

bores generales de capacitación y entrenamiento que se realicen para el correcto funcionamiento de los planes de contingencia, estará a cargo del Comité Nacional de Emergencias ".

8.3.1 PLANES DE CONTINGENCIA EN EL SECTOR SALUD

Al realizar los planes de contingencia en el sector, tenemos que tener en cuenta, que las responsabilidades específicas del mismo son :

- Los primeros auxilios, clasificación y atención médico-quirúrgica de las víctimas.
- Coordinar traslado y evacuación de heridos y enfermos
- Coordinar la organización y refuerzo de hospitales que reciban evacuados.
- Reposición de la atención médica habitual
- Vigilancia epidemiológica y medidas de saneamiento ambiental básico.
- Medidas de protección de la salud mental de la población afectada.
- Evaluación de las acciones ejecutadas durante anteriores emergencias.

Para lo cual en los planes de contingencia tienen que quedar claro :

1. Misiones extrahospitalarias
2. Vias de acceso y evacuación
3. Autonomía hospitalaria
4. Reestructuración hospitalaria para la atención de víctimas en masa.

5. Reestructuración de los departamentos de atención
6. Reestructuración de los departamentos de apoyo
7. Reestructuración del departamento administrativo
8. Reestructuración de los servicios generales
9. Reestructuración de los departamentos de epidemiología, sanidad ambiental
10. Estructurar la coordinación, la remisión, comunicación y transporte con los hospitales periféricos, de nivel superior y nivel central.
11. Estructurar la coordinación del hospital con los demás sectores de la comunidad.

Teniendo en cuenta las innumerables variables que salen del análisis de vulnerabilidad, las normas generales que aquí se dictan no son rígidas, serán adecuadas por el comité de emergencia intrahospitalario, de acuerdo a la realidad de su institución.

El método más viable es establecer en forma general, misiones específicas para cada departamento y desarrollarlos integralmente en base a los recursos disponibles y capacidad operativa de cada institución, teniendo en cuenta el modelo de reestructuración hospitalaria que se propone más adelante.

1. MISIONES EXTRAHOSPITALARIAS

La primera y más importante que servirá para facilitar la atención de emergencias es establecer contacto directo, personal y continuo, con aquellos individuos responsables de las diferentes organizaciones dentro de la comunidad, que en un momento dado puedan apoyar o sean apoyados por el hospital en caso de emergencia.

La mejor manera de hacerlo, es mantener una lista en la dirección del hospital, con nombres direcciones, teléfonos, lugares donde puedan ser localizados en situaciones especiales. Así como de sus reemplazos en la cadena de mando de la organización.

Hacemos énfasis en el contacto directo, personal y continuo, porque será este tipo de contacto el que permitirá aclarar y consolidar los mecanismos de coordinación y apoyo inter-institucionales, para una respuesta real, rápida y eficaz a una situación de emergencia.

Establecer contacto permanente con las personas responsables en el servicio seccional de salud y en especial con los hospitales periféricos, para tener una visión continua de las capacidades y tipo de atención que pueda servir de apoyo al hospital en la remisión de los pacientes; sobre todo, si tenemos en cuenta que las instalaciones de atención sanitarias dentro de el área afectada por un desastre, pueden sufrir

daños o estar agobiadas por el gran número de pacientes y los establecimientos periféricos fuera de la zona de desastre, bien pueden estar en condiciones de atender una carga de trabajo mucho mayor o prestar servicios médicos especializados como son : Neurocirugía y otros tipos de cirugía. La decisión de redistribución de pacientes en los hospitales fuera de la zona de desastre, debe considerarse cuidadosamente, porque una evacuación no planificada bien puede crear más problemas de los que resuelve. La mejor manera de equipar los recursos con las necesidades, es la utilización y refuerzo racional de los hospitales que estén más cerca del área de impacto.

La presentación visual en mapas de la zona, del número de camas disponibles, el personal médico, de enfermería, los suministros médicos esenciales y otras necesidades, le permiten al director del hospital orientar la ayuda externa hacia los lugares en los cuales, el apoyo necesario y beneficios previsibles son mayores. Una de las responsabilidades del Director del hospital, es precisamente la coordinación con el Comité de Emergencia Local, la oficina de coordinación del Ministerio de Salud, y de la Seccional del Servicio de Salud para la utilización de las camas disponibles en los hospitales periféricos. El análisis de los datos resultantes de la clasificación, vías y mecanismos de remisión así como capacidad operativa de los hospitales periféricos, permitirá identificar las

pautas de redistribución de pacientes.

