESTÁ CONSTITUIDO POR PERSONAL CIENTÍFICO Y TÉCNICO DE LOS SERVICIOS DE LA INSTITUCIÓN.

3. FUNCIONES DEL COMITÉ:

A. COLABORAR EN LA PREPARACIÓN, ORGANIZACIÓN Y REGLAMENTACIÓN DEL PLAN.

B. FAVORECER LA COORDINACIÓN DEL PLAN CON OTROS SIMILARES EN DIFERENTES INSTITUCIONES.

C. VIGILAR LA EJECUCIÓN DEL PLAN Y DISPONER PRÁCTICAS FRECUENTES DE SIMULACROS.

D. EFECTUAR EVALUACIONES PERIÓDICAS Y ACTUALIZAR EL PLAN.

E. RESPONDER POR LA OPORTUNA EJECUCIÓN DEL PLAN Y SU DESARROLLO Y EFICACIA.

4. EJECUCIÓN:

EL EQUIPO DE SALUD CORRESPONDE PONER EN PRÁCTICA, EL DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN CON SERVICIOS A LOS CUALES SE LES HAN ASIGNADO FUNCIONES DEFINIDAS.

EL PLAN DEBE CONTINUARSE PERIÓDICAMENTE CON SIMULACROS ANUALES, EL EJERCICIO DEBE HACERSE CON SIMULACIÓN DE PACIENTES Y CON AVISO PREVIO, LUEGO CON AVISO Y POSTERIORMENTE CON SIMULACIÓN DE VÍCTIMAS. DEBE LLEVARSE UN REGISTRO DE ACCIONES Y TIEMPO EMPLEADO QUE PERMITAN UNA CLASIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN, CON EL FIN DE MEJORARLO EN EL FUTURO.

5. CAPACIDAD OPERATIVA:

DESPUÉS DE HACER UN ESTUDIO DEL PERSONAL DISPONIBLE POR TURNO, ASÍ COMO DEL INSTRUMENTAL, EQUIPO Y OTROS RECURSOS, DEBE DETERMINARSE LA CAPACIDAD OPERATIVA MÁXIMA.

PARA AUMENTAR EL NÚMERO DE CAMAS EXISTEN LAS SIGUIENTES NORMAS:

- A. LAS HOSPITALIZACIONES SE LIMITAN EXCLUSIVAMENTE A PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO Y GRAVE; EL INGRESO DE ESTOS PACIENTES ESTARÍA DIRIGIDO A LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO Y CUIDADOS INTERMEDIOS.
- B. A TODO PACIENTE EN CONDICIONES DE SER DADO DE ALTA, SE LE AUTORIZARÁ EL EGRESO.
- C. SE HABILITARÁN ÁREAS DISPONIBLES PARA AUMENTAR LAS ZONAS DE ATENCIÓN DE PACIENTES, LOS CORREDORES DEBEN QUEDAR LIBRES PARA FACILITAR EL TRÁFICO DE ENFERMOS Y PERSONAL.
- D. CONVERSIÓN DE PIEZAS O HABITACIONES DE UNA SOLA CAMA EN PIEZAS DE DOS, LAS DE DOS EN TRES, LAS DE TRES EN CUATRO, DEBERÁN MANTENERSE EN DEPÓSITO UN 15 A 20% DE LA CAPACIDAD TOTAL DE CAMAS. LA CAPACIDAD OPERATIVA TIENE RELACIÓN CON EL NÚMERO PROBABLE DE CASOS DE EMERGENCIA ATENDIDOS POR DÍA, NÚMEROS DE OPERACIONES QUIRÚRGICAS, ANESTESIAS, INSTRUMENTAL Y EQUIPO DISPONIBLE Y ANTE TODO PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN Y OTROS POTENCIALMENTE PREVIS-
TOS.

ACTIVACION DEL PLAN HOSPITALARIO:

FASE III: DISEÑO DEL PLAN

1. LA COMUNICACIÓN DE UN ESTADO DE DESASTRE DE CUALQUIER TIPO, AL SER RECIBIDA POR EL OPERADOR DEBE LLENAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:
 - A. ¿QUIÉN ESTÁ LLAMANDO? LA PERSONA QUE RECIBA EL MENSAJE DEBERÁ CONOCER PLENAMENTE LA IDENTIDAD DEL INFORMANTE Y ESTABLECER SU CREDIBILIDAD.
 - B. NATURALEZA DEL DESASTRE: DEBE IDENTIFICARSE EL TIPO ESPECÍFICO DEL DESASTRE DEL QUE SE TRATA, A SABER: GEOLÓGICO, AUTOMOTORES, AÉREOS, POR GUERRA, INCENDIO, ETC.
 - C. LOCALIZACIÓN DEL DESASTRE. ÉSTO ES IMPORTANTE PARA CALCULAR EL TIEMPO Y FORMA DE LLEGADA.

- D. NÚMERO DE CASOS QUE SERÁN ENVIADOS AL HOSPITAL.
- E. POSIBLE HORA DE LLEGADA.
- F. MÉTODO DE LLEGADA: (AMBULANCIA, HELICÓPTERO, ETC.)
- G. NÚMERO DE TELÉFONO O REGISTRO DE RADIO DEL INFORMANTE.
2. EL RECEPTOR DEL MENSAJE (OPERADOR DE RADIO O TELEFONISTA) NO TIENE LA AUTORIDAD DE DECLARAR EN ACTIVIDAD, EL PLAN DE DESASTRE. DEBE NOTIFICAR EN SU ORDEN A LAS SIGUIENTES PERSONAS:
 - A. PRESIDENTE DEL COMITÉ DE DESASTRES (JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA).
 - B. DIRECTOR DEL HOSPITAL O SU REPRESENTANTE.
 - C. JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA.

SOLAMENTE ESTAS PERSONAS PUEDEN PONER EN MARCHA EL PLAN DE EMERGENCIA PARA CASOS DE DESASTRE.

UNA VEZ PUESTO EN MARCHA EL PLAN DE DESASTRE, SE PROCEDERÁ DE LA SIGUIENTE FORMA:

A: EL ENCARGADO DE LA PLANTA TELEFONICA:

ESTA PERSONA MANTENDRÁ EL CONTROL SOBRE COMUNICACIONES INTERNAS Y EXTERNAS. SE ASIGNARÁN LAS SIGUIENTES FUNCIONES:

1. UN OPERADOR QUE INICIARÁ LA NOTIFICACIÓN INTERNA DEL DESASTRE, NOTIFICARÁ DE LA EMERGENCIA A LOS SIGUIENTES SERVICIOS:
 - A. SERVICIO DE EMERGENCIA
 - B. SERVICIO DE SEGURIDAD DEL HOSPITAL
 - C. SERVICIO DE ENFERMERÍA
 - D. ADMINISTRACIÓN.
 - E. SALA DE CIRUGÍA
 - F. ANESTESISTAS
 - G. CENTRAL DE EQUIPOS
 - H. LABORATORIO CLÍNICO Y RAYOS X
 - I. TRABAJO SOCIAL
 - J. ADMISIÓN
 - K. PERSONAL DE RESERVA.

2. UN ENCARGADO DE RELACIONES PÚBLICAS, EL CUAL SE ENCARGARÁ DEL CENTRO DE INFORMACIÓN A LA PRENSA Y AL PÚBLICO, SE INSTALARÁ EN LA OFICINA DE ADMISIÓN.

B. CAMBIO DE FUNCIONES DE LAS SALAS:

DEBIDO A LA DISPOSICIÓN DE NUESTRO HOSPITAL Y TOMANDO EN CUENTA LAS LIMITACIONES DE ESPACIO, SE ESTABLECERÁ QUE EN CASO DE DESASTRES, DEBERÁN CONOCERSE LAS SALAS DE ESTA FORMA; (VER CROQUIS EN ANEXO).

1. AREA DE TRIAGE: SE DENOMINARÁ ÁREA DE TRIAGE, EL ÁREA DE CLASIFICACIÓN, LA CUAL SE UBICARÁ EN LA ENTRADA DEL HOSPITAL, POR EL LADO DE LA CONSULTA EXTERNA.
2. AREA ROJA: EL ÁREA ROJA ES EL ÁREA DE PASO, DONDE SE COLOCARÁN A LAS PERSONAS QUE REQUIERAN PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA DE -

TIPO QUIRÚGICO O RESUCITACIÓN, POR EJEMPLO: DISECCIÓN DE VENA, SELLO DE AGUA, CRICOTIROTOMÍA, ETC.

3. AREA AMARILLA: A LA ZONA AMARILLA SE LLEVARÁN PACIENTES CUYAS HERIDAS O LESIONES REQUIERAN UN TRATAMIENTO MENOS URGENTE.
4. AREA VERDE: EN ESTA ÁREA SE PONDRÁN LAS VÍCTIMAS CON LESIONES LEVES O QUE NO SE REQUIERAN TRATAMIENTOS DE URGENCIA. ESTA ÁREA SE LOCALIZARÁ FUERA DEL ÁREA DE PASO, PUESTO QUE SE BUSCA EVITAR TAMBIÉN, EL CHOQUE EMOCIONAL A LAS PERSONAS, POR LO QUE SE UBICARÁ EN EL ÁREA QUE OCUPA ACTUALMENTE EL COMEDOR.

C. DESPUÉS DE REALIZAR EL CAMBIO DE FUNCIONES DE LAS SALAS Y DE EVACUAR ORDENADAMENTE ESTAS ÁREAS, SE PROCEDERÁ A EQUIPAR LAS MISMAS DE LA SIGUIENTE MANERA:

1. PERSONAL: EQUIPAR LAS ÁREAS CON EL PERSONAL ADECUADO LO CUAL ESTARÁ A CARGO DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE DESASTRE, QUE ES EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL, QUIEN CONJUNTAMENTE CON LA ENFERMERA, JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA O BIEN LA SUPERVISORA DEL TURNO, DESIGNARÁN AL PERSONAL SU ÁREA DE TRABAJO.

ES IMPORTANTE QUE EL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA, SALA DE PARTOS, INTENSIVO, NO DEBEN ABANDONAR SU SERVICIO.

2. EQUIPO: EL ENCARGADO DE LA "BODEGA DE DESASTRES", LA CUAL NO EXISTE EN EL HOSPITAL Y SE DEBERÁ IMPLEMENTAR COMO SE SUGIERE EN SEGUIDA, CONJUNTAMENTE CON EL JEFE DE CENTRAL DE EQUIPOS, SE ENCARGARÁN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL EQUIPO HACIA LAS ÁREAS.

D: LA DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL HUMANO Y EQUIPO SE REALIZARÁ DE LA SIGUIENTE MANERA: 1. AREA DE TRIAGE: RECURSOS HUMANOS:

- I. UN JEFE DEL ÁREA DE TRIAGE O CLASIFICACIÓN, QUE SERÁ EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DE HOMBRES O BIEN EL JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA DE HOMBRES.

- II. CUATRO MÉDICOS AUXILIARES (INTERNISTAS DEL SERVICIO DE MEDICINA DE MUJERES.
- III. DOS CAMILLEROS
- IV. DOS SECRETARIAS O PERSONAL DE ADMISIÓN.
2. RECURSOS MATERIALES:
 - I. TARJETAS DE CLASIFICACIÓN.
 - II. ANGIOCATH, AGUJAS, EQUIPO DE VENOCLÍISIS Y SOLUCIONES INTRAVENOSAS.
 - III. FRASCOS DE LABORATORIO PARA MUESTRAS DE SANGRE.
 - IV. CAMILLAS
 - E. ATRIBUCIONES DEL AREA DE TRIAGE:
 1. CLASIFICAR RÁPIDAMENTE Y TRASLADAR A TODO PACIENTE QUE INGRESE AL HOSPITAL PROCEDENTE DEL ÁREA DE DESASTRE.
 2. DE SER NECESARIO Y FACTIBLE CANALIZAR Y TOMAR MUESTRAS DE Hb, Y Ht. GRUPO Y COMPATIBILIDAD A TODO PACIENTE QUE ASÍ LO REQUIERA.
 3. ANOTAR Y GUARDAR LOS CODOS DE LAS TARJETAS DE TODO INGRESO.
 - F. FORMA EN QUE SE REALIZARA EL TRIAGE O CLASIFICACION DE PACIENTES
 ESTA CLASIFICACIÓN SE HACE CONJUNTAMENTE CON EL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN O "TAGGING" PARA LOCALIZAR RÁPIDAMENTE LOS DATOS DEL PACIENTE, NATURALEZA DE LA LESIÓN Y PRIORIDADES OTORGADAS PARA TRATAMIENTOS Y TRASLADO. SE COLOCARÁ A CADA UNO DE LOS PACIENTES UNA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE DISTINTO COLOR, DEPENDIENDO DE LA SIGUIENTE CLASIFICACIÓN:
 1. COLOR ROJO: ES LA PRIMERA PRIORIDAD, ENTRAN DENTRO DE ESTA CATEGORÍA LOS SIGUIENTES PACIENTES:
 VÍCTIMAS, CON LESIONES SEVERAS QUE TIENEN PROBABILIDADES DE SOBREVIVENCIA SI RECIBEN CUIDADOS INMEDIATOS, COMO PROBLEMAS RESPIRATORIOS NO CORREGIBLES EN EL SITIO, HERIDAS TORÁXICAS, HEMORRAGIA INTERNA, HERIDAS DE CRÁNEO CON PÉRDIDA GRADUAL DE LA CONCIENCIA,

DETERIORO DE LOS SIGNOS VITALES, QUEMADURAS QUE OCUPAN DEL 20 AL 60% DE LA SUPERFICIE DEL CUERPO.