Es de capital importancia, establecer una política de proyección del hospital a la comunidad, por medio de programas de educación en primeros auxilios, medidas de autoprotección, transporte de víctimas, sanidad ambiental e higiene. Una comunidad preparada será una ayuda eficaz en casos de emergencia. Por esta razón se deben establecer los mecanismos de coordinación necesarios con los medios de información al público disponibles dentro de la comunidad; esto servirá además para mantener informada a la comunidad sobre las medidas y capacidades del hospital durante la emergencia, evitando los rumores sobre epidemias y disminuyendo la ansiedad de la población .

2. VIAS DE ACCESO Y EVACUACION

En los planes de contingencia debe quedar claro :

- Con qué vehículos adecuados para el transporte de víctimas, institucionales y extrainstitucionales, se puede contar en caso de emergencia.

- Especificar sobre mapas, las vías de acceso más expeditas a las instituciones, dar a conocer dichas vías a las autoridades de policía y Defensa Civil, así como a las instituciones que facilitan vehículos, a fin de ser utilizadas y mantenidas libres de tránsito no urgentes.

- Especificar sobre mapas las vías de remisión, evacuación y recibimiento de ayuda, desde y hacia :
 - Hospitales periféricos
 - Aeropuerto
 - Helipuerto
 - Puertos fluviales o marítimos
 - Poblaciones cercanas
- Informar a las autoridades para mantener libres estas vías.
- Establecer en planos institucionales vías de acceso y evacuación de :
 - Personal
 - Pacientes
 - Familiares

3. AUTONOMIA HOSPITALARIA

Es esencial que todo hospital tenga capacidades instrumentales que le permita ser auto-suficiente como mínimo por cuatro días, con reservas en medicamentos, energía, agua y alimentos.

Por tanto, los servicios de mantenimiento tienen que hacer un estudio de sus posibilidades de operación y establecer normas teniendo en cuenta lo siguiente , con respecto a :

- Energía eléctrica;
- Planos estructurales
- Posibilidad de fuente alterna

- Tipo de conexiones
- Reserva de combustible
- Normas de prioridad en :
 - Zona de cirugía
 - Zona de esterilización
 - Zona de cuidados intensivos
 - Zona de cuidados intermedios
 - Zona de clasificación
 - Otras que consideren necesarias
- Disponibilidad de linternas o lámparas de petróleo.
- Agua potable:
 - Fuente normal (planos estructurales ,
 - Fuentes alternas
 - Reservas
- Posibilidad de establecer tanques adicionales
- Normas sobre prioridad de uso
- Drenajes y eliminación de desechos:
 - Planos estructurales
 - Zonas de eliminación
 - Normas de uso
- Alimentos:
 - Reservas
 - Convenios con proveedores para abastecimiento en emergencia
 - Normas de utilización y adquisición de acuerdo al tipo de lesiones más frecuentes en las diferentes clases de desastres.

4. REESTRUCTURACION HOSPITALARIA

La base para la reestructuración hospitalaria, está en la necesidad de reacondicionar y proveer ampliación en el área hospitalaria, para atender un gran número de pacientes y poderle brindar a los mismos, la mejor atención con los medios disponibles.

En nuestro país está comprobado que la metodología más viable, aplicable para racionalizar la atención es el " cuidado progresivo de pacientes ".

El cuidado progresivo de pacientes más que un sistema es una política y una filosofía aplicable a cualquier organización de atención médica, desde el puesto de salud hasta el hospital regional o universitario , estableciendo niveles de atención y referencia de acuerdo a la complejidad de éstos, en relación específica con la magnitud del problema de salud de cada paciente.

La Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS) adoptó en 1973 la siguiente definición para el cuidado progresivo del paciente : " Es la concepción mediante la cual se organizan los servicios hospitalarios y otros afines según las necesidades de atención del paciente, en tal forma que el enfermo recibe los servicios hospitalarios y otros afines según el grado en que los requiera, en el momento más

oportuno y en el sitio y área física del hospital más apropiado a su estado clínico."