2. COLOR AMARILLO: ES LA SEGUNDA PRIORIDAD, EN ESTA CATEGORÍA SE ENCUENTRAN: PACIENTES CON LESIONES SERIAS PERO QUE PUEDEN ESPERAR Y NO REQUIEREN CUIDADOS INMEDIATOS PARA SOBREVIVIR, TALES COMO: FRACTURAS ABIERTAS, FRACTURAS MÚLTIPLES, LESIONES DE COLUMNA, QUEMADURAS QUE CUBREN MENOS DEL 20% DE LA SUPERFICIE DEL CUERPO Y EMERGENCIAS MÉDICAS QUE NO CONSTITUYEN RIESGOS INMEDIATOS PARA LA VIDA DE LA VÍCTIMA.

3. COLOR VERDE: ES LA TERCERA PRIORIDAD, SE TRATA DE: PACIENTES CON LESIONES MENORES QUE NO IMPLICAN RIESGOS PARA SU VIDA Y PUEDEN ESPERAR. GENERALMENTE ESTÁN EN ESTA CATEGORÍA QUEMADURAS MENORES, FRACTURAS CERRADAS, HERIDAS MENORES, CONTUSIONES, ABRASIONES. PACIENTES CON LESIONES MUY GRAVES, CON POCAS POSIBILIDADES DE SOBREVIVIR AÚN RECIBIENDO CUIDADOS INMEDIATOS, PERTENECEN A ESTA CATEGORÍA, POR EJEMPLO: FRACTURAS DE CRÁNEO CON APLASTAMIENTO. ESTA DECISIÓN SERÁ TOMADA ÚNICAMENTE POR EL DIRECTOR DEL ÁREA DE TRIAGE.

4. COLOR NEGRO: SE TRATA DE LA CUARTA PRIORIDAD. CORRESPONDE A LOS FALLECIDOS.

SE PONDRÁ UNA CRUZ AL QUE CORRESPONDA DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO.

G. AREA ROJA:

1. RECURSOS HUMANOS:

I. CUATRO CIRUJANOS, DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DE HOMBRES.

II. DOS ENFERMERAS AUXILIARES

III. UN ANESTESISTA (DE TURNO)

2. RECURSO MATERIALES:

I. EQUIPO INTRAVENOSO O PEDIÁTRICO

II. EQUIPO INTRAVENOSO STANDARD

- III. ESFIGNOMANÓMETROS PEDIÁTRICOS Y PARA ADULTOS.
- IV. CÁNULAS TRAQUEALES
- V. LARINGOSCOPIO PEDIÁTRICO Y DE ADULTOS
- VI. SONDAS NASOGÁSTRICAS Y DE FOLEY
- VII. AMBÚ Y RESUCITADORES
- VIII. ELECTROCARDÍOGRAFO
- IX. EQUIPO PARA TRAQUEOTOMÍA
- X. EQUIPOS PARA VENODISECCIÓN
- XI. EQUIPOS DE SUTURA
- XII. SELLOS DE AGUA
- XIII. GUANTES Y JERINGAS DE DISTINTOS TAMAÑOS
- XIV. OXÍGENO

3. ATRIBUCIONES DEL AREA ROJA:

- I. RESOLVER RÁPIDAMENTE PROBLEMAS QUIRÚRGICOS DE TIPO URGENTE
 - II. MOVILIZAR RÁPIDAMENTE A LOS PACIENTES HACIA SALA DE OPERACIONES O RECUPERACIÓN.
 - III. PACIENTES FALLECIDOS, TRASLADARLOS A LA MORGUE
 - IV. PACIENTES EN CONDICIONES ESTABLES DURANTE TREINTA MINUTOS SE REFERIRÁN A RECUPERACIÓN
 - V. EL PERSONAL DEL ÁREA ROJA DEBERÁ PORTAR UN BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN COLOR ROJO Y NO SE PERMITIRÁ EL INGRESO A ESTA ÁREA A NADIE QUE NO PORTE DICHO BRAZALETE.
- ### H. AREA AMARILLA:
- 1. RECURSOS HUMANOS:
 - I. TRES MÉDICOS GENERALES, DEL SERVICIO DE MEDICINA DE HOMBRES.
 - II. DOS ENFERMERAS AUXILIARES, DE MEDICINA DE HOMBRES
 - III. TRES VOLUNTARIOS
 - IV. DOS MÉDICOS OBSTETRAS (JEFE DEL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA).

2. RECURSOS MATERIALES:

- I. EQUIPOS DE SUTURA
- II. AGUJAS E HILOS DE SUTURA
- III. ANESTÉSICOS LOCALES
- IV. FÉRULAS
- V. GASAS, CURACIONES, ESPARADRAPO
- VI. VENDAS DE TELA
- VII. GUANTES
- VIII. ANTISÉPTICOS Y JERINGAS
- IX. OXÍGENO

3. ATRIBUCIONES DEL AREA AMARILLA:

- I. REALIZAR LOS ESTUDIOS NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES.

II. SUTURAR HERIDAS Y BRINDAR TRATAMIENTOS DE EMERGENCIA

- III. ESTABLECER DIAGNÓSTICOS Y TRASLADAR A LAS PERSONAS HACIA DONDE LO REQUIERA SU ENFERMEDAD.

IV. SI EL PACIENTE ESTÁ ESTABLE, TRASLADARLO HACIA LA SALA DE RECUPERACIONES.

V. EN ESTA ÁREA SE UTILIZARÁ BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN AMARILLO.

I. AREA VERDE:

1. RECURSOS HUMANOS:

- I. TRES MÉDICOS GENERALES
- II. DOS ENFERMERAS
- III. DAMAS VOLUNTARIAS

2. RECURSOS MATERIALES:

- I. ANTISÉPTICOS, JABÓN Y AGUA
- II. TRANQUILIZANTES
- III. EQUIPOS DE LIMPIEZA

3. ATRIBUCIONES DEL AREA VERDE:

- I. ATENDER A LOS PACIENTES QUE SUFRAN LESIONES MENORES.
- II. LIMPIAR Y LAVAR HERIDAS, INMOVILIZAR FRACTURAS Y REALIZAR UN LISTADO DE ORDEN DE RAYOS X, PARA DESPUÉS DE LA EMERGENCIA, SI LA LESIÓN PERMITE ESPERAR.
- III. BRINDAR APOYO EMOCIONAL A LAS VÍCTIMAS Y EVITARLES EN LO POSIBLE EL CHOQUE EMOCIONAL.
- IV. EN ESTA ÁREA, EL TRABAJO ES MÁS LIVIANO, Y DADO EL CASO SE PODRÁ DAR EGRESO RÁPIDAMENTE A LOS PACIENTES.

J. SERVICIOS DE APOYO:

1. CENTRO DE INFORMACION Y RELACIONES PUBLICAS:

ESTA ÁREA, UBICADA EN LA OFICINA DE ADMISIÓN DEL HOSPITAL, SERÁ LA ÚNICA QUE PODRÁ INFORMAR A LA PRENSA Y A LOS FAMILIARES DEL ESTADO DE LAS VÍCTIMAS Y DE CÓMO MARCHAN LAS MEDIDAS DE SALVAMENTE Y CONTROL DE LA SITUACIÓN, EN SU MAYORÍA EL PERSONAL DE ESTA ÁREA SERÁ PARTE DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y CON AYUDA DE COLABORADORES VOLUNTARIOS,

2. LABORATORIO CLINICO:

EL LABORATORIO CLÍNICO DEBERÁ SER INFORMADO INMEDIATAMENTE DE LA SITUACIÓN DEL DESASTRE Y A PARTIR DE ESE MOMENTO DARÁ ATENCIÓN ÚNICAMENTE A LAS SOLICITUDES PROVENIENTES DE PACIENTES - VÍCTIMAS DEL DESASTRE, DEBIDAMENTE IDENTIFICADAS CON EL COLOR QUE LES CORRESPONDE, EN EL ORDEN DE PRIORIDAD.

3. SERVICIOS DE RAYOS X:

EN ESTE SERVICIO SE DARÁ PRIORIDAD A LOS PACIENTES, DEPENDIENDO DEL COLOR DE LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE SER NECESARIO SE PODRÁ ESTABLECER UN NUEVO TRIAGE.

4. SALA DE OPERACIONES:

AL SER NOTIFICADA DEL DESASTRE, EL PERSONAL DE SALA DE OPERACIONES DEBERÁ SOLICITAR A LA BODEGA, EL MATERIAL ESPECIAL EXTRA PA

RA CASOS DE DESASTRE Y DEBERÁ PREPARARSE PARA TRABAJAR A TODA SU CAPACIDAD. SE DEBERÁN SUSPENDER TODOS LOS PROCEDIMIENTOS ELECTIVOS HASTA NUEVA ORDEN.

5. SERVICIOS DE ENCAMAMIENTO DE CIRUGIA:

LOS JEFES DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, AL SER NOTIFICADOS, DEBERÁN PROCEDER A PREPARAR SUS SALAS PARA RECIBIR A LOS PACIENTES. SE PODRÁN DERIVAR HACIA OTROS SERVICIOS A AQUELLOS PACIENTES CUYO ESTADO NO AMERITA CUIDADOS INTENSIVOS EN CASO DE SER NECESARIO. SE SOLICITARÁN CAMAS EXTRAS. LA BODEGA DE EMERGENCIA DEBERÁ PROPORCIONAR LOS MEDICAMENTOS NECESARIOS PARA ATENDER A LOS INGRESADOS.

6. SERVICIOS DE MEDICINA, PEDIATRIA, GINECO-OBSTETRICIA:

ESTOS SERVICIOS REFORZARÁN EL ÁREA DE EMERGENCIA Y MANTENDRÁN SUS SERVICIOS FUNCIONANDO NORMALMENTE. EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA ADEMÁS PREPARARÁ SUS SALAS DE PARTO PARA ATENDER CUALQUIER EMERGENCIA GINECO-OBSTÉTRICA QUE SE PRESENTE.

7. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:

SE ESTABLECERÁ UN AUMENTO EN LOS ABASTECIMIENTOS PARA CUBRIR LA EMERGENCIA.

8. SERVICIO DE SUMINISTROS BASICOS: (BODEGA)

LA PERSONA ENCARGADA DE ESTE SERVICIO DEBERÁ DE DAR PRIORIDAD A LOS PEDIDOS DE LAS ÁREAS DE MAYOR URGENCIA Y DE LA FORMA MÁS INMEDIATA, SI ES NECESARIO SOLICITAR AYUDA. ES INDISPENSABLE QUE SE VIGILE, QUE EN EXISTENCIA SIEMPRE SE MANTENGAN LOS SUMINISTROS MÍNIMOS, COMO SON:

A. ANALGÉSICOS/SEDANTES:

I. AMPOLLAS DE MEPERIDINA (100 MGS.)	20
II. AMPOLLETAS DE DIAZEPAN (100 MGS.)	20
III. AMPOLLETAS DE CLORPROMACINA (50 MGS.)	20

B. ANTIBIÓTICOS:	
I. AMPOLLETAS DE PENICILINA CRISTALINA (3000000)	-600
II. AMPOLLETAS DE PENICILINA PROCAÍNA (4000000)	20
C. SUEROS: (BIOLÓGICOS)	
I. TOXOIDE TETÁNICO (3000 U. c/FRASCO)	200
II. ANTITOXINA (3000-6 000-40 000 U.)	100
D. PREPARACIONES MISCELÁNEAS:	
I. AMPOLLETA DE ATROPINA (0.5 MGS)	150
II. AMPOLLAS DE ISOPRENALINA (2 MGS)	50
III. AMPOLLETAS HIDROCORTISONA (100 MGS)	50
IV. AMPOLLETAS DE FUROSEMIDA (20 MGS.)	100
E. SOLUCIONES REQUERIDAS PARA LA CORRECCIÓN DE ALTERACIONES DE AGUA, ELECTROLITOS Y ÁCIDO BASE (PH)	
I. EQUIPOS DE VENOCÁLISIS	150
II. SOLUCIÓN DEXTROSA (5% Y 10%)	20 LTS.
III. DEXTRÁN	10 LTS.
IV. SOLUCIÓN DE CLORURO DE POTASIO (AMP. 10cc)	25 AMP.
V. SOLUCIÓN DE BICARBONATO DE SODIO	60 AMP.
VI. AGUA BIDEUTILADA PARA INYECCIONES	1 LT.
VII. SOLUCIÓN DE CLORURO DE SODIO (0.9%)	100 LTS.
F. SOLUCIONES INTRAVENOSAS:	
I. SOLUCIÓN DEXTROSA 5 Y 10%	5 LTS.
II. SOLUCIÓN MIXTA I.V.	100 LTS.
III. SOLUCIÓN HARTMAN I.V.	100 LTS.
G. ANESTÉSICOS	
I. LIDOCAÍNA (1 Y 2%) 25 FRASCOS DE 50 CC.	
II. OXIDO NITROSO (DE ACUERDO A PRÁCTICAS Y EQUIPO LOCAL)	
III. HALOTANO (DE ACUERDO A PRÁCTICAS Y EQUIPO LOCAL)	
IV. PANCURÓNICO - 75 AMPOLLETAS	

H. JERINGAS (DESECHABLES)	
I. 10 ML.	200 UDS.
II. 50 ML.	100 UDS.
III. 5 ML.	200 UDS.
IV. 3 ML.	200 UDS.
I. AGUJAS (DESECHABLES)	
I. AGUJAS DE 266 X 16 MM.	200 UDS.
II. ANGIOCAT, NÚMERO 16, 18 Y 20	200 UDS.
J. ANTISÉPTICOS:	
I. ALCOHOL ETÍLICO DE 96	10 LTS.
II. TIMEROSAL O EQUIVALENTE	10 LTS.
III. HIBITANE (CLOREXIDINA)	20 LTS.
IV. SAVLÓN (CLOROHAXIDINA MÁS CITRAMIDA).	20 LTS.
K. APÓSITOS:	
I. TELA ADHESIVA (1.25 A 7.2 CMS. X 10 MTS. 70 ROLLOS)	
II. MATERIAL POROSO NO ADHESIVO (10 CMS. X 10 MTS.) 20 ROLLOS	
III. GASAS ESTÉRILES (SECA CORTADA, SECA SIMPLE)	2,000 UDS.
IV. LÁMINAS DE ALGODÓN	1,000 SOBRES
V. ALGODÓN	5 KILOS
L. MATERIAL:	
I. VENDAS ENYESADAS (ANCHO 4,5,6 CMS. X 2.75 MTS.)	
II. FÉRULAS PARA MIEMBRO PÉLVICO, MODELO THOMAS 5.	

9. SERVICIO DE DAMAS VOLUNTARIAS:

SE EFECTUARÁ UNA LISTA DE PERSONAS DISPONIBLES Y SUS HORARIOS. ESTAS PERSONAS COLABORARÁN EN LA ATENCIÓN PSICO-SOCIAL DE LOS ENFERMOS Y SUS FAMILIAS, COLABORARÁN CON LOS DIFERENTES SERVICIOS Y SE ENCARGARÁN DEL TRANSPORTE HACIA AFUERA DEL HOSPITAL.

10. MORGUE:

EL PERSONAL DE RESERVA ASIGNARÁ A LA MORGUE, EL PERSONAL DE ENFERMERÍA NECESARIO, EL CUAL RECIBIRÁ LOS CADÁVERES Y COMPLETARÁ LA TARJETA DE VÍCTIMAS. CUBRIRÁ LOS CADÁVERES CON SÁBANAS Y ENVIARÁ DOS COPIAS DE LA TARJETA AL PUESTO DE MANDO QUE SE UBICARÁ EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL.

M. CONSIDERACIONES FINALES:

1. SE ESTABLECERÁ UNA JORNADA DE TRABAJO DE DOCE HORAS, ESTABLECIÉNDOSE DOS TURNOS. LOS JEFES DE SERVICIO ELABORARÁN ROLES Y ENVIARÁN DOS COPIAS A LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL.

N. UTILIZACION DE ESTE PLAN DE DESASTRES:

ESTE PLAN DE DESASTRES, ESTÁ CONCEBIDO PARA SER EFECTIVO EN LOS CASOS EN QUE SE CUENTA CON TODO EL PERSONAL POSIBLE Y DEBERÁ TRABAJAR CONJUNTAMENTE CON LA ELABORACIÓN DE UNA BODEGA DE MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA, COMO YA SE INDICÓ.

ESTAS CONDICIONES NO SE DARÁN EN TODOS LOS DESASTRES POR LO TANTO, QUEDARÁ EN MANOS DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE DESASTRES, LAS MODIFICACIONES QUE SE PUDEN HACER EN LA MARCHA DEL PLAN PARA DESASTRES. DEBERÁ TAMBIÉN PRESENTARSE ATENCIÓN AL ORDEN, PARA EVITAR INTERRUPCIONES QUE PUEDEN ESTORBAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE ESTE PLAN.

Ñ. TERMINACION DEL PLAN DE DESASTRES:

1. SÓLO PERSONAS AUTORIZADAS PODRÁN ANUNCIAR QUE EL PLAN DE DESASTRES HA CESADO.
2. PARA DAR POR TERMINADO EL PLAN SE DEBERÁ AVISAR A TODO EL HOSPITAL DE LA FINALIZACIÓN DE LA EMERGENCIA.
3. PASADA LA EMERGENCIA SE EVALUARÁ EL TRABAJO Y SE RENDIRÁ UN INFORME SOBRE EL DESASTRE.

EL ORDEN EN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y EL USO CORRECTO DE

LOS AUXILIARES ESTADÍSTICOS AYUDARÁN EN LA EVALUACIÓN POSTERIOR
DEL DESASTRE.

TRATAMIENTO DEL PACIENTE LESIONADO PARA PROTOCOLO DEL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL DE ESCUINTLA CON LOS SIGUIENTES TEMAS: COMA, AUMENTO DE LA PRESIÓN INTRACRANEAL, TRAUMATISMO CRANEAL, CONVULSIONES.

LESIONES CUELLO, OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA, TAPONAMIENTO CARDÍACO, TÓRAX INESTABLE, HEMOTÓRAX, NEUMOTÓRAX A TENSIÓN Y ABIERTO, AHOGAMIENTO, QUEMADURAS, LESIONES DEL APARATO RESPIRATORIO EN QUEMADOS, PARO CARDIORESPIRATORIO.

URGENCIAS NEUROLÓGICAS

COMA:

TIENE MUY DIVERSAS CAUSAS, QUE VAN DESDE LAS ALTERACIONES METABÓLICAS A LAS ESTRUCTURALES. EL COMA REQUIERE UNA INTERVENCIÓN URGENTE.

I. FISIOPATOLOGÍA: PARA PRODUCIR COMA, UNA ENFERMEDAD DEBE AFECTAR AMBOS HEMISFERIOS CEREBRALES O EL SISTEMA RETICULAR DESDE LA PROTUBERANCIA AL DIENCÉFALO.

II. VALORACIÓN

A. HISTORIA: PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO, LA REALIZACIÓN DE UNA HISTORIA CUIDADOSA TIENE UNA IMPORTANCIA CRÍTICA, LAS CIRCUNSTANCIAS EN LAS QUE SE HA ENCONTRADO AL PACIENTE PUEDEN SUGERIR UN DIAGNÓSTICO.

B. UN EXAMEN GENERAL.

C. EL EXAMEN NEUROLÓGICO: DEBE SER LO MÁS COMPLETO POSIBLE Y REPETIRSE A INTERVALOS FRECUENTES CON EL FIN DE VALORAR EL CURSO CLÍNICO. LOS HALLAZGOS ESPECÍFICOS PUEDEN SUGERIR UN NIVEL ANATÓMICO ESPECÍFICO DE AFECTACIÓN FUNCIONAL DEL SNC.

1. EL NIVEL DE CONCIENCIA SE JUZGA POR LA NATURALEZA DE LA RESPUESTA DEL PACIENTE A DIVERSOS ESTÍMULOS Y POR LA CANTIDAD DE ESTÍMULOS NECESARIOS.

2. TAMAÑO Y REACTIVIDAD PUPILARES.

UNA PUPILA EN POSICIÓN (4-6 MM) Y FIJA SUGIERE UNA LESIÓN DEL MESENCÉFALO.

UNA PUPILA UNILATERALMENTE DILATADA Y FIJA IMPLICA UNA LESIÓN DEL III PAR CRANEAL, COMO LA QUE PODRÍA PRODUCIRSE EN CASO DE HERNIA DEL UNCUS.

3. SE OBSERVAN PUPILAS PEQUEÑAS, PERO REACTIVAS, EN CASO DE ENCEFALOPATÍA METABÓLICA, EN LESIONES DEL DIENCÉFALO O DE LA PROTEINURIA O EN LA SOBREDOSIFICACIÓN POR OPIÁCEOS.
4. SE OBSERVAN PUPILAS BILATERALMENTE DILATADAS Y FIJAS EN CASO DE ENCEFALOPATÍA GRAVE ANÓXICA O DE INTOXICACIÓN POR ESCOPOLAMINA O POR GLUTETIMIDA.
5. POSICIÓN Y MOVIMIENTO OCULARES.
6. RESPUESTA MOTORA.
7. TIPOS DE RESPIRACIÓN.

III. TRATAMIENTO

- A. ASEGURAR UNA RESPIRACIÓN SUFICIENTE. PUEDE SER NECESARIA LA COLOCACIÓN DE UNA VÍA RESPIRATORIA O DE UNA SONDA.
- B. ASEGURAR UN ESTADO CIRCULATORIO ADECUADO. SE DEBE COLOCAR UN CATÉTER DE ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DE GRAN TAMAÑO, PUESTO QUE LA ADMINISTRACIÓN DE LÍQUIDOS O DE MEDICACIONES POR VÍA INTRAVENOSA SE PUEDE HACER BRUSCAMENTE NECESARIA.
- C. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL
- D. EXTRAER MUESTRAS DE SANGRE PARA LA DETERMINACIÓN DE GLUCOSA, ELECTROLITOS, GASES EN SANGRE ARTERIAL, RECUENTO Y FÓRMULA, CALCIO, UREA Y CREATININA.
- E. ADMINISTRAR 50 ML. DE SOLUCIÓN INTRAVENOSA DE DEXTROSA AL 50% SI LA CAUSA DEL COMA NO ESTÁ DEFINIDA.
- F. SI SE SOSPECHA UNA INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA, DEBE ADMINISTRARSE TIAMINA A FIN DE EVITAR EL SÍNDROME DE WERNICKE, QUE PUEDE SER PRECIPITADO POR UNA SOBRECARGA CONSIDERABLE DE HIDRATOS DE CARBONO.
- G. SI SE SOSPECHA QUE LA CAUSA DEL COMA ES UNA SOBREDOSIS DE NARCÓTICOS O LA CAUSA NO ESTÁ DETERMINADA DEBE ADMINISTRARSE CLORHIDRATO DE NALOXONE A DOSIS DE 0.4-0.8 MG. POR VÍA I.V.

H. LA PRESIÓN INTRACRANEAL ELEVADA

- I. DEBE DEFINIRSE Y TRATARSE LA CAUSA ESPECÍFICA DEL COMA.
 1. DEBE EFECTUARSE UNA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA.
 2. SI EXISTE LA POSIBILIDAD DEL TRAUMATISMO, DEBEN OBTENERSE RADIOGRAFÍAS DE CRÁNEO Y DE COLUMNA VERTEBRAL.
 3. LA UTILIZACIÓN DE OTRAS TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO (ELECTROENCEFALOGRAMA, TOMOGRAFÍA CEREBRAL CON ISÓTOPOS, PUNCIÓN LUMBAR Y ANGIOGRAFÍA) DEPENDEN DEL DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO SOSPECHADO.
- IV. CUIDADOS GENERALES DE PACIENTE COMATOSO.
- A. PREVENCIÓN DE LAS LESIONES CUTÁNEAS POR PRESIÓN EXCESIVA.
 - B. PREVENCIÓN DE LAS ABRASIONES CORNEALES. SE DEBEN CERRAR LOS PÁRPADOS CON ESPARADRAPOS, PUDEN SER ÚTILES LAS GOTAS DE METILCELULOSA.
 - C. ~~SE DEBE CAMBIAR LA ROPA DE LA CAMA CON FRECUENCIA.~~
 - D. MANTENIMIENTO DE LA NUTRICIÓN Y LA HIDRATACIÓN.
 - E. MANTENER LA MOVILIDAD ARTICULAR
 - F. LOS ANTIÁCIDOS O LA CIMETIDINA.

AUMENTO DE LA PRESION INTRACRANEAL

ESTÁ CLARO QUE EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN DE UN AUMENTO DE LA PRESIÓN INTRACRANEAL QUE AMENACE LA VIDA DEL PACIENTE CONSISTE EN LA RÁPIDA DETERMINACIÓN DE LA AFECCIÓN CAUSAL, SEGUIDA DE LA APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS DIRIGIDAS AL TRATAMIENTO DE LA CAUSA ESPECÍFICA. LAS POSIBLES CAUSAS SON TUMOR EDEMACEREBRAL, HEMATOMA, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA E HIDROCEFALIA.

I. PRESENTACIÓN

- A. LAS ALTERACIONES INESPECÍFICAS. SON CEFALÉAS, NAÚSEAS, VÓMITOS, AUMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL, BRADICARDIA, PAPILEDEMA, PARESÍAS DEL VI PAR, OSCURECIMIENTOS TRANSITORIOS DE LA VISIÓN Y ALTERACIONES DEL NIVEL DE CONCIENCIA.
- B. GENERALMENTE LA HERNIA SE DEBE A UN GRADIENTE DE PRESIÓN QUE DESPLAZA EL TEJIDO CEREBRAL.
1. HERNIA DIENCEFÁLICA: GENERALMENTE PRODUCIDA POR LESIONES SUPRATENTORIALES MEDIAS. 1) RESPIRACIÓN DE CHEYNE-STOKES. 2) PUPILAS PEQUEÑAS, PERO REACTIVAS, 3) PARESIA DE LA MIRADA HACIA ARRIBA Y 4) ALTERACIÓN DEL ESTADO MENTAL.
 2. LA HERNIA DEL "UNCUS" SUELE SER CONSECUENCIA DE UNA LESIÓN SUPRATENTORIAL LATERAL. 1) ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA, 2) PUPILAS DILATADAS Y FIJAS POR COMPRESIÓN DEL III PAR (LOS MOVIMIENTOS OCULARES PUEDEN ESTAR CONSERVADOS), QUE AFECTA GENERALMENTE EL LADO IPSOLATERAL, Y 3) HEMIPARESÍAS, QUE PUEDEN AFECTAR CUALQUIER LADO.
 3. LA HERNIA AMIGDALAR ES CONSECUENCIA DE LA PRESIÓN QUE FUERZA LA POSICIÓN INFERIOR DEL CEREBELO A TRAVÉS DEL AGUJERO OCCIPITAL. 1) ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA Y 2) IRREGULARIDAD O PARO RESPIRATORIOS.