Los sistemas hospitalarios tradicionales agrupan los enfermos según el diagnóstico en cuatro departamentos : medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría, de los cuales se derivan especialidades y sub-especialidades, sin tener en cuenta como criterio de agrupación la gravedad de cada estado patológico. Por otra parte generalmente, el número de camas y la asignación de recursos no obedecen a la demanda real, sino a otros factores que hacen que unos departamentos aparezcan hipertrofiados en detrimento de otros. Además, la capacidad instalada y los servicios para-médicos son frecuentemente sub-utilizados, aún dentro del mismo departamento, por la rigidez del sistema en cuanto a la agrupación por diagnóstico u órganos enfermos.

En el cuidado progresivo de pacientes, la agrupación de éstos no se hace según su diagnóstico sino de acuerdo a la necesidad de atención médica y paramédica en cuanto a gravedad y oportunidad.

Es decir, que el grado de enfermedad y dependiendo únicamente de éste, permite clasificar y situar a los pacientes en diferentes niveles básico o mínimo, intermedio e intensivo, aplicando los recursos técnicos y administrativos, médicos y paramédicos proporcionalmente a la

magnitud del problema de salud de los pacientes.

Siguiendo este orden de ideas, las áreas institucionales en caso de desastre deben reagruparse según el siguiente esquema (estas áreas perfectamente delimitadas sobre planos, deben constar en los planes intrahospitalarios de contingencia.)

1. Areas de atención

- Area de clasificación
- Area de cuidados básicos o mínimos
- Area de cuidados intermedios
- Area de cuidados intensivos
- Area de consulta externa (que puede integrarse al área de cuidados básicos)

2. Areas de procedimientos

- Area quirúrgica
- Area prequirúrgica -integrados al área de cuidados intensivos
- Area post-quirúrgica- Integrados al área de cuidados intensivos
- Area antichoque-Integrados al área de cuidados intensivos
- Area de procedimientos menores (yesos, vendajes, suturas, etc.).

3. Areas de apoyo

- Area de laboratorio

- Area de rayos X
- Area de información estadística
- Area de administración
- Epidemiología, saneamiento básico y nutrición.

4. Areas generales

- Cocina
- Lavandería
- Entrada y salida de ambulancias
- Area de camillas y circulación de las mismas
- Area de espera familiares
- Area de concentración de personal
- Mantenimiento
- Morgue
- Otras

5. Area de clasificación

Esta es una área esencial , porque allí se realiza la etapa más importante en la atención de víctimas en masa.

Debe estar conectada a la zona de entrada de ambulancias, debe estar protegida de la curiosidad de la población y será desde ésta zona donde se distribuirán los pacientes a las distintas dependencias.

En esta zona no se realizarán procedimientos

médicos definitivos, pero se podrán iniciar tratamientos.

6. Area de cuidados intensivos

El área debe contar con el mayor apoyo médico y de enfermería de que se disponga .

Son usuarios de cuidados intensivos :

- Pacientes gravemente enfermos, recuperables o potencialmente recuperables, que requieran atención médica y paramédica permanente e inmediata.
- Pacientes en shock
- Pacientes graves recuperables en espera de cirugía mayor
- Pacientes post-quirúrgicos de cirugía mayor
- Pacientes graves en espera de remisión a otro hospital.

7. Area de cuidados intermedios

Esta área debe contar con un buen apoyo médico y de enfermería, donde se de atención permanente, pero no necesariamente inmediata.

Son usuarios de cuidados intermedios :

- Pacientes graves que admiten espera
- Pacientes egresados de cuidados intensivos, que requieren aún atención médica permanente, pero no inmediata.
- Pacientes en trabajo de parto
- Pacientes procedentes del área de clasificación o consulta externa, que requieran atención permanente.
- Pacientes en estado terminal
- Pacientes en espera de remisión a otro centro hospitalario
- Pacientes de cirugía que no requieran cuidado intensivo.