II. TRATAMIENTO: EL TRATAMIENTO DEBE DIRIGIRSE A LA CAUSA ESPECÍFICA.

- A. HIPERVENTILACIÓN PARA LLEGAR A UNA P_{CO_2} DE 25-30 MM. Hg. LOS EFECTOS SON INMEDIATOS.
- B. SE DEBE INFUNDIR MANITOL, A DOSIS DE 1-1.5 G/KG EN FORMA DE SOLUCIÓN AL 20%.
- C. SE PUEDE ADMINISTRAR GLICEROL POR VÍA ORAL O POR SONDA NASOGÁSTRICA A UNA DOSIS DE 1.3 G/KG AL DÍA EN 4-6 TOMAS. LAS COMPLICACIONES

CIONES DE SU ADMINISTRACIÓN SON UNA GRAN SOBRECARGA CALÓRICA, HIPERGLUCEMIA, HEMÓLISIS Y NECROSISTUBULAR AGUDA.

- D. SE PUEDEN EMPLEAR LOS GLUCOCORTICOIDES, DEXAMETASONA A DOSIS DE 10 MG. POR VÍA INTRAMUSCULAR O INTRAVENOSA, SEGUIDOS DE 4 MG. CADA 6 HORAS.

TRAUMATISMO CRANEAL.

I. TIPOS DE TRAUMATISMOS CRANEALES

II. DIAGNÓSTICO.

A. HISTORIA

B. EXAMEN FÍSICO GENERAL

C. EXAMEN NEUROLÓGICO

D. SE DEBEN OBTENER RADIOGRAFÍAS DE CRÁNEO Y DE COLUMNA CERVICAL.

E. PUEDEN SER NECESARIAS UNA TAG Y UNA ANGIOGRAFÍA.

III. TRATAMIENTO

- A. EL MANTENIMIENTO DE LAS FUNCIONES VITALES. ES DECIR, RESPIRACIÓN PRESIÓN ARTERIAL Y PULSO, ES DE MÁXIMA IMPORTANCIA. ESTO ES PARTICULARMENTE CIERTO PARA LOS PACIENTES CON LESIONES CERVICALES Y DORSALES ALTAS DE LA COLUMNA YA QUE EN ELLOS SE PUEDE DESARROLLAR UNA ALTERACIÓN BRUSCA Y MARCADAS DE LA TEMPERATURA, DE LA PRESIÓN ARTERIAL O DE LA FRECUENCIA CARDÍACA. LA HIPERTENSIÓN Y LA BRADICARDIA PUEDEN SER UNA RESPUESTA REFLEJA A ALGUNA IRRITACIÓN QUE DEBERÁ SER IDENTIFICADA Y TRATADA.
- B. EVITAR LAS MEDICACIONES QUE PUEDEN ALTERAR EL ESTADO MENTAL.
- C. EVITAR UNA EXCESIVA HIDRATACIÓN.
- D. VIGILAR LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES, COMO EDEMA CEREBRAL, DIABETES INSÍPIDA, SECRECIÓN INAPROPIADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA, EDEMA PULMONAR NEUROGÉNICO Y COAGULACIÓN DISEMINADA INTRAVASCULAR.

E. UNA CONVULSIÓN NO ESTÁ INDICADA LA ADMINISTRACIÓN DE ANTICONVULSIVANTES. CUANDO SE PRODUCEN LESIONES QUE PENETRAN DURAMADRE, ESTARÁ INDICADA LA ADMINISTRACIÓN PROFILÁCTICA DE ANTICONVULSIVANTES.

F. LA ADMINISTRACIÓN PROFILÁCTICA DE ANTIBIÓTICOS.
CONVULSIONES PROLONGADAS:

CONVULSIONES GENERALIZADAS REPETIDAS, QUE SON RARAS ENTRE LAS CUALES EL PACIENTE NO RECUPERA LA CONCIENCIA ES DECIR, STATUS EPILEPTICUS.

I. TRATAMIENTOS

A. MEDIDAS DE APOYO. SE DEBEN MONITORIZAR LOS SIGNOS VITALES Y SOBRE TODO LA RESPIRACIÓN. SE DEBE TENER CUIDADO EN PREVENIR UNA POSIBLE ASPIRACIÓN. SE DEBE COLOCAR UN DEPRESOR LINGUAL O UNA VÍA RESPIRATORIA DE PLÁSTICO ENTRE LOS DIENTES.

B. SE DEBE DETERMINAR Y TRATAR RÁPIDAMENTE LA CAUSA. DEBE ADMINISTRARSE 50 ML. DE SUERO GLUCOSADO AL 50% POR VÍA INTRAVENOSA.

C. ANTICONVULSIVANTES

1. EL DIAZEPAN (VALIUM) PUEDE DETENER EL STATUS EPILEPTICUS, PERO NO ES PRÁCTICO PARA LA PREVENCIÓN DE LAS REPETICIONES.

2. LA FENITOÍNA SE EMPLEA EN EL TRATAMIENTO DE STATUS EPILEPTICUS CUANDO HA FRACASADO EL DIAZEPAN, O CON EL FIN DE PREVENIR LA REPETICIÓN DE LAS CONVULSIONES.

PUEDE PRODUCIR HIPOTENSIÓN, APNEA Y ARRITMIA CARDÍACA. LA DOSIS INICIAL HABITUAL ES DE 750-1,500 MG. (ES DECIR 15-18MG.KG.). LA DOSIS DIARIA DE MANTENIMIENTO ES DECIR 4-8MG/KG.

3. EL FENOBARBITAL PUEDE UTILIZARSE CUANDO EL DIAZEPAN Y LA FENITOÍNA HAN FRACASADO. SE DEBE TENER CUIDADO PARA EVITAR LA DEPRE

SIÓN RESPIRATORIA, SOBRE TODO EN PACIENTES QUE YA HAN RECIBIDO DIAZEPAN. LA DOSIS INICIAL ES DE 120-240 MG. ADMINISTRADOS LENTAMENTE POR VÍA INTRAVENOSA. DOSIS TOTAL MÁXIMA DE 400-600 MG., HASTA LA ADMINISTRACIÓN DE LA DOSIS DE MANTENIMIENTO SON DE 1.5 MG./KG. AL DÍA POR VÍA ORAL.

4. SE PUEDE EMPLEAR EL PARALDEHÍDO.

5. ANESTESIA.

TRATAMIENTO DEL PACIENTE LESIONADO

ASFIXIA:

A. OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA. Es esencial una vía aérea libre para el mantenimiento de la vida y debe proporcionarse una inmediatamente. Esto puede lograrse por la simple manipulación de la mandíbula o tracción sobre la lengua.

Si no puede brindarse una vía aérea adecuada rápidamente mediante manipulación externa, es de desear la intubación buco-traqueal inmediata como tratamiento. El dispositivo alterno más eficaz es una sonda esofágica que se introduce a través de la boca en el esófago y tiene un globito en la punta, que se infla para ocluir el órgano y evitar regurgitaciones.

En situaciones externas, en las que la vía aérea está ocluida y no puede retirarse, el cuerpo extraño, puede salvar la vida del paciente el insertor una o dos agujas gruesas calibre 13 a través de la membrana cricotiroides.

La aspiración de vómito constituye una causa frecuente de muerte súbita y deberá prevenirse a toda costa. La mejor posición para cualquier paciente que puede vomitar es el decúbito lateral y con la cabeza ligeramente inclinada hacia abajo.

1. TÓRAX ONDULANTE: Las fracturas costales de localización anterolateral pueden producir inestabilidad de una porción de la pared torácica.

El tratamiento de urgencia consiste en voltear al paciente hacia el lado afectado o brindar estabilización externa del segmento dañado traccionando con bolsas de arena.

2. NEUMOTÓRAX ABIERTO: SE ORIGINA EN UNA LESIÓN ABIERTA DE LA PARED TORÁXICA QUE PERMITE COMUNICACIÓN ENTRE EL ESPACIO PLEURAL Y LA ATMÓSFERA. EL TRATAMIENTO DE URGENCIA CONSISTE EN CUBRIR LA HERIDA CON LIENZO ESTÉRIL SI SE DISPONE DE ÉL, O CON CUALQUIER OTRO MATERIAL SI NO SE DISPONE DE EQUIPO ESTÉRIL.
3. NEUMOTÓRAX A TENSIÓN: DIFÍCIL DE DIAGNOSTICAR, INCLUSIVE AL ARRIBAR EL PACIENTE AL HOSPITAL. LAS MANIFESTACIONES SON DISNEA PROGRESIVA Y CIANOSIS, DISMINUCIÓN O AUSENCIA DE RUIDOS RESPIRATORIOS EN EL LADO AFECTADO, TIMPANISMO A LA PERCUSIÓN Y DESVIACIÓN TRAQUEAL. EL TRATAMIENTO URGENTE CONSISTE EN INSERTAR UNA AGUJA DE GRUESO CALIBRE PARA DESCOMPRIMIR EL ESPACIO PLEURAL Y POSTERIORMENTE COLOCAR UNA SONDA EN EL TÓRAX.

HEMORRAGIA:

LA HEMORRAGIA MACROSCÓPICA MASIVA PROVENIENTE DE HERIDAS SUPERFICIALES VISIBLES ES OBVIA Y PUEDE CONTROLARSE EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS MEDIANTE PRESIÓN LOCAL Y ELEVACIÓN DE LA PARTE. LA PRESIÓN FIRME SOBRE LA ARTERIA MAYOR EN LA AXILA, ESPACIO ANTECUBITAL, MUÑECA, INGLE Y HUECO POPLÍTEO O TOBILLO BASTAN POR LO GENERAL

PUEDE SER NECESARIO UN TORNQUETE PARA EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA MASIVA PROVENIENTE DE HERIDAS EXTENSAS O DE VASOS MAYORES EN UNA EXTREMIDAD. LA FALTA DE AFLOJAMIENTO DEL TORNQUETE EN FORMA PERIÓDICA PUEDE PROVOCAR DAÑO VASCULAR O NERVIOSO IRREPARABLE.

ATENCIÓN EN LA SALA DE URGENCIAS

HAY QUE ELIMINAR DE INMEDIATO TODA ROPA DE PACIENTES CON LESIONES GRAVES, TENIENDO PRECAUCIÓN DE EVITAR MOVIMIENTOS INNECESARIOS. SE TOMARÁN MEDIDAS INMEDIATAS PARA CORREGIR LA ASFIXIA,

HEMORRAGIA, Y CHOQUE.

ES IMPERATIVO REALIZAR UNA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA DE INTEGRACIÓN RÁPIDA Y EL EXAMEN FÍSICO EN LOS PACIENTES CON LESIONES MÚLTIPLES O GRAVES.

LESIONES EN EL CUELLO

TODAS LAS HERIDAS EN EL CUELLO SON POTENCIALMENTE MORTALES, DEBIDO A LAS MÚLTIPLES ESTRUCTURAS VITALES EN ESTA ZONA. SE CLASIFICAN COMO ROMAS O PENETRANTES.

ES DE PRIMORDIAL IMPORTANCIA EL NIVEL INICIAL DE LA CONCIENCIA. LA DEPRESIÓN PROGRESIVA DEL SENSORIO SIGNIFICA SANGRADO INTRACRANEAL Y REQUIERE CRANEOTOMÍA. RONQUERA, ESTRIDOR LARÍNGEO O DISNEA SECUNDARIA A LA COMPRESIÓN DE LA VÍA AÉREA O ASPIRACIÓN DE SANGRE O AMBAS. PUEDE HABER ENFISEMA SUBCUTÁNEO, SI HA OCURRIDO ROTURA DE LA LARINGE O LA TRÁQUEA.

LAS LESIONES A LA COLUMNA Y MÉDULA ESPINAL CERVICALES DEBERÁN SOSPECHARSE SIEMPRE EN LA LESIÓN POR DESACELERACIÓN O CUANDO HA HABIDO ALGÚN TRAUMATISMO VIOLENTO DIRECTO EN EL CUELLO. SI EL NIVEL DE CONCIENCIA ESTÁ DEPRIMIDO, SE INMOVILIZARÁ CUELLO Y CRÁNEO, HASTA QUE SE HAYAN TOMADO RADIOGRAFÍAS DE LA REGIÓN CERVICAL Y SE DESCARTE LA FRACTURA DE VÉRTEBRAS CERVICALES.

LAS LESIONES VASCULARES EN LA BASE DEL CUELLO AMERITAN TORACOTOMÍA, PARA OBTENER EL CONTROL PROXIMAL Y DISTAL DE LOS VASOS SANGUÍNEOS LESIONADOS ANTES DE EXPONER EL SITIO DE LESIÓN PROBABLE.

TRATAMIENTO

CUALQUIER HERIDA DEL CUELLO QUE PENETRA EL MÚSCULO CUTÁNEO REQUIERE EXPLORACIÓN QUIRÚRGICA PARA DESCARTAR LA POSIBILIDAD DE LESIÓN VASCULAR DE IMPORTANCIA.

SE PREFERIRÁ ANASTOMÓSIS TERMINOTERMINAL DE LOS VASOS MOVILIZADOS PERO SI SE HA PERDIDO UN SEGMENTO IMPORTANTE DE ARTERIA, PODRÁ USARSE UN INJERTO AUTÓGENO DE VENA.

CUANDO HAY COMPRESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL CERVICAL POR FORMACIÓN DE HEMATOMA FRACTURAS VERTEBRALES O CUERPOS EXTRAÑOS, ES NECESARIA LA LAMINECTOMÍA DESCOMPRESIVA.

EL TRAUMATISMO POR OBJETOS ROMOS AL CUELLO RARA VEZ REQUIERE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DIRECTO. SE FORMAN HEMATOMAS, LOS CUALES PUEDEN CAUSAR COMPRESIÓN DE LA TRÁQUEA E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA. ESTARÁ INDICADA LA TRAQUEOTOMÍA.

LESIONES TORACICAS . .

LAS LESIONES MÁS COMUNES DEL TÓRAX QUE AMERITAN TRATAMIENTO INMEDIATO SON:

1. OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA
2. HEMOTÓRAX MASIVO
3. TAPONAMIENTO CARDÍACO
4. NEUMOTÓRAX A TENSIÓN
5. TÓRAX INESTABLE
6. NEUMOTÓRAX ABIERTO
7. FUGA MASIVA DE AIRE TRAQUEOBRONQUIAL.

LOS PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA ALTA, APARECEN CIANÓTICOS, CON COLOR CENIZO O GRIS, HAY SONIDOS ESTRIDENTES, REGURGITACIONES, MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS INEFICACES, CONTRACCIÓN DE LOS MÚSCULOS CERVICALES Y RETRACCIÓN DE LAS REGIONES SUPRSTERNAL SUPRACLAVICULAR, INTERCOSTAL O EPIGÁSTRICA.

EL MOVIMIENTO PARADÓGICO INTENSO DE LA PARED TORÁCICA EN EL PECHO INESTABLE ESTÁ USUALMENTE LOCALIZADO EN LA CARA ANTERIOR Y PUEDE VERSE EN SEGUIDA.

PRIORIDAD DE TRATAMIENTO DEBERÁ PROPORCIONAR UNA VÍA AÉREA Y RESTABLECER LA CIRCULACIÓN. ENTONCES SE PUEDE EVALUAR DE NUEVO AL PACIENTE Y DELINEAR LAS MEDIDAS DEFINITIVAS. UNA Sonda ENDOTRAQUEAL

CON GLOBITO Y VENTILACIÓN ASISTIDA SON REQUERIDAS PARA LA APNEA, RESPIRACIÓN INSUFICIENTE, CHOQUE GRAVE, COMA INTENSO, OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA, TÓRAX ONDULANTE O EN HERIDAS ABIERTAS, SUCCIONANTES DEL TÓRAX. EL CHOQUE PERSISTENTE O LA HIPOXIA PUEDEN DEBERSE A HEMORRAGIA MASIVA, TAPONAMIENTO CARDÍACO O NEUMOTÓRAX A TENSIÓN.

EL HEMOTÓRAX, SANGRE EN EL INTERIOR DE LA CAVIDAD PLEURAL, SE CLASIFICA SEGÚN LA CANTIDAD DE SANGRE: MÍNIMO 350 ML., MODERADO 350-1,500 ML., Y MASIVO 1,500 ML. O MÁS.

SE SOSPECHARÁ HEMOTÓRAX EN LAS LESIONES TORÁCICAS PENETRANTES O EN LAS PROVOCADAS POR OBJETOS ROMOS PERO MUY INTENSAS.

HAY DISMINUCIÓN DE LOS SONIDOS RESPIRATORIOS Y MATIDEZ A LA PERCUSIÓN, PERO UNA RADIOGRAFÍA DEL TÓRAX DEBERÁ TOMARSE EN SEGUIDA. SE PROCEDERÁ A INSERTAR INMEDIATAMENTE UNA SONDA DE TORACOSTOMÍA USANDO 2 CATÉTERES PLEURALES DE GRUESO CALIBRE. LA TORACOSTOMÍA CON SONDA ES EL ÚNICO TRATAMIENTO REQUERIDO.

EL NEUMOTÓRAX A TENSIÓN SE DESARROLLA CUANDO UNA FUGA DE AIRE EN UNA VÁLVULA COMO ALETA, PERMITE QUE ENTRE EL AIRE AL ESPACIO INTRAPLEURAL PERO EVITA SU SALIDA; LA PRESIÓN INTRAPLEURAL SE ELEVA, PROVOCANDO COLAPSO TOTAL DEL PULMÓN Y UNA DESVIACIÓN DE LAS VÍSCERAS MEDIASTINALES HACIA EL LADO OPUESTO.

DEBE CORREGIRSE INMEDIATAMENTE PARA EVITAR INTERFERENCIA CON LA VENTILACIÓN EN EL PULMÓN OPUESTO Y LA ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN CARDÍACA.

LAS LACERACIONES PULMONARES SON CAUSADAS POR LESIONES PENETRANTES Y SE ACOMPAÑAN DE HEMONEUMOTÓRAX. ESTÁ INDICADA LA SONDA DE TORACOSTOMÍA PARA EVACUAR EL AIRE PLEURAL O LA SANGRE Y PARA VIGILAR FUGAS CONTÍNUAS.

LA LESIÓN POR OBJETOS ROMOS AL CORAZÓN OCURRE LA MAYOR PARTE DE VECES POR COMPRESIÓN DE UNA RUEDA DE VOLANTE EN LOS ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS. LA LESIÓN VARÍA DE CONFUSIÓN LOCALIZADA A ROTURA CARDÍACA.

LOS DATOS CLÍNICOS INICIALES INCLUYEN FROTES, DOLOR TORÁCICO, TAQUICARDIA, SOPLOS, ARRITMIAS O EVIDENCIA DE GASTO CARDÍACO BAJO EL EGG MUESTRA CAMBIOS INESPECÍFICOS EN LAS ONDAS T Y EN EL COMPLEJO QRS,T

PUEDE OCURRIR HEMOPERICARDIO SIN TAPONAMIENTO Y PUEDE TRATARSE CON PERICARDIOCENTESIS.

LAS LACERACIONES DEL PERICARDIO DEBIDO A HERIDAS POR ARMA BLANCA TIENDEN A SELLARSE Y PROVOCAN TAPONAMIENTO, MIENTRAS QUE LAS HERIDAS POR DISPARO DEJAN UNA ABERTURA PERICÁRDICA SUFICIENTE PARA PERMITIR EL DRENAJE.

EL TRATAMIENTO INICIAL MEDIANTE PERICARDIOCENTESIS HASTA UNA RÁPIDA TORACOTOMÍA Y DESCOMPRESIÓN PERICÁRDICA,

LESIONES ABDOMINALES:

TRAUMATISMOS PENETRANTES: LAS LESIONES PENETRANTES PUEDEN OCASIONAR SEPSIS SI PERFORAN UNA VISCERA HUECA.

CUANDO EXISTE HIPERESTESIS ABDOMINAL CRECIENTE ES NECESARIO REALIZAR UNA EXPLORACIÓN QUIRÚRGICA.

SI LAS LESIONES PENETRANTES AFECTAN A UN VASO DE GRAN CALIBRE O AL HÍGADO, OCASIONAN QUE SOBREVenga CON RAPIDEZ UN CHOQUE GRAVE. TODO PACIENTE EN ESTADO DE CHOQUE CON UNA LESIÓN PENETRANTE DEL ABDOMEN QUE NO HAYA PODIDO SER REANIMADO CON LA ADMINISTRACIÓN DE TRES LITROS DE LÍQUIDO, DEBE OPERARSE DE INMEDIATO, DESPUÉS DETOMAR UNA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX.

LAS HERIDAS CON ARMA BLANCA QUE INVOLUCRAN LA PARTE INFERIOR DEL TÓRAX O DEL ABDOMEN DEBEN SER EXPLORADAS CON RAPIDEZ.

TRAUMATISMOS CONTUSOS: POR LO GENERAL LESIONAN LOS ÓRGANOS ABDOMINALES SÓLIDOS: BAZO, HÍGADO, PÁNCREAS Y RIÑÓN.

MÁS SUSCEPTIBLES SON LA PORCIÓN RETROPERITONEAL DEL DUODENO Y LA VEJIGA URINARIA.

LAS TRES INDICACIONES PRINCIPALES PARA LA EXPLORACIÓN DEL ABDOMEN DESPUÉS DE UN TRAUMATISMO CONFUSO SON PERITONITIS, HIPOVOLEMIA O PRESENCIA DE OTRAS LESIONES QUE CON FRECUENCIA SE ASOCIEN CON LESIONES INTRAABDOMINALES.

TRATAMIENTO:

LESIONES DE LA PARED ABDOMINAL: POR LO GENERAL, LESIONES DE LA PARED ABDOMINAL POR TRAUMATISMOS CONFUSOS SE DEBEN A FUERZAS CONSTANTES. ÉSTO A MENUDO DESVITALIZA EL TEJIDO SUBCUTÁNEO Y LA PIEL Y SI SE RETARDA EL DESBRIDAMIENTO, PUEDE DESARROLLARSE UNA INFECCIÓN ANAEROBIA NECROSANTE GRAVE. EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO APROPIADO ES EL DESBRIDAMIENTO E IRRIGACIÓN.

LESIONES HEPATICAS:

LAS LESIONES EXTENSAS, COMO LAS CAUSADAS POR HERIDAS DE BALA DE ALTA VELOCIDAD, RÁFAGAS A QUEMARROPA O TRAUMATISMOS CONFUSOS DE IMPORTANCIA, PUEDEN REQUERIR DESBRIDAMIENTO Y RESECCIÓN O LOBECTOMÍA HEPÁTICA.

LESIONES ESPLÉNICAS: EL BAZO ES EL ÓRGANO QUE RESULTA LESIONADO CON MÁS FRECUENCIA EN LOS TRAUMATISMOS ABDOMINALES.

AHOGAMIENTO:

SI SE ASPIRA AGUA DULCE, EL LÍQUIDO ES ABSORBIDO RÁPIDAMENTE POR LOS ALVEOLOS Y DA LUGAR A HIPERVOLEMIA INTRAVASCULAR, HIPOTOMICIDAD, DILUCIÓN DE ELECTROLITOS SÉRICOS Y HEMÓLISIS INTRAVASCULAR. LA ASPIRACIÓN DE AGUA SALADA PRODUCE EFECTOS OPUESTOS, PUES PASA LÍQUIDO DEL ESPACIO VASCULAR A LOS ALVEOLOS, PRODUCIENDO HIPOVOLEMIA, HEMOCONCENTRACIÓN E HIPERTONICIDAD.

EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CASI AHOGADO DEBE DIRIGIRSE A LA RESTAURACIÓN INMEDIATA DE LA VENTILACIÓN.

DESPUÉS DE RESTABLECER LA VENTILACIÓN, LOS PRINCIPALES FINES DEL TRATAMIENTO SON VALORAR Y CORREGIR LA HIPOXEMIA RESIDUAL O ACIDOSIS Y LAS ANOMALÍAS ELECTROLÍTICAS. SI EL PACIENTE HA ASPIRADO CANTIDADES SIGNIFICATIVAS DE LÍQUIDO POR LO GENERAL SE NECESITA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL.

QUEMADURAS:

DETERMINACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA LESIÓN.

LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD ESTÁN RELACIONADAS CON EL TAMAÑO (SU SUPERFICIE CORPORAL) Y PROFUNDIDAD DE LA QUEMADURA, EDAD DE LA VÍCTIMA Y SU ESTADO PREVIO DE SALUD, LOCALIZACIÓN DE LA QUEMADURA Y GRAVEDAD DE LAS LESIONES ASOCIADAS (SI HAY ALGUNAS).

TRATAMIENTO:

REANIMACIÓN AGUDA: DESPUÉS DE LA ADMISIÓN AL HOSPITAL DEBERÁ EVALUARSE Y TRATARSE EL ENFERMO COMO CASO DE TRAUMATISMO MAYOR. LA PRIORIDAD CONSISTE EN ASEGURAR UNA VÍA AÉREA ADECUADA. SI HAY ALGUNA POSIBILIDAD DE QUE HUBIERA OCURRIDO INHALACIÓN DE HUMO, HAY QUE HACER INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL PROFUNDA DE CARA Y CUELLO O SI TIENE UNA LESIÓN CRÍTICA.

SI LA QUEMADURA ES GRAVE, DEBERÁ INSERTARSE UNA SONDA DE FOLEY EN EL INTERIOR DE LA VEJIGA PARA VIGILAR EL GASTO URINARIO. SE INSERTARÁ UN CATÉTER INTRAVENOSO DE GRUESO CALIBRE, DE PREFERENCIA EN UNA VENA CENTRAL.