8. Area de cuidados básicos o mínimos

Puede estar conectada a consulta externa y al área de procedimientos menores :

Son usuarios de cuidados básicos :

- Pacientes que no requieren atención médica y paramédica permanente, ni inmediata.
- Pacientes en espera de diagnóstico
- Pacientes con tratamientos establecidos y

estabilizados.

- Pacientes en fase de recuperación
- Pacientes que requieren procedimientos menores.

Los pacientes en cuidados básicos o mínimos deberán ser atendidos por R.1 ,internos de áreas no quirúrgicas o médicos generales, (si se dispone de ellos) enfermeras y auxiliares de enfermería ayudados por socorristas de la Cruz Roja u otro personal voluntario capacitado.

9. Area de consulta externa

Si se dispone de suficiente personal, el área de consulta externa debe mantenerse abierta.

Durante una emergencia es discutible el mantenimiento de la consulta externa, sin embargo, el mantenimiento de dicho servicio reportará a la población un apoyo psicológico y de atención, que ayudará a descongestionar el servicio de urgencias.

Por otro lado, servirá para que el médico clasificador remita aquellos lesionados leves que no requieren tratamiento incisivo, atendido de acuerdo a la disposición de personal, por médicos generales, residentes de primer año o

internos que no se requieran en otras áreas.

Las demás áreas mencionadas, mantendrán sus ocupaciones habituales y aquellas misiones de las cuales hablaremos más adelante, siempre procurando apoyar los departamentos de atención.

5. REESTRUCTURACION DE LOS DEPARTAMENTOS DE ATENCION MEDICO QUIRURGICA

La estructuración de los servicios de atención, se debe hacer en base a la especialización quirúrgica o no quirúrgica de los mismos, estableciendo normas de distribución de personal, procedimientos y apoyo a realizar en las diferentes áreas de redistribución hospitalaria, de acuerdo a los recursos físicos y humanos disponibles.

El departamento de cirugía general y departamentos quirúrgicos asociados, deben establecer ante todo los tipos de cirugía que se pueden realizar con el instrumental y el personal humano disponible, teniendo en cuenta las variables clasificación, prioridad, número de pacientes, recursos, tiempo, pronosis, capacidad de remisión y capacidad de reutilización de recursos, Debe establecerse la estandarización de normas para atención pre y post operatoria que deban seguir los estamentos de apoyo.

Los departamentos de medicina interna y asociados deben establecer normas de tratamiento

y apoyo en situaciones no quirúrgicas, así como normas de distribución de personal en las áreas antes mencionadas.

6. REDISTRIBUCION DE LOS DEPARTAMENTOS DE APOYO

- DEPARTAMENTOS DE ENFERMERIA

En coordinación con el departamento médico establecerá las normas, procedimientos, apoyo y distribución de personal de acuerdo a su capacidad de atención y recurso disponible.

- LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE

De acuerdo a su complejidad, establecer normas para :

- Estandarización de procedimientos
- Distribución de personal
- Redistribución y ampliación de áreas para toma de muestras y banco de sangre
- Establece convenios con otros laboratorios de la red nacional de laboratorios, para apoyo del personal humano y equipos, si es factible.
- Establecer convenios con otros laboratorios para el análisis y transporte de muestras remitidas.
- Establecer convenios con bancos de sangre particulares u oficiales para proveerse de la misma en caso de emergencia.

FARMACIA

- Mantener un inventario permanente de existencias
- Establecer convenios con farmacias locales, para provisión de emergencia .
- Establecer reservas

En este punto es necesario abrir un paréntesis para hablar de los problemas en el establecimiento de las reservas y aquellos que se presentan con las " donaciones " durante un desastre; estos son :

- La falta de una estandarización de drogas que suelen utilizarse en desastres.
- La dificultad para calcular reservas por la falta de unidad de criterio en la dosificación promedio de cada una de ellas.
- Donaciones inadecuadas o no coordinadas.
- Gran diversidad y cantidades de medicamentos mal identificados entre los "donados" que requiere tiempo para su clasificación dificultando su rápida distribución.