LAS QUEMADURAS GRAVES SE CARACTERIZAN POR PÉRDIDAS ELEVADAS DE LÍQUIDO INTRAVASCULAR, MÁS ACENTUADAS DURANTE LAS PRIMERAS 8-12 HORAS.

AL PRINCIPIO SE ADMINISTRA UNA SOLUCIÓN SALINA CRISTALOIDE PARA CONTRARRESTAR LA PÉRDIDA DE VOLUMEN PLASMÁTICO HACIA EL ESPACIO

EXTRAVASCULAR Y UNA PÉRDIDA MAYOR DE LÍQUIDO EXTRACELULAR HACIA EL ESPACIO INTRACELULAR.

LA CANTIDAD DE LACTATO DE RINGER QUE DEBE ADMINISTRARSE EN LAS PRIMERAS 24 HORAS PARA UNA REANIMACIÓN DE 3-4ML/KG. DE PESO CORPORAL POR PORCENTAJE DE SUPERFICIE CORPORAL QUEMADA. LA MITAD DE LÍQUIDO SE ADMINISTRA EN LAS PRIMERAS 8 HORAS DEBIDO A LA GRAN PÉRDIDA INICIAL DE VOLUMEN.

DESPUÉS DE QUE SE HA INICIADO LA ADMINISTRACIÓN DE LÍQUIDOS POR VÍA INTRAVENOSA Y SE HAN ESTABLECIDO LOS SIGNOS VITALES, LA HERIDA DEBE DESBRIDARSE DE TODA LA PIEL DESVITALIZADA.

LESIONES DEL APARATO RESPIRATORIO EN LOS QUEMADOS:

LA INHALACIÓN DIRECTA DE CALOR SECO CONSTITUYE UNA CAUSA RARA DE DAÑO POR ABAJO DE LAS CUERDAS VOCALES.

EL EDEMA AGUDO DE LA PARTE ALTA DEL APARATO RESPIRATORIO PUEDE PROVOCAR OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA Y ASFIXIA SIN DAÑO PULMONAR. Y DEBE HACERSE INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL MUCHO ANTES QUE SE MANIFIESTE.

LA INHALACIÓN DE GOTITAS, OTRA CAUSA DE LESIÓN DIRECTA A LA PARTE BAJA DE LA VÍA AÉREA, SE CARACTERIZA POR DAÑO AL REVESTIMIENTO EPITELIAL DE CÉLULAS Y DE MUCOSA, RESULTANTE EN EDEMA PULMONAR Y NEUMONITIS.

EL ENVENAMIENTO POR MONÓXIDO DE CARBONO DEBE CONSIDERARSE EN TODO ENFERMO EN EL QUE SE SOSPECHA QUE TIENE LESIÓN POR INHALACIÓN SOBRE LA BASE DE QUE SE HAYA QUEMADO EN UN ESPACIO CERRADO, HAYA EVIDENCIA FÍSICA DE INHALACIÓN O DE DISNEA.

PARO CARDIACO

CONSISTE EN LA DETENCIÓN DE LA RESPIRACIÓN Y DE LA CIRCULACIÓN. SE IDENTIFICA POR LA AUSENCIA DE PULSO Y DE RESPIRACIÓN EN UN INDIVIDUO INCONSCIENTE. SE RIGE POR LA RECOMENDACIÓN DE VÍA AÉREA, RESPIRACIÓN Y DE CIRCULACION.

I. APOYO VITAL INMEDIATO

A. RESPUESTA INMEDIATA: SE DEBE CONFIRMAR LA FALTA DE RESPUESTA DEL PACIENTE, PEDIR AYUDA Y COLOCAR AL PACIENTE EN DECUBITO SUPINO TENIENDO PRECAUCIÓN SI SE SOSPECHA LESIÓN MEDULAR.

B. PAUTA ABC

1. ABRIR LA VÍA RESPIRATORIA MEDIANTE UNA MANIOBRA ADECUADA.

2. SI NO TIENE LUGAR LA RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA DEBE INICIARSE UNA RESPIRACIÓN DE REANIMACIÓN CON CUATRO VENTILACIONES RÁPIDAS.

3. CIRCULACIÓN: SI SE TRATA DEL PULSO CAROTIDEO NO ES PALPABLE SE INICIA COMPRESIÓN TORÁCICA EXTERNA.

SI SE TRATA DE UN SOLO REANIMADOR SE RECOMIENDA UTILIZAR UNA PAUTA DE COMPRESION VENTILACIÓN DE 15:2 EN CASO DE DOS REANIMADORES ESTÁ INDICADA UNA PROPORCIÓN COMPRESIÓN VENTILACIÓN DE 5:1.

II. APOYO VITAL DE SEGUNDA LÍNEA.

A. LA COLOCACIÓN DE UN CATÉTER INTRAVENOSO

B. FÁRMACOS

1. SUPLEMENTOS DE OXÍGENO A UNA CONCENTRACIÓN DE 100%.

2. LA ADRENALINA. UN AGONISTA DE LOS RECEPTORES ADRENÉRGICOS ALFA Y BETA, ESTIMULA LAS CONTRACCIONES CARDÍACAS ESPONTÁNEAS, ELEVA LA PRESIÓN DE PERFUSIÓN DURANTE LA RCP Y PUEDE CONVERTIR UNA FIBRACIÓN VENTRICULAR (FV) EN UN PATRÓN QUE PUEDE SER SUCEPTIBLE DE SER DESFIBRILADO ELECTRICAMENTE. RESULTA EFICAZ

- EN LA ASISTOLIA, LA DISOCIACIÓN ELECTROMECAÁNICA Y EN LA FIBRILACIÓN VENTRICULAR A DOSIS DE 0.5 MG. (5-10) ML. DE UNA SOLUCIÓN 1:10,000) POR LA VÍA INTRAVENOSA CADA CINCO MINUTOS.
3. EL BICARBONATO SÓDICO ESTÁ INDICADO PARA LA CORRECCIÓN DE LA ACIDOSIS METABÓLICA. PUEDE ADMINISTRARSE UN BOLO INICIAL DE 1MEQ/KG. SEGUIDO DE UNA DOSIS CADA 10-15 MINUTOS.
 4. LA ATROPINA. UN FÁRMACO PARASIMPATICOLÍTICO INCREMENTA LA FRECUENCIA DE DESCARGA EN EL MODO SINOAURICULAR Y MEJORA LA CONDUCCIÓN AURICULOVENTRICULAR. RESULTA EFICAZ EN EL TRATAMIENTO DE LAS BRADIARRITMIAS.
 5. EL ISOPROTERENOL. ES UN AGONISTA ADRENÉRGICO. ESTÁ INDICADO EN LAS BRADIARRITMIAS HEMODINÁMICAMENTE IMPORTANTES, REBELDES A LA ATROPINA. 1 Ó 2 MG. DE ISOPROTERENOL A 500 ML. DE SUERO GLUCOSADO AL 5%. LOS IONES CALCIO EFICAZ EN LA DISOCIACIÓN ELECTROMECAÁNICA Y EN LA ASISTOLIA A DOSIS DE 5 ML. DE UNA SOLUCIÓN DE CLORURO CÁLCICO AL 10% REPETIDOS A INTERVALOS DE 10 MINUTOS SI ES NECESARIO.
 6. LA LIDOCAÍNA ELIMINA LA DESCARGA A PARTIR DE LOS FOCOS VENTRICULARES, FIBRILACIÓN VENTRICULAR. LA DOSIS INICIAL ES 1.5 MG/KG. POR VÍA I.V., SEGUIDA DE 1 MG. CADA 5-10 MINUTOS. CUANDO SE HA ELIMINADO LA ARRITMIA UNA INFUSIÓN DE 1-4 MG/MIN.
 7. EL TONSILATO DE BRETILIO EJERCE UN BLOQUEO ADRENEÉRGICO EN LA FIBRILACIÓN VENTRICULAR Y DE LA TAQUICARDIA VENTRICULAR REBELDE. LA DOSIS INICIAL SON 5MG/KG POR VÍA INTRAVENOSA. PUEDEN ADMINISTRARSE DOSIS REPETIDAS DE 10 MG/KG A INTERVALOS DE 15-30 MINUTOS, HASTA ALCANZAR UNA DOSIS TOTAL DE 30 MG/KG.
 8. LA DOPAMINA ES UN ESTIMULADOR DE LOS RECEPTORES A,B Y DOPAMINÉRGICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPOTENSIÓN HEMODINÁMICAMENTE

IMPORTANTE NO SECUNDARIA A HIPOVOLEMIA. 400-800 MG. DE DOPAMINA A 500 ML. DE SUERO GLUCOSADO AL 5% (800 ó 1,600 MG. ML.)

- C. DESFIBRILACIÓN, CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA Y GOLPE PRECORDIAL.
1. LA DESFIBRILACIÓN ELÉCTRICA 300 JOULS REPRESENTA LA TERMINACIÓN DE LA FIBRILACIÓN VENTRICULAR. LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA. URGENCIA ESTÁ INDICADA EN RITMOS VENTRICULARES O SUPRAVENTRICULARES RÁPIDOS EN LOS QUE LA SUPRESIÓN DE LA ARRITMIA ES ESENCIAL PARA EVITAR UN DETERIORO CLÍNICO.

SHOCK

1. CLASIFICACIÓN: HIPOVOLÉMICO, CARDIOGÉNICO, OBSTRUCTIVO Y DESTRUCTIVO.
 - PRESIONES SISTÓLICAS INFERIORES A 90 MM. HG SE ASOCIAN FRECUENTEMENTE A HIPOPERFUSIÓN DE ÓRGANOS VITALES.
 - UN HEMATOCRITO BAJO PUEDE INDICAR HEMORRAGIA.
 - LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL. NO OBSTANTE, UNA PVC BAJA (5CM H₂O) SUELE SER UN SIGNO FIABLE DE HIPOTENSIÓN POR TRASTORNO DE VOLUMEN.
 - EL PH SÉRICO Y LOS NIVELES DE LACTATO ARTERIALES CONSTITUYEN INDICADORES ÚTILES DEL GRUPO DE PERFUSIÓN DE LOS TEJIDOS.
 - EL FUNCIONAMIENTO RENAL. ES UN INDICADOR EFICAZ DE LA PERFUSIÓN PERIFÉRICA.
- I. TRATAMIENTO: EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO ES ALCANZAR RÁPIDAMENTE UNA ADECUADA PERFUSIÓN DE LOS TEJIDOS.
 - A. DEBEN ADMINISTRARSE SUPLEMENTOS DE OXÍGENO. SI ES NECESARIO, DEBE UTILIZARSE LA VENTILACIÓN MECÁNICA, PARA MANTENER LA PO₂ POR ENCIMA DE LOS 60MM Hg.
 - B. INICIALMENTE ESTÁ INDICADA UNA RÁPIDA EXPANSIÓN DEL VOLUMEN

CON CRISTALOIDES. SUERO SALINO NORMAL O LACTATO DE RINGER. SI EL SHOCK VA ACOMPAÑADO DE FUNCIONALISMO CARDÍACO INSEGURO Y/O DE ESTADO VOLUMÉTRICO INESTABLE, DEBE ADMINISTRARSE UNA SOBRECARGA LÍQUIDA DE 300 ML. DE CRISTALOIDE DURANTE 15-20 MINUTOS, SEGUIDA DE UNA NUEVA EVALUACIÓN DEL ESTADO CARDIOPULMONAR.

- C. El BICARBONATO SÓDICO, ADMINISTRADO POR VÍA INTRAVENOSA, ESTÁ INDICADO PARA LA CORRECCIÓN DE LA ACIDOSIS METABÓLICA GRAVE (POR EJEMPLO PH-72). (2,5,6).

X CONCLUSIONES

1. NO EXISTE PLAN DE EMERGENCIA PARA ATENCIÓN EN CASO DE DESASTRE.
2. EL HOSPITAL DE ESCUINTLA SI TIENE RECURSOS HUMANOS SUFICIENTES Y CAPACIDAD PARA ATENCIÓN MASIVA DE PACIENTES.
3. CAPACIDAD HOSPITALARIA PRESENTA DIFÍCIL ENCAMAMIENTO.
4. EL HOSPITAL CUENTA CON DEPÓSITO DE AGUA.
5. PREPARACIÓN DE ALIMENTOS Y CONSERVACIÓN, SE ENCUENTRA EN MALAS CONDICIONES.
6. NO HAY SUFICIENTE EQUIPO DE CIRUGÍA PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MAYORES.
7. EL SERVICIO DE RAYOS X CUENTA CON UN EQUIPO PORTÁTIL Y HAY RESERVA DE RADIOGRAFÍAS.
8. EL BANCO DE SANGRE NO TIENE UNA LISTA DE DONANTES ASOCIADOS.
9. SE UTILIZARÍAN 600 METROS CUADRADOS PARA LAS ÁREAS DE TRIAGE.