Con el propósito de contribuir a su solución, la Organización Panamericana de la Salud, organizó una reunión de expertos que tuvo como finalidad estudiar las listas existentes de medicamentos en Cruz Roja, UNICEF Y OFDA y propuso una lista provisional actualizada, para la selección de medicamentos se tuvieron en cuenta los siguientes criterios :

- Reconocida efectividad
- Bajo costo
- Conservación del producto
- Conveniencia logística

LISTA DE MEDICAMENTOS RECOMENDADOS

		Und. pre sentación	Cant. por tratamiento individual	Vencmto. en años
1	Adrenalina (epinefrina) 1:100	Amp. x 1 ml.	1 amp	2
2	Aminofilina tab. 200 mg fco x 50		6 tabl	3
3	Ampicilina, cap, 250 mg Fco x 500		30 cp.	3
4	Antibiótico oftálmico unguento	tubos x 5g	=	3
5	Antiséptico, unguento (cetrimide)	tubo de 28 g	=	5
6	Aspirina tabletas x 500 mg	tab. x 500	13 tabl.	5
7	Atropina sulfato iny. 0 5 mg/ml	1 ml. amp	1 amp/	2
8	Cloranfenicol cap. 250 mg.	fco x 500	30 cp.	3
9	Cloroquina syrup, 50 mg/ml	fco x 60ml	2 bot	5

10	Cloroquina tab. 150 mg.	Fco. x 1000	25 tabl.	5
11	Digoxina tab. 250 mcg	fco x 50	25 tb.	5
12	Dextrosa iny. 25 %, 50 ml.	caja x 10 amp	2 amp	2
13	Emetina hidroclohid iny. 60 mg/ml	1 ml amp	1 amp	3
14	Ergometrina maleato tab. 2 mg	fco x 10	4 tab.	2
15	Glucosa isotónica 5% solución 500 ml	Paq.x 20	1-3 fco	3
16	Gliceril trinitrato sublingual tab. 0.5 mg	fco x 20	10 tb.	3
17	Tintura Iodo, 2.5 %	Fco x 100 ml	=	1
18	Lidocaina HCL, solución 1%	Fco. amp.x50ml	=	3
19	Lidocaina HCL solución 2%	fco.am.x50ml	=	3
20	Neostigmina Metilsulfato iny. 0.25 mg	1 amp. x 1 ml.	2 amp	2
21	Solución salina normal 500 ml.	paq. x 20	2 fcos	2

22	Sales rehidratación oral	Paq. x 28g	2 paq.	3
23	Penicilina G 300.000 U.I Penicilina Procaína 3000 U.I Penicilina Benzetacina 600.000 U.I.		Amp 1	3
24	Penicilina "V" tabletas 250 mg	caja x 100	10 tab.	3
25	Fenobarbital tabletas, 30 mg	fco x 100	10 tab	5
26	Prednisolona tabletas, 5 mg.	tab x 100	25 tab.	3
27	Prometazina HCL tab. 25 mg	fco x 100	10 tab	5
28	Sulfadimidina tabletas 500 mg	fco. x 50	30 tab.	5
29	Tetraciclina HCL caps. 250 mg	caja x 500	30 cp	3
30	Oxitetraciclina syrup 125 mg/ml	caja x 60 fco	-	
31	Tiopental sod. iny 1 g vial	caja x25 vial	1 vial	5
32	Oxido de zinc unguento 25 g	tubo 450 g		5

- | | | | |
|----|-------------------------------|----------------|---------|
| 33 | Cloxacilina sod.caps | | |
| | 50 mg | Tubo x 500 | |
| 34 | Eritromicina estereato | | |
| | 250 mg | Tubo x 500 | |
| 35 | Petidina inyec. S.C./I | | |
| | M/I.V | 1 amp x 50mg | |
| 36 | Cetrimida liq. WNC 40% | fcx 100ml | |
| 37 | Agua destilada 10 ml | caja x25 amp | |
| 38 | Metrodinazol tabl.250mg | Fco x 500 | 30 tab. |
| 39 | Jabón barras | | |
| 40 | Gasa para untar en quemaduras | | |
| 41 | Toxoide tetánico, iny. | 10 20-50 dosis | |

La lista incluye los medicamentos necesarios para la gran mayoría de los requerimientos médicos fundamentales, con el propósito de que la ayuda sea más eficiente, es conveniente que los pedidos de medicamentos y las "donaciones" traten de estar dirigidas hacia la inmediata y generosa provisión de estos.

Esta lista evidentemente es susceptible de modificación, a los medicamentos antes anunciados, se pueden agregar aquellos que el comité intrahospitalarios considere necesario ante un riesgo

específico, y en cantidades que se crean convenientes de acuerdo a la población de su zona.

RAYOS X Y DEPARTAMENTOS AFINES

- Análisis de la capacidad de atención.
- Estandarización de procedimientos, lectura y emisión de resultados.
- Normas para distribución de personal.

CENTRAL DE ESTERILIZACION

- Análisis de capacidad operativa.
- Estandarización de procedimientos.
- Distribución de personal.
- Estudiar con el departamento quirúrgico, la preparación de equipos simplificados, con el fin de aumentar la capacidad operativa.
- Establecer y estudiar normas para esterilizar por diferentes métodos.

DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA

- Establecer normas para el registro de pacientes.
- Familiarizarse con el método de las tarjetas para clasificación que se propone.
- Establecer flujo de información permanente con S.S.S. y los distintos hospitales periféricos, para apoyo, remisión de pacientes y estandarización de procedimientos.

DEPARTAMENTO DE INFORMACION

- Estandarización de procedimientos :
- Normas para llamada y concentración de personal.
- Normas para solicitud de apoyo a entidades extrasectoriales.
- Normas para manejo e información de familias.

7. REDISTRIBUCION DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO

- Estudiar y establecer normas que permitan la pronta utilización y manejo de los suministros existentes en bodega y agilizar la adquisición mediante compra rápida y coordinada de los recursos necesarios.
- Establecer convenios con proveedores locales para abastecimiento de emergencias.
- Estudiar fuentes de financiamiento alternas que permitan la fácil adquisición de medios.

Administrativamente es recomendable tener en bodega los medicamentos, suministros y útiles medico-quirúrgicos necesarios para un período mínimo de tres meses, estos recursos serán de gran utilidad para el manejo masivo de heridos; recordando que la ayuda internacional o la ayuda externa llegará siempre tarde para los pacientes siendo obligación pues

de la estructura administrativa hospitalaria contar con los recursos necesarios como se dijo anteriormente.

- Redistribuir horarios de personal.
- Coordinar con los médicos, la educación del personal administrativo para servir como apoyo en la prestación de primeros auxilios y otros menesteres.

8. REESTRUCTURACION DE LOS SERVICIOS GENERALES

- Normas para atender y mantener los servicios de electricidad, sistemas de drenaje, abastecimiento de agua.
- Normas para atender ruptura y desperfectos de equipos, estructuras y vehículos.
- Normas para garantizar alimentación, ropa, limpieza y control higiénicos de pacientes, personal y secciones hospitalarias.
- Acondicionamiento de áreas de ampliación.

9. REESTRUCTURACION DE LOS DEPARTAMENTOS DE EPIDEMIOLOGIA Y SANIDAD AMBIENTAL

Estos dos departamentos, serán los que más influencia tendrán en la atención mediata y a largo plazo de cualquier situación de desastre. Serán las guías

base para desarrollar políticas de salud en la zona con posterioridad a un desastre.

El Decreto reglamentario del título VII de la Ley 09/79, en su capítulo IX establece :

CAPITULO IX

" VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN DESASTRES "

" ARTICULO 52o. Entiéndese por desastre toda situación de emergencia que altere gravemente las condiciones normales de la vida cotidiana en un área geográfica determinada o región del país y que, por lo mismo, requiera de la especial atención de los Organismos del estado u otros de carácter humanitario o de servicio social ".

" ARTICULO 53o. Los responsables de la vigilancia epidemiológica en los diferentes niveles del sistema Nacional de Salud, ejecutarán las siguientes acciones en caso de desastre.

1. Revisar la historia de los desastres ocurridos en la localidad o comunidad.
2. Evaluar los factores de riesgo que puedan ocasionar desastres.
3. Evaluar la capacidad de atención de las entidades de salud.
4. Complementar en el momento de desastre las acciones de vigilancia epidemiológica.
5. Asesorar y coordinar con el representante del sector salud ante los diferentes comités de emergencia,