XI RECOMENDACIONES

1. DOTAR AL HOSPITAL DE ROPA DE CAMA.
2. DAR SERVICIO DE MANTENIMIENTO AL EQUIPO Y MATERIAL HOSPITALARIO.
3. DOTAR DEL MATERIAL QUIRÚRGICO NECESARIO.
4. DOTAR DE MEDICAMENTOS BÁSICOS Y RENOVARLOS CADA SEIS MESES.
5. CREAR UNA LISTA DE DONANTES ASOCIADOS.
6. HACER UNA PISTA DE ATERRIZAJE DE HELICÓPTEROS.
7. INSTALAR UN EQUIPO DE RADIO TRANSMISIÓN.
8. ELABORAR PLAN DE DESASTRE

XII RESUMEN

EL OBJETIVO DEL ESTUDIO FUE, DETERMINAR SI HAY UN PLAN PARA CASOS DE DESASTRE, YA QUE CONTANDO CON UNA COORDINACIÓN EFECTIVA Y EFICAZ PARA DICHOS SUCESOS Y TIENENDO UNA EMERGENCIA MASIVA, ÉSTO AYUDARÍA A LAS VÍCTIMAS DEL DESASTRE.

DURANTE LOS MESES DE ABRIL Y MAYO SE REALIZÓ LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE CASOS DE DESASTRE. LUEGO DE LA ELABORACIÓN DEL ANTEPROYECTO SE INTERROGÓ A LOS JEFES DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, TÉCNICO, ADMINISTRATIVO, MEDIANTE LA ENCUESTA DISEÑADA POR LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, ÁREA DE DESASTRE. PARA OBTENER INFORMACIÓN NECESARIA DE LOS RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS CON QUE CUENTA EL HOSPITAL. ASÍ COMO OBSERVACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA PARA OBTENER LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA DISEÑAR EL PLAN DE SOCORRO.

SE LOGRÓ ANALIZAR DURANTE LA ENCUESTA QUE EL HOSPITAL SI CUENTA CON EL RECURSO HUMANO Y NO CON LOS RECURSOS FÍSICOS, COMO:

INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, ALIMENTOS, MEDICAMENTOS, SE PROCEDIÓ AL DISEÑO DEL PLAN CON CAPACITACIÓN DEL PERSONAL HOSPITALARIO. SE DETERMINÓ QUE LAS DIFERENTES INSTITUCIONES DE SALUD NO ESTÁ EN COORDINACIÓN CON DICHO HOSPITAL PARA CASOS DE DESASTRE.

XIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BAKER F. EL MANEJO DE DESASTRES CON HERIDAS EN MASA.
ASPEN SISTEM CORPORATION. LONDON AÑO 1990, 8P.
MIEMOGRAFIADO.
2. CAMPBELL SA. EDICIÓN AÑO 1985. MANUAL DE TERAPÉUTICA MÉDICA
3. CALVIN L. FREDERICK. MANUAL DE LA ATENCIÓN SALUD MENTAL
PARA VÍCTIMAS DE DESASTRES 1988. 5P. MIEMOGRAFIADO.
4. CU BENJAMÍN. PLAN DE ATENCIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS EN
CASOS DE DESASTRES. TESIS MÉDICO Y CIRUJANO. UNIVERSIDAD
DE SAN CARLOS, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, GUATEMALA
1989 85 p.
5. LAW REME W. WAY. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. 5A.
EDICIÓN 1987. MANUAL DE LA EDITORIAL MEXICANA.
6. NORMAS DE CIRUJÍA. EDITORIAL CIENTÍFICO TÉCNICO MINISTERIO
DE SALUD PÚBLICA. CIUDAD DE LA HABANA 1982.
7. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. EL DECENIO
INTERNACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LOS DESASTRES NATURALES.
PUBLICACIÓN CIENTÍFICA O.P.S.. VOLUMEN 108 No. 3 MARZO 1990
17 (260,262). OFICINA PANAMERICANA DE LA SALUD.
8. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. LA ADMINISTRACIÓN DE
SUMINISTROS DE SOCORRO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.
PUBLICACIÓN CIENTÍFICA VOLUMEN 113 No. 2 AGOSTO 1992 P.180
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA DE WASHINGTON.
9. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN VÍCTIMAS DE DESASTRE EN ECUADOR
PUBLICACIÓN CIENTÍFICA VLUMEN 113 No. 1 1992.OFICINA

SANITARIA PANAMERICANA DE WASHINGTON.

10. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. EJERCICIO DE DESASTRE EXTERNO EN EL SERVICIO DE SALUD. METROPOLITANO ORIENTE, SANTIAGO DE CHILE. PUBLICACIÓN CIENTÍFICA VOLUMEN 107 NO. 2 1989 173 P. MIMEOGRAFIADO, OFICINA SANITARIA PANAMERICANA DE WASHINGTON.
11. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. EL PERSONAL LOCAL DE SALUD Y LA COMUNIDAD, FRENTE A LOS DESASTRES NATURALES. 1992 8P. (3,4,5,6). OFICINA SANITARIA PANAMERICANA DE WASHINGTON.
12. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ELABORACIÓN DE LAS NECESIDADES EN LA COMUNIDAD EN EL SECTOR SALUD CON POSTERIDAD A LOS DESASTRES. 1988 12P. (8,9,10,11). OFICINA SANITARIA PANAMERICANA DE WASHINGTON.
13. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ADMINISTRACIÓN SANITARIA CON POSTERIDAD A LOS DESASTRES NATURALES. PUBLICACIÓN CIENTÍFICA 407. 1981 15P. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA DE WASHINGTON.
14. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. RESPUESTA DE LA O.P.S. EN CASOS DE DESASTRE. PUBLICACIÓN CIENTÍFICA VOLUMEN 102 No. 5 MAYO 1987 15P. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA DE WASHINGTON.
15. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL PARA VÍCTIMAS DE DESASTRES. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ARMERO O COLOMBIA. PUBLICACIÓN CIENTÍFICA VOLUMEN 104 No. 6 JULIO 1988 12 P.
16. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. SITUACIONES DE DESASTRE. PUBLICACIÓN CIENTÍFICA VOLUMEN 443 1983 10 P.

17. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. SALUD AMBIENTAL CON POSTERIDAD A LOS DESASTRES NATURALES. PUBLICACIÓN CIENTÍFICA VOLUMEN 430 1982. 20P. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA DE WASHINGTON.
18. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ADMINISTRACIÓN SANITARIA DE EMERGENCIA 1981 12P. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA DE WASHINGTON.
19. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. PREPARÁNDOSE EN DESASTRES. 1983 12P. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA DE WASHINGTON.
20. PÉREZ CALDERÓN, LUIS. LA PROBLEMÁTICA DE LA SALUD GENERAL Y DE LA SALUD MENTAL EN DESASTRES 1986. 18 P. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA DE WASHINGTON.
21. REYES, GREGORIO. EVALUACIÓN DE UN PLAN DE SOCORRO Y ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA POST-DESASTRES. TESIS DE MÉDICO Y CIRUJANO. UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. GUATEMALA 1989 53 P.
22. SERMAN J. EPIDEMIOLOGÍA DE DESASTRES 1987 31 P.

A N E X O S

XIV ANEXO
ENCUESTA MEDICOASISTENCIAL

1. DATOS GENERALES:

1.1 NOMBRE DEL CENTRO ASISTENCIAL _____

1.2 DIRECCIÓN: _____

1.3 TELÉFONOS: _____

1.4 SI POSEE EQUIPO DE RADIO: _____

1) SIGLAS: _____

2) FRECUENCIA DE OPERACIÓN: _____

1.5 AREA GEOGRÁFICA: _____

1.6 OBSERVACIONES: _____

2. ESTRUCTURAS AMBIENTALES:

2.1 CAPACIDAD HOSPITALARIA

INDIQUE EL NÚMERO TOTAL DISPONIBLE DE:

I) CAMAS: _____

II) CAMAS DE TERAPIA INTENSIVA: _____

III) CAMAS DE INFECTO CONTAGIOSOS: _____

IV) CAMAS DE QUEMADOS: _____

V) CAMAS DE TERAPIA INTERMEDIA: _____

VI) CAMAS DE ESPECIALIDADES, (ESPECIFIQUE): _____

INDIQUE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS ÁREAS Y AMBIENTES TRANSFORMABLES QUE PODRÍAN SER UTILIZADOS PARA AUMENTAR LA CAPACIDAD HOSPITALARIA EN CASO DE EMERGENCIA O DESASTRE.

ESPECIFIQUE LA SUPERFICIE (EN METROS CUADRADOS) DE DICHS AMBIENTES, SERVICIOS DISPONIBLES EN ELLOS (AGUA, LUZ, TELÉFONO, OTROS) Y CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN QUE PUEDA SER ÚTIL PARA EVALUAR LA APTITUD DE LOS AMBIENTES PARA LA ASISTENCIA MÉDICA EN CASO DE EMERGENCIA O DESASTRE.

AMBIENTE 1

SUPERFICIE	_____	METROS CUADRADOS
AGUA	SI _____	NO _____
LUZ	SI _____	NO _____
TELÉFONO	SI _____	NO _____

AMBIENTE 2

SUPERFICIE	_____	METROS CUADRADOS
AGUA	SI _____	NO _____
LUZ	SI _____	NO _____
TELÉFONO	SI _____	NO _____

AMBIENTE 3

SUPERFICIE	_____	METROS CUADRADOS
AGUA	SI _____	NO _____
LUZ	SI _____	NO _____
TELÉFONO	SI _____	NO _____

AMBIENTE 4

SUPERFICIE	_____	METRGS CUADRADOS
AGUA	SI _____	NO _____
LUZ	SI _____	NO _____
TELÉFONO	SI _____	NO _____

AMBIENTE 5

SUPERFICIE _____ METROS CUADRADOS

AGUA SI _____ NO _____

LUZ SI _____ NO _____

TELÉFONO SI _____ NO _____

AMBIENTE 6

SUPERFICIE _____ METROS CUADRADOS

AGUA SI _____ NO _____

LUZ SI _____ NO _____

TELÉFONO SI _____ NO _____

2.2 AUTONOMÍA

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PERMITIRÁ ESTABLECER EL TIEMPO DE AUTONOMÍA DE LAS INSTALACIONES, EN CASO DE FALLA DE LOS SERVICIOS BÁSICOS O DE CRISIS DE SUMINISTROS.

1) PLANTA

LISTA DE EDIFICIOS QUE COMPONEN LA PLANTA DEL HOSPITAL
(INCLUIR ÁREAS DE MANTENIMIENTO)

EDIFICIO NOMBRE No. DE IDENTIFI- CACIÓN	NÚMERO DE PISOS	No. DE ENTRADAS Y SALI- DAS	AÑO DE CONSTRUC.	TIPO DE CONSTRUC.	No. CAMAS
-----------------------------------------------------	--------------------	--------------------------------------	---------------------	----------------------	-----------

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

OTROS (ANEXAR OTRA(S) HOJA(S))

CUENTA EL HOSPITAL CON TERRENOS AMPLIOS Y DESPEJADOS EN SU CERCANÍA DONDE PODRÍAN UBICARSE HOSPITALES DE CAMPAÑA Y/O SERVICIOS DE EMERGENCIA? (INCLUIR ÁREAS UTILIZADAS PARA ESTACIONAMIENTO, ÁREAS VERDES Y OTRAS). POR CADA ÁREA INCLUIR MEDIDAS EN METROS.

1. ÁREA _____ UBICACIÓN _____ SUPERFICIE _____ MTS.
2. ÁREA _____ UBICACIÓN _____ SUPERFICIE _____ MTS.
3. ÁREA _____ UBICACIÓN _____ SUPERFICIE _____ MTS.
4. ÁREA _____ UBICACIÓN _____ SUPERFICIE _____ MTS.

II) ELECTRICIDAD

SI POSEE PLANTA DE GENERACIÓN DE ELECTRICIDAD, INDIQUE:

- A) TIPO DE PLANTA: _____
- B) CAPACIDAD (Kv): _____
- C) COMBUSTIBLE QUE UTILIZA: _____
- D) CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE COMBUSTIBLE: _____
- E) AUTONOMÍA: _____
- F) INDIQUE SI LA ALIMENTACIÓN POR PARTE DE LA COMPAÑÍA DE ELECTRICIDAD ES UN CIRCUITO INDEPENDIENTE O UN CIRCUITO QUE SIRVE A VARIOS USUARIOS:
 _____ INDEPENDIENTE _____ VARIOS USUARIOS
- G) INDIQUE LOS VOLTIOS DEL SUMINISTRO: _____
- H) INDIQUE LA IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LA SUBESTACIÓN ELÉCTRICA QUE ALIMENTA AL HOSPITAL:

- I) INDIQUE LAS TRES SUBESTACIONES DE LA COMPAÑÍA DE ELECTRICIDAD MÁS CERCANAS AL HOSPITAL PARA PODER ALIMENTARLO POR LÍNEA ESPECIAL DIRECTA EN CASO DE EMERGENCIA:
 1) SUBESTACIÓN _____ DIRECCIÓN _____

- 2) SUBESTACIÓN _____ DIRECCIÓN _____
- 3) SUBESTACIÓN _____ DIRECCIÓN _____
- J) CONSUMO DIARIO PROMEDIO DE CORRIENTE ELÉCTRICA EN 24 HORAS _____ KV/24
- K) ¿TIENE LA ESTRUCTURA FÍSICA HOSPITALARIA LA POSIBILIDAD DE ALIMENTAR CIERTAS ÁREAS INDEPENDIENTES CON ENERGÍA -- ELÉCTRICA? _____ SI _____ NO
- L) SI LA RESPUESTA HA SIDO AFIRMATIVA, EXPLIQUE SI EL SISTEMA NORMAL DE ELECTRICIDAD TIENE CIRCUITOS ESPECIALES DE ALIMENTACIÓN PARA:
- | | | |
|-------------------------|----------|----------|
| UNIDADES DE EMERGENICA | SI _____ | NO _____ |
| QUIRÓFANOS | SI _____ | NO _____ |
| U. CUIDADOS INTENSIVOS | SI _____ | NO _____ |
| U. CUIDADOS INTERMEDIOS | SI _____ | NO _____ |
| LABORATORIO | SI _____ | NO _____ |
| CENTRAL DE EQUIPOS | SI _____ | NO _____ |
| RAYOS X | SI _____ | NO _____ |
| ASENSORES | SI _____ | NO _____ |
| COCINA | SI _____ | NO _____ |
| SISTEMA DE AGUA | SI _____ | NO _____ |
- M) ¿TIENE ALGÚN SISTEMA DE ALUMBRADO DE EMERGENCIA?
- 1) ÁREA _____ TIPO _____
 - 2) ÁREA _____ TIPO _____
 - 3) ÁREA _____ TIPO _____
 - 4) ÁREA _____ TIPO _____
 - 5) ÁREA _____ TIPO _____

III) AGUA POTABLE:

A. FUENTE _____

B) CAPACIDAD DE LOS DEPÓSITOS _____ LITROS

- C. _____ METROS CÚBICOS
- D. DURACIÓN ESTIMADA DE LAS RESERVAS _____ HORAS
- E. CANTIDAD DE AGUA QUE CONSUME EL HOSPITAL POR MES
_____ METROS CÚBICOS.

F. DIMENSIÓN DE LA TUBERÍA DE ADUCCIÓN:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

G. ¿TIENE EL HOSPITAL UN SISTEMA DE BOMBEO DE AGUA?

SI _____ NO _____

H. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA INDIQUE:

NÚMERO DE BOMBAS _____

CAPACIDAD DE C/U _____

I. EN CASO DE EMERGENCIA, ¿CUÁL SERÍA LA FORMA MÁS EFICAZ PARA ABASTECER DE AGUA AL HOSPITAL?

IV) AGUAS NEGRAS.

TIPO DE ELIMINACIÓN: _____

V) ALIMENTACIÓN

A. DEPÓSITOS Y REFRIGERADORES

INDIQUE LAS CARACTERÍSTICAS Y CAPACIDADES DE C/U

B. DURACIÓN ESTIMADA DE LAS RESERVAS DE ALIMENTOS.

ALIMENTOS NO PERDURABLES _____ DÍAS

ALIMENTOS PERDURABLES: _____ DÍAS

VI) MEDICAMENTOS

INDIQUE LA DURACIÓN ESTIMADA DE LAS RESERVAS DE MEDICAMENTOS _____ DÍAS.

3. RECURSOS TÉCNICOS

INDIQUE LAS CARACTERÍSTICAS, CANTIDAD Y CAPACIDAD DE LOS RECURSOS TÉCNICOS DISPONIBLES.

3.1 INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO
INDIQUE ESPECIALIDAD, CARACTERÍSTICAS Y CANTIDAD DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO DISPONIBLE:

- I) CAJAS DE CIRUGÍA ORAL _____
- II) CAJAS TRAUMATOLOGÍA _____
- III) CAJAS NEUROCIRUGÍA _____
- IV) CAJAS LAPAROTOMÍA _____
- V) CAJAS TORACOTOMÍA _____
- VI) CAJAS _____
- VII) CAJAS _____
- VIII) CAJAS _____
- IX) CAJAS _____
- X) CAJAS _____

3.2 SISTEMAS DE ESTERILIZACIÓN.
INDIQUE RESPECTO A CADA UNO DE ESTOS EQUIPOS:

- I) TIPO: _____
- II) CAPACIDAD _____
- III) FUENTES DE ENERGÍA _____
- A) _____
- TIPO _____
- CAPACIDAD _____
- B) _____
- TIPO _____
- CAPACIDAD _____

FUENTES DE ENERGÍA: _____

IV) NÚMERO TOTAL DE EQUIPOS DE ESTERILIZACIÓN _____
 CAPACIDAD TOTAL _____

3.3 EQUIPOS DE RAYOS X

INDIQUE EL TIPO Y CARACTERÍSTICAS DE CADA UNO DE LOS EQUIPOS:

FIJO _____ PORTÁTIL _____

TIPO: _____

CARACTERÍSTICAS: _____

FIJO _____ PORTÁTIL _____

TIPO _____

NÚMERO TOTAL DE EQUIPOS DE RAYOS X _____

FIJO _____ PORTÁTIL _____

3.4 OTROS EQUIPOS

INDIQUE RESPECTO A CUALQUIER OTRO EQUIPO DISPONIBLE

NOMBRE: _____

TIPO: _____

CARACTERÍSTICAS _____

NOMBRE: _____

TIPO: _____

CARACTERÍSTICAS _____

NOMBRE: _____

TIPO: _____

CARACTERÍSTICAS _____

3.5 BANCO DE SANGRE

SI POSEE BANCO DE SANGRE INDIQUE:

I) CAPACIDAD _____ LTS. _____

- PSICÓLOGOS _____
- SOCIÓLOGOS _____
- ANTROPÓLOGOS _____
- TRABAJADORAS SOCIALES _____
- PROFESIONALES DE ENFERMERÍA _____
- TÉCNICOS MÉDICOS _____
- AUXILIARES SOCIALES _____
- AUXILIARES DE ENFERMERÍA _____

4.3 EMPLEADOS Y OBREROS

- I) NÚMERO DE EMPLEADOS _____
- II) NÚMERO DE OBREROS _____

5. RECURSOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN

5.1 NÚMERO DE AMBULANCIAS: _____

5.2 OTROS VEHÍCULOS DE TRANSPORTE, ESPECIFIQUE:

TIPO: _____

CARACTERÍSTICAS _____

TIPO: _____

CARACTERÍSTICAS _____

TIPO: _____

CARACTERÍSTICAS _____

5.3 FACILIDADES DE ACCESO Y MOVILIZACIÓN:

I) SI EXISTE UN HELIPUERTO CERCANO A LAS INSTALACIONES INDIQUE:

A) SITUACIÓN GEOGRÁFICA: _____

B) DISTANCIA ENTRE EL HELIPUERTO Y LAS INSTALACIONES _____

II) SI EXISTE UN AEROPUERTO O PISTA DE ATERRIZAJE CERCA NO A LAS INSTALACIONES, INDIQUE:

A) SITUACIÓN GEOGRÁFICA: _____

- B) CARACTERÍSTICAS _____
- III) SI EXISTE UN PUERTO CERCANO A LAS INSTALACIONES INDIQUE
- A) SITUACIÓN GEOGRÁFICA _____
- B) DISTANCIA ENTRE EL PUERTO Y LAS INSTALACIONES: _____
- C) CARACTERÍSTICAS _____
- IV) INDIQUE LAS PRINCIPALES Y MEJORES VÍAS DE ACCESO A LAS INSTALACIONES:
- _____
- _____
- _____

6. PLANES DE EMERGENCIA

6.1 SI EXISTE UN PLAN DE EMERGENCIA INDIQUE (ADJUNTANDO COPIA DE DICHO PLAN):

I) HA SIDO PUESTO EN PRÁCTICA:

SI _____ FECHAS _____

NO _____

II) HAN SIDO REALIZADOS SIMULÁCROS DE SITUACIONES DE EMERGENCIA O DESASTRE?

UNA VEZ _____ FECHA _____

VARIAS VECES ¿CUÁNTAS? _____

PERIÓDICAMENTE. ¿CADA CUÁNTO TIEMPO?: _____

NUNCA _____

III) EN CASO DE HABER REALIZADO SIMULACROS, ¿CUÁLES HAN SIDO LOS RESULTADOS?

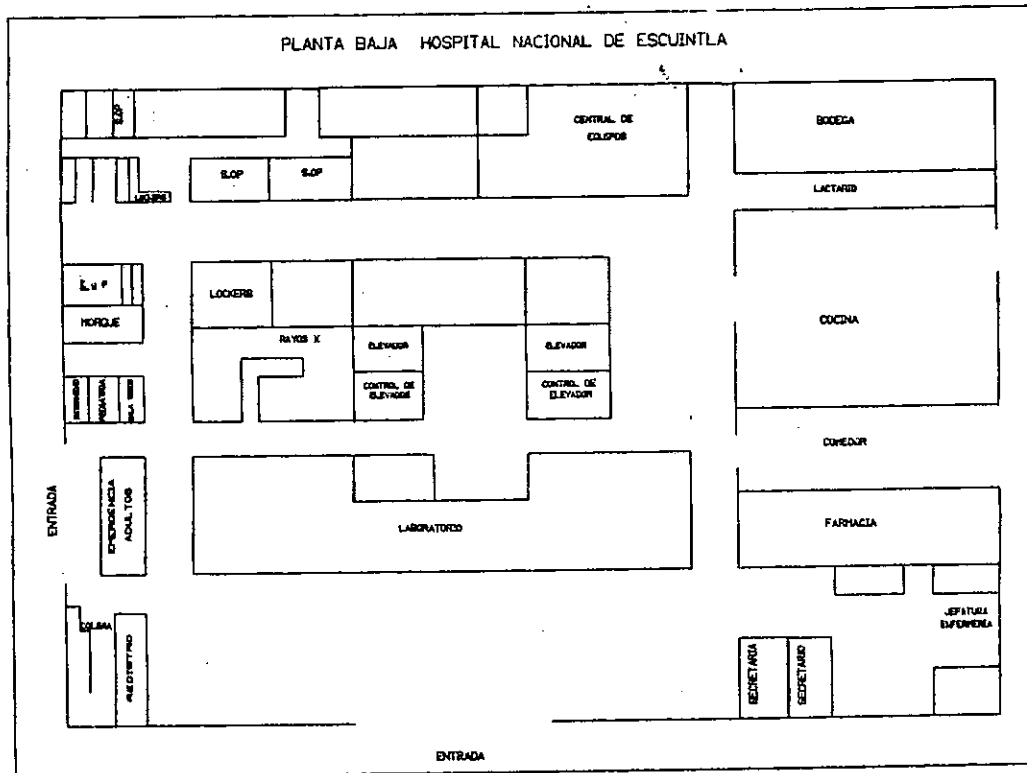
ANEXO 3

LISTA DE MEDICAMENTOS Y EQUIPOS PARA DESASTRES MAYORES

- 1) ANTIBIÓTICOS: DIFERENTES TIPOS DE ANTIBIÓTICOS PARA COBERTURA Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES YA ESTABLECIDAS Y LAS QUE SE ESPERAN EN ESTE TIPO DE TRATAMIENTOS, NO ÓPTIMOS.
- 2) ANALGÉSICOS: ORALES, INTRAMUSCULARES Y ENDOVENOSOS.
- 3) VENDAS DE GASA: ELÁSTICAS Y DE YESO.
- 4) FÉRULAS: PARA INMOVILIZACIÓN, EQUIPOS DE TRACCIÓN.
- 5) PLACAS DE RAYOS X, DE DIFERENTES TAMAÑOS, ASÍ COMO REACTIVOS PARA EL REVELADO MASIVO DE PLACAS.
- 6) GUANTES DESCARTABLES DE CAUCHO O VINIL, PREFERIBLEMENTE ESTÉRILES PARA QUIRÓFANO Y MANEJO DE PACIENTES.
- 7) SONDAS PARA CATETERISMO VESICAL TIPO FOLEY, Nos. 10 AL 18.
- 8) SONDAS PARA SUCCIÓN NASOGÁSTRICA, DIFERENTES CALIBRES.
- 9) CATÉTERES O TUBOS PARA DRENAJE TORÁCICO CON EQUIPOS Y FRASCOS (TIPO SELLO DE AGUA).
- 10) BATAS, SÁBANAS, BOTAS, GORROS, MASCARILLAS PARA SALA DE OPERACIONES, ESTÉRILES PREFERIBLEMENTE DESCARTABLES; ÉSTOS SON UNO DE LOS SUMINISTROS MÁS IMPORTANTES, YA QUE EN ESTADO DE EMERGENCIA EL LAVADO DE ROPA Y LA ESTERILIZACIÓN DE LA MISMA PUEDE VERSE OBSTACULIZADA.
- 11) SOLUCIONES ENDOVENOSAS Y EQUIPOS PARA ADMINISTRACIÓN, PREFERIBLEMENTE EN ENVASES PLÁSTICOS Y JERINGAS. EL HOSPITAL DEBERÁ SOLICITAR LOCALMENTE EL ENVÍO DE SOLUCIONES CRISTALOIDES Y LOS EQUIPOS DE ADMINISTRACIÓN DE LAS MISMAS. ES IMPORTANTE QUE SE AGOTEN LAS EXISTENCIAS NACIONALES ANTES DE RECIBIR LA AYUDA INTERNACIONAL.

- 12) MATERIAL ORTOPÉDICO: COMO PLACAS, CLAVOS, TORNILLOS Y FÉ-
RULAS PARA EL MANEJO Y TRATAMIENTO DE FRACTURAS.
- 13) SOLUCIONES ANTISÉPTICAS: (YODADAS, CON HEXACLOROFENO).
- 14) CREMAS O POMADAS (TIPO VASELINA, FURACIN, ETC.)

PLANTA BAJA HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA



AREAS DE TRIAGE
HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA

