

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES



**GUIA METODOLOGICA PARA ELABORACION
DE PLANES DE CONTINGENCIA, EMERGENCIA
Y DESASTRES**



6 Av. 3-45, zona 11. Telefax: 2471 0338
Correo electrónico: gestionenriesgo@yahoo.com



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL

GUIA METODOLOGICA PARA LA ELABORACION DE PLANES DE CONTINGENCIA, EMERGENCIA Y DESASTRES

Funciones del comité de Gestión de Riesgo en Mitigación, Preparación y Respuesta.

INDICE

Presentación	1
Introducción	3
Consideraciones Generales	7
Pasos a seguir en la Elaboración de Planes	17
Organización Funcional de los Equipos Operativos Organigrama	23
Organización Funcional de los Equipos Operativos Guía de Funciones	25
Sistema de Notificación Piramidal	41
Clasificación de Planes	43
Lista de Medicamentos y Equipos para Desastres Mayores	45
Carro de Desastres de la Central de Equipos	47
Carro de Desastres de la Central de Farmacia y/o cuarto de Desastres	49
Sistema de Alerta y Alarma	53
Triage	59
Hoja de Tratamiento para Pacientes Afectados en el Desastre	65
Hoja de Evaluación Rápida de Víctimas en Triage	66
Hoja de Información sobre Pacientes Atendidos en casos de Desastres Sector Salud	67
Términos y Conceptos	69
Bibliografía	85

INTRODUCCION DE DESASTRES

Los eventos adversos pueden constituirse en desastres naturales, tecnológicos o los producidos por el ser humano que por lo general se presentan en forma súbita e inesperada. Esto, no sólo altera el ritmo normal en la vida de las poblaciones y de las instituciones, sino que pone en evidencia la necesidad de contar con una planificación para la mitigación, prevención y respuesta en las contingencias, emergencias y desastres.

De ahí que, la red nacional de servicios de salud y las entidades que atienden a la población en general deben estar organizadas y preparadas con un plan integral para funcionar y responder adecuadamente en situaciones de emergencia.

Para hacer esto posible es preciso fomentar y fortalecer una cultura de gestión de riesgo que promueva internamente en las instituciones las medidas de preparación para la prevención y mitigación de la vulnerabilidad de tal manera que la organización responda satisfactoriamente a la demanda de la atención de todo evento adverso.

Dado que los eventos adversos son causados por innumerables fenómenos y se presentan de manera diferente y cambiante, las instituciones públicas y privadas, los servicios de salud, en especial los hospitales deben de contar con planes de contingencia, emergencia y desastres que incluyan el fortalecimiento continuo de la capacidad técnica del personal.

La organización de la asistencia médica constituye sin duda, el punto focal de coordinación de la respuesta, ya que la atención oportuna juega un papel crítico para salvar vidas.

El presente manual proporciona información para la organización de los servicios y técnicas para la atención de víctimas en caso de desastres, así como los pasos a seguir en la elaboración de planes hospitalarios para la atención a los pacientes en situaciones de contingencia, emergencia y desastres. Dichos planes deben estar diseñados de tal manera que se involucre a todo el personal independientemente del nivel de responsabilidad y de la función que desempeñe en la institución.

CONSIDERACIONES GENERALES

Desastres extrahospitalarios e intrahospitalario

En situaciones de emergencia, la habilidad y eficiencia con que se enfrentan las dificultades en forma responsable, genera confianza, calma y respeto entre los pacientes, personal del hospital y visitantes. El dominio de las situaciones de emergencia se adquiere a través de ensayar repetidamente una situación hipotética ante un desastre.

Cada establecimiento de salud debe contar con su propio plan de gestión del riesgo y mitigación de la vulnerabilidad, según su nivel de complejidad. En esta ocasión sólo se abordarán lineamientos generales, basándose en la premisa que el plan deberá ajustarse a las personas que estén disponibles en el momento de la emergencia y que seguramente tendrán que trabajar en condiciones muy diferentes a las acostumbradas. Esta situación se presenta en tanto que se completa el personal que se incorpora al plan de emergencia.

En situaciones de calamidad pública como un evento adverso que dañe la estructura física del hospital. El plan deberá contemplar la posibilidad que algunos miembros del personal abandonen la institución para ir a sus casas a averiguar por la situación de sus familiares.

Además debe contemplarse que algunos pacientes deberán evacuarse y otros no. Depende del tipo de evento que se presente, evacuar el mayor porcentaje de pacientes debe realizarse en forma eficiente y sin riesgos a la salud y bienestar de los mismos. Igualmente debe contemplarse que ciertos pacientes no podrán evacuarse.

Las salas del hospital deberán estar ubicadas con un criterio de oportunidad de servicios y facilidad para evacuar en casos necesarios. Es decir que los pacientes de mayor riesgo deben estar ubicados en los pisos de más bajos, al igual que los servicios de emergencia y quirófanos.

Los pacientes oftalmológicos y aquellos de difícil movilización deberán ubicarse en los espacios de mayor accesibilidad, de acuerdo a la estructura del establecimiento.

Debe prestarse especial atención a la adquisición de equipo como camillas, sillas de ruedas y equipo de comunicación que facilite la atención a la emergencia o a evacuación.

Todo el personal debe prepararse en las maniobras de atención de emergencia y de evacuación de pacientes. Resulta difícil prever todas las dificultades que puedan presentarse durante una emergencia, por lo que serán mas fácilmente resueltas si existe una preparación previa para enfrentar dichas situaciones.

Los eventos adversos deben examinarse en sus verdaderas dimensiones y consecuencia. La calma y mesura deben mantenerse siempre. Para el manejo preliminar de una situación de emergencia puede ser provechosa la discreción de la información sobre la situación de emergencia. Hasta que no exista la certeza de la existencia de un desastre es preferible guardar silencio.

El anuncio de una situación de emergencia debe ir acompañada de acciones requeridas para el control de la misma. La información que se transmita por teléfono, persona a persona o por altavoces, debe ser la misma información para todos y debe incluir detalles de lo que ha ocurrido y lo que debe hacerse. La oficina de Relaciones Públicas es la encargada de brindar la información, en hospitales en donde no cuenten con esta oficina, será el director del hospital quien designe a quién le corresponde asumir esta función.

Es importante que la conducción y control en el manejo de una situación de emergencia se lleve a cabo por una sola persona, la cual debe tener toda la información del evento adverso y la información global de lo que se está realizando con el propósito de que pueda tomar la decisión correcta. Al no estar presente la persona asignada oficialmente para manejar estas situaciones, deberá ser sustituida por la persona de más alta jerarquía en ese momento.

Para cubrir adecuadamente todas las actividades en respuesta a la emergencia, deberá contemplarse la participación de estudiantes de enfermería, de medicina, apoyo de visitantes y hasta de pacientes si ese fuera el caso.

El plan de acción debe contener:

- objetivos,
- responsables,
- normas y procedimientos
- recursos, tiempo y
- lugar de acción.

En el inicio de la situación de emergencia, podría ser suficiente evacuar aquellos pacientes que no requieran de ayuda adicional. De acuerdo al desarrollo de los acontecimientos la **EVACUACIÓN ASISTIDA**, puede ser necesaria. Sin embargo si se requiere una evacuación total, la operación es más compleja y difícil de realizar.

Si se evalúa pertinente la evacuación del establecimiento de Salud, esta debe hacerse por prioridades y de acuerdo a la estructura del edificio y planificación de evacuación establecida.

Después de considerar en forma realista la magnitud de la situación, se debe asumir el hecho de que algunos pacientes puedan salir y otros no. La elección debe basarse en la posibilidad que tienen de sobrevivir y el grado de esfuerzos que se requiere para llevar a cabo esta tarea.

Se deberá establecer rutas exclusivas para aquellos pacientes que puedan salir rápidamente, sin asistencia y con el mínimo de supervisión. Ciertas rutas de evacuación deben diseñarse para pacientes con prótesis, yesos y condiciones ortopédicas que necesitan evacuación asistida y tienen que movilizarse más lentamente. Al menos una debería planificarse para que el personal de evacuación retorne y continúe la labor.

Algunos miembros del personal deben ubicarse en sitios estratégicos de las rutas de evacuación para mantener un tráfico peatonal ordenado, otros deben ir al servicio o área para orientar la salida y disponer la distribución de los enfermos.

Otros deben permanecer en las estaciones de enfermería para mantener el orden e inculcar confianza en aquellos pacientes que están esperando ser evacuados e indicar al personal que retorna quien es el próximo.

Esta es a veces una difícil pero práctica decisión. El paciente o visita que haya salido del edificio no debe de regresar al mismo.

A continuación se describen algunos comportamientos elementales que deben tenerse en cuenta en situaciones de emergencia donde se requiera evacuar parcial o totalmente un servicio de salud.

PROCESO DE EVACUACION

La evacuación debe realizarse por etapas y generalmente son tres:

ETAPA I: Conocida como evacuación horizontal, se refiere a la movilización de pacientes del área afectada por la emergencia a un sitio distante en el mismo piso. Previendo problemas potenciales, se debe movilizar tempranamente a los pacientes que no requieren asistencia a otras áreas en el mismo piso.

Desalojando el área se gana tiempo para evaluar mejor el peligro y estudiar adecuadamente las alternativas de manejo de los pacientes que necesitan ser asistidos.

ETAPA II: Se llama también evacuación vertical y consiste en la movilización de pacientes para descender a través de las rutas de evacuación más próximas y debe hacerse después de estudiar las implicaciones de haber tomado esta decisión

ETAPA III: Conocida como evacuación total, debe tomarse en consideración la información disponible para hacer la evaluación integral de la institución. El riesgo de evacuar el hospital a otra área que no tenga las condiciones apropiadas, debe compararse con el riesgo que se corre permaneciendo dentro del hospital.

Este método de evacuación rápidamente reduce el número de pacientes en la zona de peligro y permite a las enfermeras dirigir sus esfuerzos hacia aquellos que requieren mayor asistencia.

Cada servicio de salud debe diseñar los planes de emergencia para responder a diferentes situaciones de desastres, por esta razón debe preverse mas de una forma de realizar la evacuación.

INCORPORAR EN LA PRÁCTICA ASPECTOS DE MITIGACION Y PREPARACION

Debe tomarse en cuenta toda la información disponible para realizar una evaluación integral de la emergencia del evento adverso y medir la respuesta de los servicios de salud.

Tomarse en consideración la posibilidad de evacuación de pacientes de acuerdo a la **vulnerabilidad de la institución**, la gravedad del paciente y las posibilidades que tienen para sobrevivir al igual que el grado de esfuerzo y recursos que se requieren para responder adecuadamente a la situación de emergencia.

Una vez se haya cubierto estos aspectos, se procede a la implementación del plan.

VULNERABILIDAD GLOBAL

El problema

Los diferentes desastres naturales que han afectado a Latinoamérica y el Caribe han dejado en evidencia que las instalaciones de salud son vulnerables a este tipo de fenómenos y en especial frente a terremotos, huracanes e inundaciones.

Por la ubicación del continente Americano, los países se ven expuestos entre otras

amenazas naturales a una actividad sísmica importante, la cual se ha traducido en daños de consideración en las instalaciones de la salud. Según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), entre 1981 y 1996, 93 hospitales y 538 unidades de salud han sido dañados a consecuencia de desastres naturales. Las pérdidas directas acumuladas por este concepto en Latinoamérica y el Caribe han ascendido a US\$3.120 millones, lo que podría compararse a una situación extrema en la que 20 países de esta región hubiesen sufrido (cada uno) la demolición de seis hospitales de primer nivel y de 25 unidades de salud.

Los hospitales poseen características de uso y diseño que los hacen particularmente vulnerables frente a los desastres naturales, por lo cual es de vital importancia estudiar la vulnerabilidad de este tipo de instalaciones frente a los desastres naturales, así como implementar las medidas de mitigación que aseguren el correcto funcionamiento de estas instalaciones durante e inmediatamente después de un desastre, como puede ser el caso de un sismo severo.

Para el caso particular de los terremotos los daños y colapso de las instalaciones de salud se deben al impacto de los terremotos sobre los elementos estructurales, sin embargo han existido casos donde hospitales han salido de funcionamiento debido a los daños en los elementos no estructurales, razón por la cual el tema de la mitigación hospitalaria debe ser tratada de manera integral a fin de considerar todas las variables que intervienen en su vulnerabilidad.

Es de tomar en cuenta la necesidad de contar con la infraestructura hospitalaria después de un desastre y con el fin que el sector de la salud pueda dar una respuesta para atender la emergencia, contingencias y los desastres es necesario que la administración con enfoque de riesgo realice los estudios de análisis de la vulnerabilidad estructural, no estructural y organizativa-administrativa de los servicios. Al final, sólo se podrá determinar la vulnerabilidad hospitalaria cuando se haga un estudio de vulnerabilidad global, el cual incorpore todos los aspectos a ser evaluados (estructural, no estructural y administrativo-organizativo).

Para referirnos al tema de vulnerabilidad esta íntimamente relacionada con **dimensiones** que expresan los procesos de interrelación del ser humano:

- * Dimensión natural la inherente a la vida y relacionada con los límites naturales en los que la vida se hace posible.
- * Dimensión Física se refiere a la localización de los asentamientos humanos.
- * Dimensión económica Referida a la distribución de la riqueza y a los procesos de adquisición de bienes.
- * Dimensión Social referente al grado de vinculación de los miembros de la comunidad entre sí y con el resto.

- * Dimensión política o sea en nivel de autonomía que posee una comunidad para la toma de decisiones.
- * Dimensión técnica referida a la mayor o menor acceso al conocimiento, aplicación y beneficio de los desarrollos tecnológicos.
- * Dimensión Ideológica Relacionada con la concepción del mundo, de la sociedad, del estado así como del papel de la comunidad determinando la respuesta de los actores.
- * Dimensión Cultural Patrones y valores que forman parte de una comunidad y predominan en ella determinando la manera de afrontar la vida y sus retos.
- * Dimensión institucional esta determinada por las dinámicas de funcionamiento de las estructuras sociales.

Vulnerabilidad Estructural

El término *estructural*, o componentes estructurales, se refiere a aquellas partes de un edificio que lo mantienen en pie. Esto incluye cimientos, columnas, muros portantes, vigas y diafragmas (entendidos estos como los pisos y techos diseñados para transmitir fuerzas horizontales, como las de sismos, a través de las vigas y columnas hacia los cimientos).

Vulnerabilidad No Estructural

El término no estructural se refiere a aquellos componentes de un edificio que están unidos a las partes estructurales (tabiques, ventanas, techos, puertas, , cielos rasos, etc.), que cumplen funciones esenciales en el edificio (plomaría, calefacción, aire acondicionado, conexiones eléctricas, etc.), o que simplemente están dentro de las edificaciones (equipos médicos, mecánicos, muebles, etc.); pudiendo así agruparlos en tres *categorías*: arquitectónicos, instalaciones y equipos.

En el caso de los centros asistenciales los componentes no estructurales representan un valor económico superior al costo de la estructura. Conforme a análisis efectuados el valor del componente no estructural constituye en promedio más del 80% del costo total del hospital.

Vulnerabilidad Administrativa-Organizativa

Este concepto se refiere a la distribución y relación entre los espacios arquitectónicos y los servicios médicos y de apoyo al interior de los hospitales, así como a los procesos administrativos (contrataciones, adquisiciones, rutinas de mantenimiento, etc.) y a las relaciones de dependencia física y funcional entre las diferentes áreas de un hospital.

Una adecuada zonificación y relación entre las áreas que componen el establecimiento puede garantizar, no solamente un adecuado funcionamiento en condiciones de normalidad, sino también en caso de emergencia y desastres. La relación y habilitación de las áreas de consulta externa, exteriores y urgencias, como la concepción de un área de servicios generales con condiciones especiales de operación y protección pueden garantizar una adecuada atención y evitar un colapso funcional, que se puede presentar aun en casos en que la edificación no haya sufrido daños severos.

Cualificación del Sismo

Para cuantificar el tamaño (magnitud) y consecuencias (intensidad) de un sismo, existen varias formas de hacerlo, pero las más utilizadas entre otras son la Magnitud Richter y la Escala de Intensidades de Mercalli Modificada, la intensidad de Mercalli proporciona una medida cualitativa del movimiento sísmico en un sitio, en cambio la magnitud es una medida cuantitativa del tamaño del sismo.

El tamaño de un sismo esta relacionado con la cantidad de energía liberada. La magnitud (M) definida por Richter en 1935 se utiliza para definir el tamaño del sismo. Cada vez que la magnitud aumenta un valor (por ejemplo de 4.5 a 5.5), la cantidad de energía liberada aumenta 32 veces.

Por otro lado la intensidad es una escala que cuantifica el movimiento con base en la valoración del daño en las obras realizadas por el hombre y la reacción humana generada por el movimiento del terreno. La escala de Mercalli Modificada (MM) de 12 grados se ha adoptado en muchas partes del mundo para estimar la intensidad del movimiento.

Normas de Diseño Sísmico

La filosofía de la mayoría de las normas sísmicas de los países de Latinoamérica y el Caribe procura que toda estructura y cada una de sus partes sea proyectada, diseñada y construida de manera que:

- a) Resistan sin daños movimientos sísmicos de intensidad moderada.
- b) Limiten los daños en elementos no estructurales durante sismos de mediana intensidad.
- c) Aunque presenten daños, eviten el colapso durante sismos de intensidad excepcionalmente severa.

De lo anterior se desprende que dichas normas o códigos de diseño sismorresistente,

tienen como fin último el proteger la vida de los ocupantes, sin embargo, para hospitales esta filosofía puede no ser suficiente ya que además de proteger la vida de los ocupantes de la edificación, se debe asegurar su funcionamiento con posterioridad a un sismo.

METODOLOGÍAS DE ANÁLISIS DE VULNERABILIDAD

Los procedimientos de evaluación de la vulnerabilidad sísmica se clasifican en dos:

- a. Métodos cualitativos
- b. Métodos cuantitativos

Métodos Cualitativos

Los métodos cualitativos tienen como objetivo evaluar de forma rápida y sencilla las condiciones de seguridad estructural de la obra. Con estos métodos la estructura recibe una clasificación de acuerdo a la evaluación de parámetros tales como la edad de la edificación, el estado de conservación, la característica de los materiales, el número de pisos, la configuración geométrica arquitectónica y la estimación de la resistencia al cortante en base al área de los elementos verticales resistentes en cada piso y dirección. También reciben clasificación las condiciones geológicas y la amenaza sísmica en el sitio de la obra.

La calificación de los métodos cualitativos sirve para realizar un tamizado y reafirmar la seguridad de la estructura. Si con este diagnóstico alguna edificación resulta ser insegura, se requerirá de análisis cuantitativos más detallados para conocer su vulnerabilidad sísmica.

Métodos Cuantitativos

Los métodos cuantitativos deben determinar la resistencia de la estructura principal. Sus procedimientos en términos generales son muy parecidos a los expuestos anteriormente para el diseño de estructuras nuevas sismo-resistentes, la diferencia con respecto a los métodos de diseño radica en que en el diseño de estructuras nuevas el diseñador provee un nivel de ductilidad a la estructura, en cambio, en el análisis de vulnerabilidad la ductilidad es un valor propio de la estructura y en muchas ocasiones es incierto.

Los métodos cuantitativos requieren de la mayor recopilación de información posible, por lo tanto son más precisos que los cualitativos, al momento de predecir el tipo de falla y donde estas se producirán, estos métodos son más confiables al momento de estimar la seguridad de una edificación frente a sismos.

Si la estructura no cumple los requisitos de resistencia, flexibilidad y ductilidad debe ser objeto de refuerzo a fin de elevar su nivel de seguridad sísmica estructural.

Objetivos

1. Sensibilizar al personal de los hospitales, área sobre la importancia del estudio, evaluación de la vulnerabilidad.
2. Definir los conceptos de vulnerabilidad, Estructural, No Estructural, y Funcional.
3. Definir los factores que influyen en los hospitales en situaciones de desastres.
4. Determinar los elementos vulnerables en el hospital a través del Mapeo de riesgos.
5. Determinar los niveles de operación, ocupación y protección de la vida y previsión de colapso de la institución.
6. Aplicación de la mitigación como un elemento de soporte y disminución de los efectos de cualquier evento adverso.
7. Elementos no estructurales", que aborda los aspectos vinculados con componentes tales como instalaciones básicas, equipamiento y elementos arquitectónicos.

PASOS A SEGUIR EN LA ELABORACIÓN DE PLANES CONTINGENCIA, EMERGENCIA Y DESASTRES EN CENTROS HOSPITALARIOS

PLANES HOSPITALARIOS

Con fines operativos y de estandarización cada Hospital del estado, autónomo o semiatonono pueden tomar como guía este manual, para la elaboración de sus planes de contingencias, emergencias y desastres, para casos extrahospitalarios e intrahospitalarios de desastres, el cual fue hecho con la participación de expertos del sector salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, IGSS, Hospital Militar, Hospitales Privados y OPS/OMS en donde se procede a establecer los pasos a seguir en la elaboración de los mencionados planes, delimitados de la manera siguiente:

Primer paso:

El director del hospital o del servicio de salud, con su consejo técnico, organiza e integra la Unidad de Gestión de Riesgo para mitigación y preparación ante situaciones de desastres.

Segundo Paso:

Efectúa la designación del Jefe de la Unidad de Gestión de Riesgos, quien con su equipo de trabajo elabora el plan de contingencias, emergencias y desastres extrahospitalarios e intrahospitalario con su equipo de trabajo.

Tercer Paso:

La Unidad de Gestión de Riesgo estará conformada por un comité ejecutivo, equipos operativos y comité Gestión de Riesgo con participación multidisciplinaria intrainstitucional.

- ✓ Comité Ejecutivo estará integrado por:
 - Director
 - Subdirector Médico
 - Coordinador de la Unidad de Gestión de Riesgo
 - Gerente Financiero
 - Administrador
 - Jefe del Departamento de Enfermería

- ✓ Comité de Gestión de Riesgo
 - Coordinador
 - Medico de Servicio de Emergencia
 - Enfermera de Servicios de Emergencia
 - Jefe del Departamento de Enfermería
 - Jefe de Mantenimiento y de Conserjes
 - Jefe de Seguridad o Guardianía
 - Jefe de Registro Médico (Admisión)
 - Jefe de Bodega y/o Farmacia Interna
- ✓ Equipos operativos integrados por:
 - Equipo de Asistencia Médica de Emergencia
 - Equipo Técnico de Apoyo
 - Equipos Administrativos
 - (Ver organigrama funcional)

Cuarto Paso:

Elaborar y asignar funciones de los integrantes del Comité Ejecutivo, Comité de Gestión de Riesgos y Equipos Operativos.

Quinto paso

Para el manejo de desastres internos deben organizarse los siguientes equipos conformados por el personal específico operativo de cada área:

- Equipos de Primeros Auxilios
- Equipos de Búsqueda y rescate.
- Equipos de Control de Incendios.
- Equipos de Tráfico y Seguridad Peatonal.
- Equipos de Traslado y Transporte

Sexto Paso:

En la elaboración del Plan de contingencias, emergencias y desastres, los objetivos y alcances deben ser planteados en forma clara de acuerdo a la capacidad resolutoria de la institución y al contexto de su jurisdicción.

Séptimo Paso:

Identificación de Riesgos:

Análisis de vulnerabilidad estructural y no estructural del hospital o servicio de salud.

Antecedentes históricos de los desastres que el hospital haya atendido, según datos de registros médicos y epidemiológicos observados.

Identificación y descripción de las amenazas o riesgos naturales, tecnológicos y creados por el ser humano, según mapa de riesgo, en el área de influencia o adscripción.

Estudio de población, utilizando los indicadores demográficos más actualizados.

Formato de Análisis de la Vulnerabilidad. Caracterización de Hospitales.

Socialización de la información arriba mencionada.

Octavo Paso:

Áreas de Seguridad Interna y Externa, Señalización y Rutas de Evacuación:

- 1) Identificar las áreas de seguridad internas, externas y puntos de reunión, las cuales deben tener los requerimientos básicos estructurales para su funcionamiento.
- 2) Definir las rutas de evacuación, que deben tener las siguientes Características: pasillos o corredores amplios, despejados de obstáculos, puertas amplias con abertura hacia fuera y bien señalizadas.
- 3) Identificar las áreas abiertas para expandir los servicios del hospital o servicio de salud.
- 4) La señalización debe ser clara y precisa, colocada en lugares visibles a una altura de metro y medio a dos sobre el nivel del piso, y con flechas blancas de 20 cm. de ancho sobre fondo verde indicando la salida más próxima. Deben ser de acuerdo con el manual de señalización internacional.

Noveno Paso:

Identificación de recursos:

- ✓ Recurso Humano:

Mantener actualizada por disciplina la lista del personal de la institución

identificando el puesto que desempeña, dirección de su casa y clínica, así como los números telefónicos, incluyendo celular, teleshucha y clave de radioaficionado, cuando se dé el caso.

Establecer el sistema de llamada a todo el personal de acuerdo al evento en la forma más ágil y al contexto.

Identificar qué otro recurso humano externo calificado existe en su área de influencia y que pueda ser llamado a colaborar en caso de desastre.

✓ **Recurso Físico:**

Identificar las áreas de atención y expansión de acuerdo al plan de alerta y planes A, B o C. Haga un croquis y expansión por plan, incluyendo vías de acceso y evacuación.

Mantener en la Bodega de Emergencia los insumos necesarios para tratar enfermos agudos y la bodega de desastres para situaciones de catástrofe con elevado número de pacientes.

Determinar el lugar o la sección donde se ubicarán los insumos para desastres.

Conocer sus proveedores inmediatos, para casos de emergencia.

Mapa de Riesgos y Recursos. Identificar qué otros lugares existen en su área de influencia donde puedan ser trasladados los pacientes, o se pueda establecer un hospital de emergencia en caso de que colapse y se tenga que evacuar totalmente.

Decimo Paso:

Comunicaciones:

Establecer e identificar cuál es el sistema de comunicación más efectivo dentro del hospital y establecer cuál será la señal de alerta y alarma a utilizar en caso de desastre.

Identificar los sistemas de comunicación que existan en su área de influencia, que permitirá al hospital ser alertado a tiempo de la ocurrencia de un desastre y su magnitud.

Establecer una línea de comunicación directa con instituciones de salud de apoyo y con autoridades locales para coordinar acciones de apoyo al plan de desastres.

Conocimiento y aseguramiento de fuentes alternas de energía eléctrica, abastecimiento de agua y calderas.

Undécimo Paso:

Atención a los Pacientes:

Describir el plan de respuesta del hospital según plan de alerta y planes A, B o C. en diferentes pasos

Describir el mecanismo de activación del plan de desastres, de acuerdo a la guía de funciones del Comité Ejecutivo.

Organizar el equipo o equipos de triage, estabilización y atención médica para el tratamiento de víctimas y especificar quienes lo integran.

Duodécimo Paso:

Documentación, Registros médicos y Estadísticas:

- Establecer el sistema de registro a seguir en casos de desastres.
- Utilizar la documentación mínima que debe tener cada paciente: tarjeta de triage (internacional), Hoja de tratamiento (anexo 8) y Expediente Clínico Hospitalario.
- Normatizar el llenado de la hoja de recolección de estadística vital de desastres.

Décimo Tercer Paso:

Reproducción y Capacitación sobre el Plan:

- Reproducción del plan y distribución.
- Capacitación a todo el personal.
- El seguimiento al plan debe incluir simulaciones y simulacros, por lo menos una vez al año.
- Socialización del plan a todo el personal institucional para apropiarse e involucrarse en acciones dentro del plan.

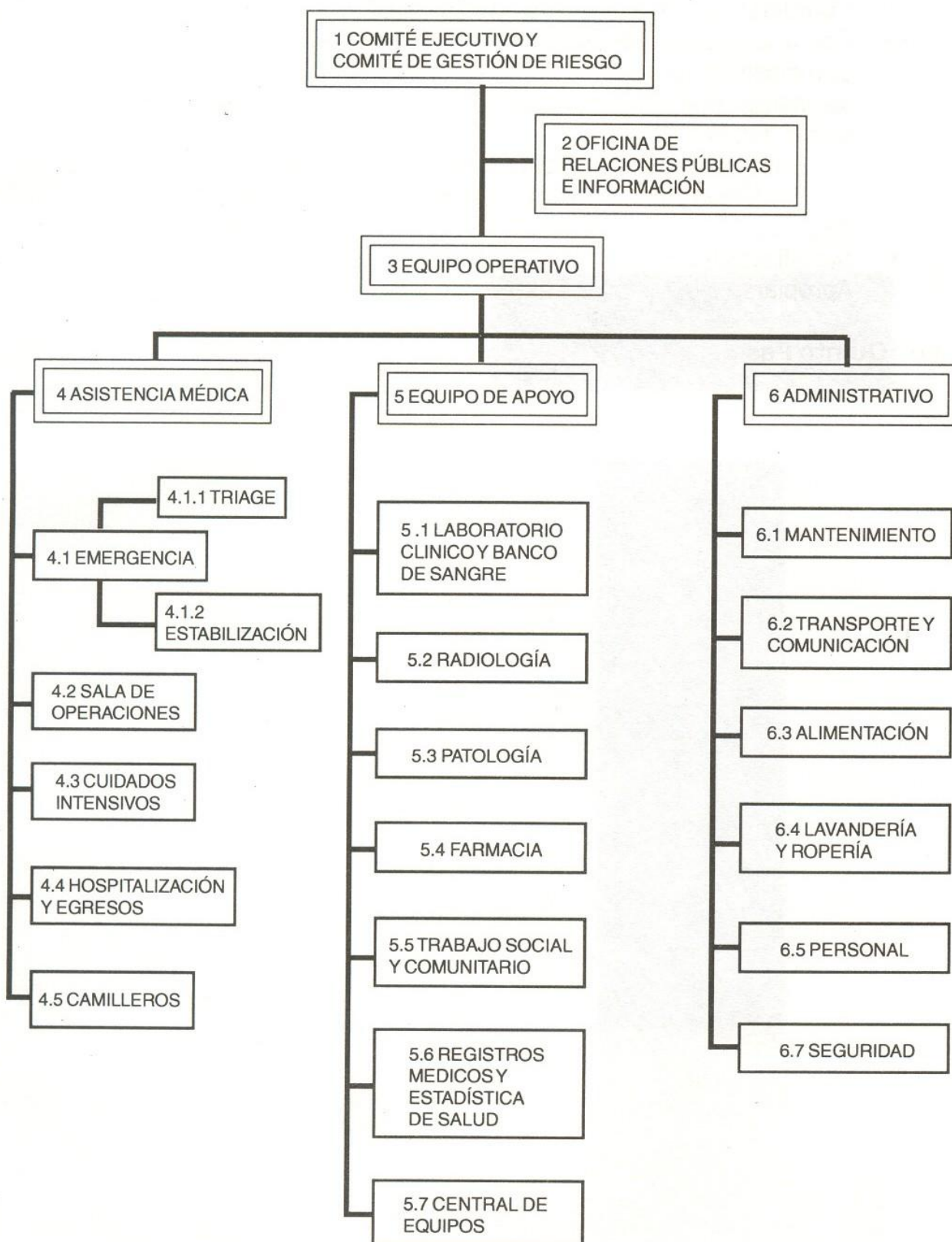
Décimo Cuarto Paso:

- Coordinación con los Cuerpos de Socorro Local.
 - Dar a conocer a las distintas instituciones locales el plan para que participen en las distintas acciones de coordinación, principalmente con las instituciones de socorro para coordinar las condiciones del traslado de pacientes.
 - Establecer una buena coordinación interinstitucional local: gobernación, municipalidad, instituciones de servicios básicos (agua, electricidad, seguridad).
 - Socialización a todo el personal institucional.
- Apropiarse e involucrarse en acciones directas dentro del plan.

Décimo Quinto Paso:

Simulación y Simulacro.

NORMALIZACIÓN FUNCIONAL DE LOS EQUIPOS OPERATIVOS



ORGANIZACION FUNCIONAL DE LOS EQUIPOS OPERATIVOS

GUIA DE FUNCIONES

Una vez declarada la emergencia, se suspende temporalmente la estructura orgánica formal de la institución y se reemplaza por una organización funcional que apoya la atención médica de emergencia. (Organización Funcional).

Los equipos de apoyo y la administración deben dar todo el soporte logístico necesario para que los diversos equipos de atención médica de emergencia cumplan sus funciones y tareas específicas. A su vez, cada uno de los equipos que conforman la organización funcional tiene su propia estructura orgánica con un coordinador general y jefes de grupo, claramente definidas sus funciones y modo de operación.

A continuación describiremos las funciones de los diferentes equipos de acuerdo al organigrama presentado anteriormente.

1. COMITÉ EJECUTIVO Y COMITÉ DE GESTION DE RIESGO:

Comité Ejecutivo integrado por:

Director del Hospital
Subdirector
Gerente Financiero
Coordinador de Comité de Gestión de Riesgo
Administrador
Jefe del Departamento de Enfermería

Comité de Gestión de Riesgo:

Coordinador
Médico de Servicio de Emergencia
Enfermera del Servicio de Emergencia
Jefe de Enfermería
Jefe de Mantenimiento y de Conserjes
Jefe de Seguridad o Guardianía
Jefe de Registro Médico (Admisión)
Jefe de Bodega y/o Farmacia Interna

FUNCIONES ESPECIFICAS DEL COMITÉ DE GESTION DE RIESGO

- Organizar y planificar la unidad de Gestión de Riesgo ante situaciones de desastres y definir sus funciones.

- Elaboración, divulgación, capacitación y puesta en práctica del Plan de emergencias, contingencias y desastres.
- Coordinar las actividades de prevención y mitigación con otras instituciones y autoridades locales.
- Evaluar las actividades desarrolladas previas, durante y post de la emergencia y/o desastre.
- Elaborar un directorio de los integrantes del comité de gestión de riesgo y equipos operativos, con nombres, puestos, direcciones, beeper, números telefónicos, celulares y otros datos de importancia.
- Organizar los equipos de trabajo para la atención en desastres externos e internos y que desarrollen sus funciones.
- Declarar oficialmente la activación del plan para la atención de la emergencia contingencia y/o desastre.
- Mantener comunicación permanente con los equipos operativos locales y regionales.
- Coordinar los mecanismos de referencia de pacientes según los niveles de atención médica establecidos con otras instituciones.
- Verificar continuamente la disponibilidad de recursos humanos, físicos y materiales para enfrentar la emergencia.
- Decidir la implementación de nuevas camas y la habilitación de nuevas áreas para la prestación de servicios de emergencia.
- Planificar, dirigir, supervisar, organizar y evaluar las simulaciones y simulacros por lo menos una vez al año.

2. OFICINA DE RELACIONES PÚBLICAS E INFORMACION

INFORMACIÓN EXTRAHOSPITALARIA:

Responsable: Jefe de Relaciones Públicas o médico responsable.

Único canal autorizado para transmitir información verbal o escrita dentro del hospital durante la emergencia.

Distintivo: brazalete azul celeste.

INFORMACIÓN INTRAHOSPITALARIA:

Responsable: Jefe de trabajadores sociales o encargado de registro médico.

Único equipo autorizado para transmitir información verbal o escrita dentro del hospital durante la emergencia.

Personal autorizado para movilizarse e ingresar a las áreas restringidas.

Distintivo: brazalete color rojo.

3. EQUIPO OPERATIVO

A. JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

FUNCIONES:

- Verificar la noticia de contingencia, emergencia y/o desastre con las autoridades pertinentes y agencias de socorro.
- Indagar:
 - Lugar del desastre.
 - Naturaleza del desastre
 - Número aproximado de víctimas.
 - Hora aproximada de llegada al hospital.
 - Medio de transporte.
 - Quién llama y número telefónico de quien informa (confirmar)
- Activar el plan de contingencia, emergencia y desastres, informar por los medios establecidos encargados del TRIAGE a los otros coordinadores y jefes del Comité Ejecutivo.
- Designar encargados del TRIAGE.
- Revisar y preparar los grupos para las operaciones de emergencia.
- Coordinar la disponibilidad de salas de operaciones.
- Coordinar la presencia física de médicos, residentes, internos y enfermeras asignados al servicio de emergencias.
- Coordinar la disponibilidad de áreas adicionales para tratamiento.
- Coordinar la disponibilidad de instrumental médico-quirúrgico en las áreas adicionales de tratamiento.
- Asumir la dirección del grupo operativo hasta la llegada del jefe inmediato superior.
- Tener el directorio del equipo operativo.

B. CIRUJANO JEFE DE TURNO

FUNCIONES:

- Informar por los medios establecidos al jefe de emergencia y al resto de los miembros de los equipos operativos.
- Verificar la presencia de los jefes asignados a las unidades médico-quirúrgicas: neurología, ortopedia, traumatología, cirugía general, anestesiología, y cuidados intensivos.
- Verificar la disponibilidad y capacidad de las salas de operaciones.

C. ENFERMERA SUPERVISORA DE TURNO

FUNCIONES:

- Organizar y coordina los servicios establecidos.
- Informar por los medios establecidos a los miembros de los equipos operativos.
- Verificar la presencia de las jefes de enfermería de las respectivas unidades: quirófanos, cuidados intensivos, salas de hospitalización, etc.
- Verificar la presencia de la enfermera jefe de emergencia y en su ausencia asignar esta función a otra enfermera o asumirla ella directamente.
- Asegurar la disponibilidad de elementos médico-quirúrgicos de emergencia.
- Ordenar a los porteros y camilleros llevar a la emergencia todas las camillas disponibles y ubicarlas estratégicamente.
- Evacuar el servicio de emergencia de pacientes en estado no crítico y de otras personas de la sala de espera.
- Informar de los preparativos al jefe de emergencia.

4. ASISTENCIA MEDICA

Está conformada por el personal de los equipos de: Emergencia, Quirófanos, Cuidados Intensivos, Hospitalización y Egresos.

A continuación de detallan cada uno de ellos.

4.1 ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA

Este equipo está formado por el equipo de triage y el equipo de estabilización.

4.1.1 EQUIPO DE TRIAGE

Tendrá tanto grupos de triage como sean necesarios. Cada uno de ellos estará conformado según los recursos disponibles, estará integrado por un médico, una enfermera, camillero y un oficial de documentación.

En la práctica funcionan como máximo dos equipos Triage, uno clasifica con números pares y otro con números impares.

A. MÉDICO DE TRIAGE

FUNCIONES:

- < Examinar rápidamente las víctimas que lleguen y determinar su clasificación.
- < Indicar la tarjeta de triage de acuerdo a la clasificación.
- < Orientar el destino de la víctima según prioridad.

Tratamiento Inmediato: Tarjeta color rojo.

Tratamiento Diferido: Tarjeta color amarillo.

Tratamiento Ambulatorio: Tarjeta color verde.

Muerto: Tarjeta color negro.

B. ENFERMERA DE TRIAGE

FUNCIONES:

- < Ayudar al médico de triage en la clasificación de las víctimas.
- < Llenar la tarjeta de triage y asegurarse de que quede sujeta al antebrazo de la víctima.
- < Dependiendo de la cantidad de pacientes a clasificar, colocará cánula de mayo y soluciones intravenosas. Si la cantidad de pacientes a atender es grande, esta será función en las áreas de tratamiento y estabilización.
- < Realizar triage en caso de necesidad.

C. PERSONAL DE DOCUMENTACIÓN

FUNCIONES:

- < Registrar información básica de la víctima en una hoja o formulario simplificado.
- < Tomar fotografías de las víctimas.

D. CAMILLEROS DE TRIAGE **(camilleros en general)**

FUNCIONES:

- < Trasladar las víctimas al área asignada de acuerdo a la tarjeta de triage.
- < Y otras que se les asignen.

4.1.2 EQUIPO DE ESTABILIZACIÓN Y TRATAMIENTO

Debe conformarse con un médico hospitalario; un residente avanzado de cirugía o un traumatólogo de turno, con la ayuda de un paramédico, estudiante de cirugía o con el personal disponible.

El resto de personal de emergencia debe destinarse a la atención de los heridos cuyos problemas pueden solucionarse en el servicio y no requieran su internamiento.

A. MÉDICO DE ESTABILIZACIÓN Y TRATAMIENTO

FUNCIONES DE ACUERDO A LA TARJETA DEL TRIAGE:

- < Proceder a la estabilización de la víctima.
- < Proceder al tratamiento de emergencia.
- < Determinar el destino de la víctima a:
Servicios, Quirófanos, Cuidados Intensivos, Morgue, Egreso.

B. ENFERMERAS DE ESTABILIZACIÓN Y TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

FUNCIONES:

- < Ayudar al médico en la estabilización y tratamiento de la víctima.
- < Asegurar el destino de la víctima.

4.2 EQUIPO DE SALA DE OPERACIONES

Se conforman tantos grupos como número de salas de operaciones estén disponibles o pueden habilitarse. Cada grupo estará integrado por un cirujano, un anestesiólogo, un circulante, un ayudante y una instrumentista. La enfermera de quirófanos y las auxiliares de salas deben compartirse para reforzar los equipos posteriormente.

A. JEFE DE SALA DE OPERACIONES

FUNCIONES:

- < Depende del tipo de emergencia, suspender todas las intervenciones quirúrgicas electivas.
- < Organizar equipos quirúrgicos con los propios recursos.
- < Proporcionar atención quirúrgica de acuerdo a prioridades.
- < Corroborar la presencia del personal médico (cirujías y anestesiólogos)

- y paramédico (instrumentista, enfermeras, auxiliares y camilleros) asignados a esta área.
- < Mantenerse en comunicación permanente con el jefe de emergencia.

B. ENFERMERA DE SALA DE OPERACIONES

FUNCIONES:

- < Organizar y coordinar las actividades de sala de operaciones.
- < Verificar la presencia de instrumentistas y auxiliares de enfermería asignadas a las salas de operaciones.
- < Asegurar la disponibilidad de quipos y material de sutura.
- < Informar a la enfermera jefe de turno sobre las actividades y necesidades de las salas de operaciones.

4.3 CUIDADOS INTENSIVOS

La existencia de servicios de cuidados intensivos en un hospital están en dependencia del contexto y categorización del propio hospital.

4.3.1 EQUIPO DE CUIDADOS INTENSIVOS

Los grupos estarán conformados por profesionales y personal paramédico asignados y serán reforzados con personal externo cuando la situación lo demande. Los refuerzos deben escogerse dentro del personal capacitado en cuidados intensivos y en su defecto seleccionarse con residentes de los servicios de cirugía medicina.

A. JEFE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

FUNCIONES:

- < Asegurar la disponibilidad de personal profesional, paramédico y necesidades de la Unidad.

4.4 HOSPITALIZACIÓN Y EGRESOS

4.4.1 EQUIPO DE HOSPITALIZACIÓN

Conformado por el jefe del departamento o servicio respectivo y los coordinadores de las especialidades básicas que operan normalmente dentro de ellos.

Se constituyen grupos por especialidad para el manejo particular de la sala y la coordinación con los equipos de emergencia y quirófanos.

Usualmente el mismo equipo asume las funciones del equipo de egresos en lo concerniente a los egresos y destino de los pacientes hospitalizados.

A. JEFE DE SERVICIO

FUNCIONES:

- < Apoyo y coordinación con los equipos de emergencia y sala de operaciones.
- < Preveer un área para camas adicionales.
- < Asegurar la presencia de camas de reserva.
- < Evaluar los pacientes hospitalizados que puedan ser dados de alta.
- < Asegurar la dotación de elementos médicos en las respectivas salas.
- < Mantenerse en comunicación con el jefe de emergencia.

B. MÉDICO Y ENFERMERAS ENCARGADOS DE LAS RESPECTIVAS SALAS

FUNCIONES:

- < Asegurar la disponibilidad de áreas para camas adicionales.
- < Asegurar la existencia de menaje para las camas de reserva.
- < Evaluar los pacientes que puedan ser dados de alta.
- < Verificar la presencia de personal disponible.
- < Mantenerse en comunicación con el jefe de servicio.

4.4.2 EQUIPO DE EGRESOS

El equipo de hospitalización, reforzado con personal de registros médicos que identifiquen el egreso y diligencie las formas estadísticas requeridas.

4.5 CAMILLEROS (Personal de Intendencia)

A. JEFE DE INTENDENCIA

FUNCIONES:

- < Revisar que el área esté libre de objetos innecesarios.
- < Revisar que las camillas y las sillas de ruedas se encuentren debidamente colocadas.
- < Distribuir camillas y sillas de ruedas a los diferentes equipos de tratamiento.
- < Asignar un camillero a cada equipo de tratamiento.
- < Asignar camilleros para el traslado de camas adicionales.

5. EQUIPO DE APOYO

Cada uno de los servicios de apoyo conformará su propio equipo con personal asignado habitualmente al departamento y sólo serán reforzados al aumentar la demanda.

Los equipos comúnmente conformados incluyen: laboratorio clínico, banco de sangre, radiodiagnóstico, farmacia, trabajo social, personal voluntario y patología.

5.1 LABORATORIO CLÍNICO Y BANCO DE SANGRE

A. JEFE DE LABORATORIO CLÍNICO Y BANCO DE SANGRE

FUNCIONES:

- < Coordinar y dirigir las actividades de su departamento.
- < Evaluar el período de trabajo con existencia de insumos.
- < Verificar existencias de sangre, plasma y células empacadas.
- < Verificar el registro de donantes.
- < Verificar la existencia de equipos de transfusión.
- < Realizar las tipificaciones sanguíneas y pruebas cruzadas a donantes y receptores.
- < Coordinar con otros laboratorios y bancos de sangre.
- < Realizar los exámenes diagnóstico donde sea necesario.
- < En situación de emergencia o desastre debe cumplirse con las normas que garanticen la calidad de la transfusión, de bio seguridad y manejo de desechos sólidos hospitalarios peligrosos (DSH-P)

5.2 RADIOLOGÍA

A. JEFE DE RADIOLOGÍA

FUNCIONES:

- < Evaluar el período de trabajo con existencia de insumos.
- < Desplazar equipos portátiles de Rayos X al servicio de emergencia y quirófanos.
- < Realizar los estudios radiológicos a las víctimas del desastre.
- < Proporcionar ayuda al personal de enfermería o camilleros para el traslado de pacientes de la camilla a mesa de Rayos "X" y viceversa.
- < Cumplir con las normas de seguridad establecidas, en relación a la protección de la radiación.

5.3 PATOLOGÍA - MORGUE

A. JEFE DE PATOLOGÍA - MORGUE

FUNCIONES:

- < Identificación de las víctimas.
- < Determinar el período de trabajo con existencia de insumos.
- < Verificar las condiciones de la morgue.
- < Ordenar las expansiones de acuerdo a las áreas funcionales.
- < Coordinar con las autoridades de policía y de registro civil.
- < Mantener un archivo de tarjetas de los pacientes o víctimas fallecidas (datos completos de identificación, huellas dactilares y otros datos que sirvan para el efecto).
- < Determinar la existencia de elementos, tales como:
 - Fundas plásticas de polietileno (plástico) para cadáveres.
 - Equipos de formalización.
 - Material para exámenes anatomopatológicos.
 - Formulario y papelería para los certificados de defunción.
 - Tarjetas de identificación de cadáveres.
- < Verificar la muerte de la víctima.
- < Documentar fotográficamente los cadáveres, cuando sea posible.
- < Coordinar el traslado de cadáveres.
- < Determinar a que servicio apoyará éste personal en caso no haber cadáveres. El personal médico de éste servicio podría apoyar al departamento de Cirugía y el personal técnico al personal de enfermería del Servicio de Emergencia.

5.4 FARMACIA

A. JEFE DE FARMACIA

FUNCIONES

- < Mantener la dotación adecuada de la Bodega de Emergencia.
- < Verificar el período de trabajo con la existencia de insumos.
- < Verificar existencias de medicinas básicas para emergencias de acuerdo al listado existente.
- < Verificar existencias de medicinas en los botiquines de emergencias que se encuentran en los diferentes servicios.
- < Verificar áreas funcionales para botiquines de emergencia adicionales.
- < Recibir y clasificar los medicamentos donados.
- < Despachar medicamentos a áreas respectivas según necesidades.
- < Elaboración de pedidos de emergencia.

- ⟨ Diseñar, requerir y preparar un cuarto de reserva para casos de emergencia masiva y desastre.
- ⟨ Tomar medidas para disponer de material, equipo e insumos necesarios en caso de emergencia, por ejemplo: comunicación directa con proveedores en cualquier momento.

5.5 TRABAJO SOCIAL Y PERSONAL VOLUNTARIO

A. JEFE DE TRABAJO SOCIAL Y PERSONAL VOLUNTARIO

FUNCIONES:

- ⟨ Recabar información sobre el estado de las víctimas e informar a los familiares.
- ⟨ Asignar un coordinador de voluntarios.
- ⟨ Atender las necesidades sociales de las víctimas y pacientes evacuados.
- ⟨ Investigar la residencia y el paradero de los familiares de las víctimas que necesitan ayuda familiar.
- ⟨ Coordinar con transporte y con otras entidades extrahospitalarias para el traslado de las víctimas evacuadas a su residencia o a otra institución.
- ⟨ Participar en la identificación de las víctimas.
- ⟨ Ayudar a los familiares a localizar a las víctimas.
- ⟨ Coordinar la asignación de donativos.
- ⟨ En coordinación con la Dirección del Hospital, ubicar una oficina para proporcionar información a familiares de pacientes.

5.6 REGISTROS MEDICOS Y ESTADISTICAS DE SALUD

A. JEFE DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD

FUNCIONES:

- ⟨ Mantener actualizado el censo de camas disponibles, coordinando con el servicio de emergencia donde ordenan el ingreso.
- ⟨ Registrar el ingreso y egreso de los casos, concordando con el libro de ingresos y egresos, movimiento interno de pacientes (censo diario).
- ⟨ Revisar el libro de ingresos y el de egresos, hoja de evolución y diagnóstico, hoja de órdenes médicas, resumen de egreso y documentación administrativa.
- ⟨ Revisar el registro de salida, historia clínica, si hubo atención,

identificación de documentos, huellas dactilares, odontograma, denuncia policial y documentación administrativa.

- < Proporcionar material de registros médicos y estadísticas en volumen adecuado.
- < Abrir registros especiales de víctimas.
- < Informar al comité ejecutivo sobre ingresos y egresos, camas disponibles, tendencias estadísticas.
- < Documentación e identificación de los pacientes para proporcionar los registros médicos y dar la información a las autoridades correspondientes del Hospital.

5.7 CENTRAL DE EQUIPOS

A. JEFE DE CENTRAL DE EQUIPOS

FUNCIONES

- < Mantener disponible los equipos de cirugía mayor y menor.
- < Verificar información sobre el tipo de emergencias del desastre.
- < Organizar y esterilizar tantos paquetes de emergencia como equipos quirúrgicos tenga.
- < Tener listado de equipo nuevo, depositado en almacén central.

6. EQUIPOS ADMINISTRATIVOS

Incluye todos los servicios de apoyo logístico indispensables para llevar a efecto las acciones de los equipos de asistencia médica de emergencia y servicios de diagnóstico y apoyo. Absolutamente todos y cada uno de ellos: mantenimiento, comunicaciones y transporte, alimentación, ropería, personal, suministros, seguridad y camilleros.

Cada uno de los equipos descritos en el organigrama funcional incluyendo la oficina de información debe estar conformados con antelación y los nombres, cargos y direcciones de sus miembros, números telefónicos plenamente y conocidos.

Dependiendo de la complejidad del hospital, la magnitud del evento y tipo y número de recurso humano disponible, el responsable junto con el director del hospital asignarán las tareas y funciones de éste personal.

6.1 MANTENIMIENTO

A. JEFE DE LA SECCIÓN DE MANTENIMIENTO

FUNCIONES:

- Asegurar el funcionamiento de los servicios básicos.
- Evaluar el estado de las áreas vulnerables del hospital.
- Coordinar con otras dependencias intra y extra institucionales, para asegurar el abastecimiento de agua y energía eléctrica.
- Verificar la disponibilidad y señalización de las vías de acceso, circulación y evacuación.
- Revisar la disponibilidad de toma de agua e hidrantes.
- Anotar los puntos vulnerables en los planos de la institución.
- Asegurar y solicitar el equipo necesario para el funcionamiento de la institución.
- Identificar áreas de expansión hospitalaria en casos de daño estructural.

6.2 TRANSPORTE Y COMUNICACIONES

A. JEFE DE TURNO DE TRANSPORTE

FUNCIONES:

- Mantener un listado actualizado del personal de transporte.
- Preparar el área de parqueo de ambulancias.
- Verificar existencias de combustible y mantenimientos de vehículos.
- Tener disponibilidad de vehículos y conductores para el traslado de insumos necesarios en la situación de emergencia.
- Determinar y conocer tanto las vías de accesos permanentes y principales al Hospital como también las vías alternas y secundarias.

B. JEFE DE COMUNICACIONES

FUNCIONES:

- Tener disponible el directorio de los integrantes del comité de gestión de riesgo y del personal operativo.
- Informar al comité ejecutivo.
- Localizar al personal Seguridad institucional.
- Mantener comunicación con ambulancias y cuerpos de socorro

- Quien está llamando?
- Naturaleza del desastre.
- Localización del desastre.
- Número de casos estimados que serán trasladados al Hospital.
- Posible hora de llegada.
- Vía o medio de transporte por el que llegarán.
- Número telefónico de quien informa (confirmar).
- No tiene autoridad para declarar un estado de emergencia; solo distribuir la información al ser establecido el Plan por las autoridades correspondientes.
- Definir y determinar cuántos y cuáles son los números telefónicos para recibir llamadas de médicos en caso de emergencia.
- No tiene autorización para dar información a personas ajenas al Hospital, por ejemplo: medios de comunicación social (prensa, televisión, etc.)

6.3 ALIMENTACION

A. JEFE DE NUTRICIÓN

FUNCIONES:

- Evaluar daños y capacidad operativa del personal, equipos, instalaciones, local y recursos de nutrición asequibles.
- Coordinar con el administrador los requerimientos nutricionales para pacientes y personal, reportando la disponibilidad de recursos y necesidades urgentes.
- Asegurar la preparación de las raciones utilizando los recursos disponibles.
- Asegurar el reparto de raciones utilizando los recursos disponibles.
- Asegurar que en situaciones de emergencia quede personal de turno para cubrir las necesidades de alimentación.
- En los casos de servicios contratados de alimentación, deberá establecerse el cumplimiento de las anteriores funciones y ampliarlo en los ya existentes mediante un adendum o agregado.

6.4 LAVANDERIA Y ROPERIA

A. JEFE DE LAVANDERÍA Y ROPERÍA

FUNCIONES:

- Evaluar daños, capacidad operativa del personal, instalaciones, local y recursos disponibles.

- Coordinar con el administrador los requerimientos inmediatos de ropa, informando recursos y limitaciones.
- Proporcionar los requerimientos extraordinarios de ropa a las áreas críticas (emergencia, sala de operaciones, cuidados intensivos).
- Garantizar el suministro de ropa durante las 24 horas para atender la emergencia.

6.5 PERSONAL

A. JEFE DE PERSONAL

FUNCIONES:

- Verificar la situación del personal.
- Redistribuir al personal según necesidades.
- Solicitar personal de apoyo y recursos extraordinarios.
- Verificar presencia del personal.

6.6 SUMINISTROS

A. ADMINISTRADOR/BODEGUERO O GUARDALMACEN

FUNCIONES:

- Prever la existencia de insumos críticos.
- Verificar existencias, estado de suministros y bodegas.
- Evaluar y atender necesidades urgentes.
- Abastecimiento y notación de insumos de bodega de emergencias y desastres.

6.7 SEGURIDAD

A. JEFE DE SEGURIDAD

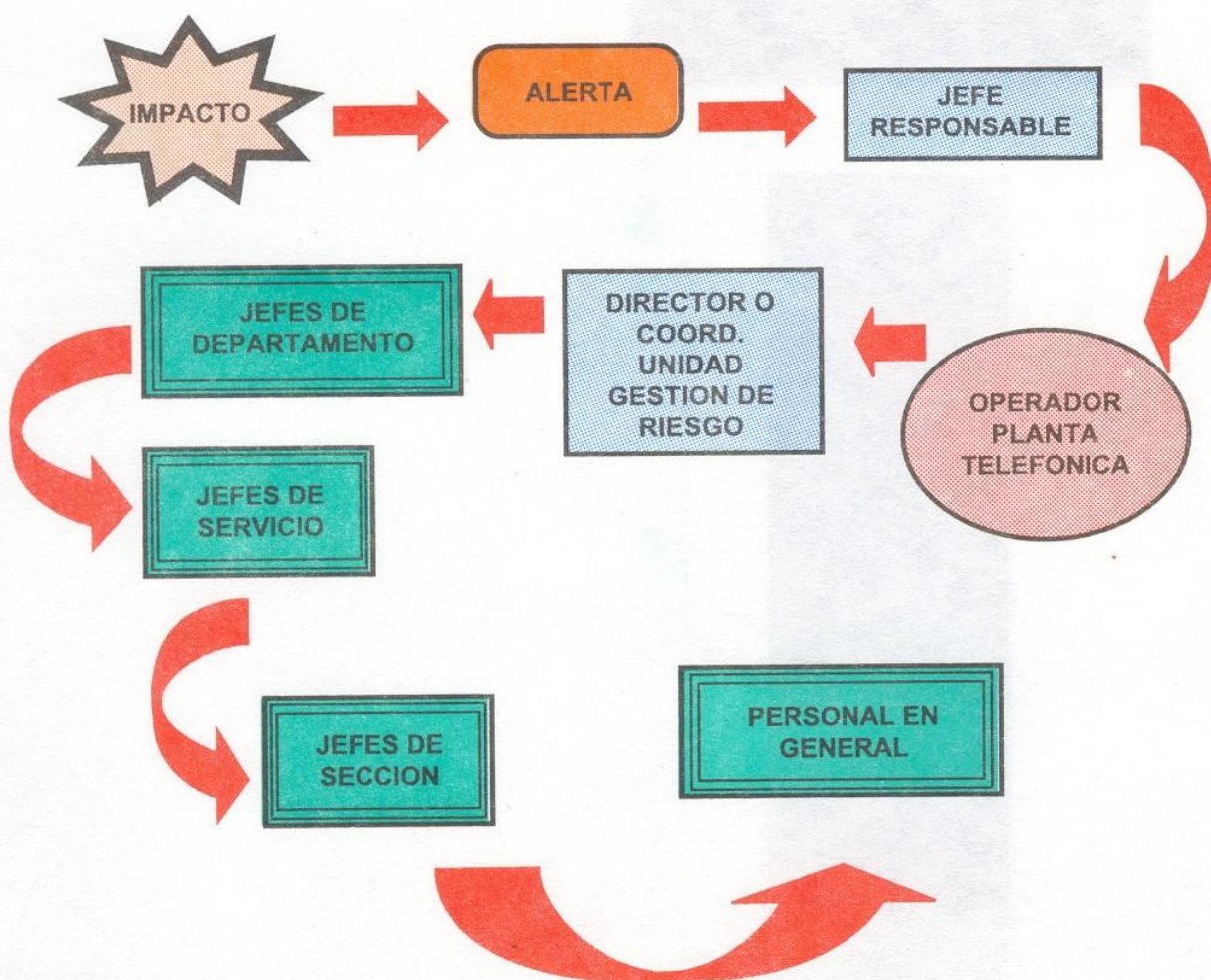
FUNCIONES

- Vigilar y controlar los bienes del hospital.
- Controlar el ingreso y egreso de las personas a las diferentes áreas del hospital.
- Orientar el tránsito de vehículos de acuerdo al flujo establecido.
- Coordinar con los servicios de policía, transporte y otros.
- Cuidar el orden público y desalojar a personas no autorizadas.
- Vigilar que las vías de acceso y evacuación se mantengan libres
- Informarse de la situación de emergencia o desastre, requiriendo la siguiente información: (Ver Sistema de Notificación Piramidal).

SISTEMA DE NOTIFICACION PIRAMIDAL

El método consiste en alertar e informar a los jefes de departamento, jefes de servicio o sección, responsables a su vez de informar al personal bajo su mando.

Cada uno de los jefes antes descritos y sus suplentes tendrán en su escritorio, oficina y residencia respectiva, una lista actualizada de los números telefónicos y direcciones particulares del personal correspondiente a su departamento, servicio o sección.



CLASIFICACION DE LOS PLANES

El plan general se ha dividido de acuerdo a la magnitud del desastre.

- Plan de alerta: Verde Amarillo, Rojo
- Plan de Desastres:
- EMERGENCIA TIPO "A": Cuando puede ser atendida con el personal fijo en el Servicio de Emergencia, sin alterar el funcionamiento del resto del Hospital.
- EMERGENCIA TIPO "B": Cuando el personal fijo en el Servicio de Emergencia necesita apoyo de personal de otros servicios. Describir esto en horario normal de trabajo en horario y día inhábil.
- Emergencia tipo "C": Cuando se necesita la participación de todo el personal del Hospital para el manejo de la situación.
- Plan Catástrofe

PLAN DE ALERTA

Si se tratara solamente de la amenaza de una posible catástrofe, la actuación consistirá en poner en marcha el PLAN DE ALERTA que comprende:

- Previsión y puesta a punto de todos los medios necesarios para la atención de víctimas.
- Avisar al personal del comité ejecutivo de desastres su convocatoria urgente.

EMERGENCIA "A"

SE ATENDERAN HASTA _____ CASOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA SIMULTÁNEAMENTE.

Este plan permite el tratamiento de las víctimas del desastre sin interrumpir la función del hospital, pues se utilizan las áreas designadas en la emergencia, para la atención de las víctimas de acuerdo al triage, moviliza el personal médico y de enfermería de apoyo.

EMERGENCIA "B"

SE ATENDERAN HASTA _____ CASOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA SIMULTÁNEAMENTE.

Indica el no ingreso de pacientes y las operaciones electivas, la movilización de diverso personal de refuerzo y la utilización amplia del espacio no destinado comúnmente a la atención de pacientes. Además se efectuarán egresos de pacientes que están en buenas condiciones, de los servicios de cirugía y ortopedia y se evaluará egresos de algunos servicios de medicina y Ginecología.

EMERGENCIA "C"

SE ATENDERAN DE _____ CASOS EN ADELANTE

Se pone en movimiento toda la capacidad de respuesta del hospital. Se da cuando ocurre un desastre muy importante como el que puede suceder en un terremoto, guerra y otros. Requiere la revisión total de todas las actividades del hospital. Pueden ser necesarias tomar medidas tan drásticas como: la evacuación total de hospital y solicitar la ayuda nacional e internacional, tanto del sector público como privado, a través de las autoridades superiores del hospital.

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 tratamiento.
- 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 vinilo, preferiblemente estériles para quirófano y manejo de pacientes.
- 7) Sondas para cateterismo vesical tipo Foley, Nos. 10 al 18.
- 8) Sondas para succión naso gástrica, diferentes calibres.
- 9) Catéteres o tubos para drenaje torácico con equipo 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. Por ello los equipos descartables viene a solucionar en buena forma, por un tiempo, las necesidades hospitalarias.
- 11) Soluciones endovenosas y equipos para administración, preferiblemente en envases plástico y jeringas. El hospital deberá solicitar localmente en envío de soluciones intravenosas y de equipo de administración de las mismas. Es importante que se utilicen las existencias nacionales antes de recibir la ayuda internacional.

- 12) Material ortopédico, como placas, clavos, tornillos y férulas para el manejo y tratamiento de fracturas.
- 13) Soluciones antisépticas (yodadas, con hexaclorofeno).
- 14) Cremas o pomadas (tipo vaselina, furacín etc.)
- 15) Sangre (provisión en banco de sangre) Tener lista de donadores.

CARRO DE DESASTRES DE LA CENTRAL DE EQUIPOS

1. EQUIPO DE ACERO INOXIDABLE

- 3 Copas de Curación
- 2 Equipos de Sutura
- 2 Equipo de Disección de vena
- 2 Equipo de Curación
- 2 Equipo de cateterismo
- 2 Mangos de Bisturí
- 4 Tijeras individuales
- 4 Preparaciones Locales
- 1 Palanganas
- 2 Equipo de Traqueotomía y cánulas de Traqueotomía
- 1 Caja de Jeringas surtidas de 10 y 5 c.c.
- 4 Botes de Curación
- 4 Botes de algodón
- 4 Botes de Gasas
- 1 Bandeja de Vaselina
- 4 Paquetes de Algodón.

2. OTROS EQUIPOS

- 2 Jeringas de Acepto y de Septo
- 50 Pares de guantes descartables
- 2 Sellos de Agua
- 2 Frasco para Sello de Agua
- 20 Curaciones de Colostomía
- 2 Tubos de goma
- 10 Empaques Nasales y Vaginales
- 12 Vendas de Guata
- 6 Pen-rose Diferentes Números

3. MATERIAL DESCARTABLE

- 5 Canulas de Traqueostomía
- 50 Angiocat Número 22
- 100 Jeringas Descartables de Diferentes Números
- 200 Aguja Descartables
- 60 Hojas de afeitar

- | | |
|----|---|
| 10 | Sondas de Levin Número 12 - 14 |
| 20 | Sondas de Alimentos Números 5 - 8 |
| 10 | Vendas Elásticas |
| 10 | Sondas Foley |
| 20 | Sondas Nelatón |
| 20 | Pericraneales |
| 50 | Vendas de gasa |
| 20 | Bolsas de Colostomía |
| 2 | Cajas de Esparadrapo |
| 50 | Hisopos y Baja Lenguas |
| 25 | Mangos de Bistur diversos números |
| 3 | Tubo Endotraqueales # 6,5, #7, #7,5, #8 |
| 1 | Caja de Respiración |
- Contenido: Laringoscopio, Ambú, Mascarilla Facial, Cánula Mayo.

CARRO DE DESASTRES DE FARMACIA Y/O CUARTO DE DESASTRE

MEDICAMENTOS	TIPO DE PLAN		
ANTIBIÓTICOS	A	B	C
Clindamicina amp. 600 mg.			
Gentamicina amp. 80 mg.			
Penicilina G Sodica 1,000. 000 U fco.			
Succinato de Cloranfenicol fco. 1g.			
Cefalospirinas 500 mgs. I.M. fco.			
Tretaciclina 500 mg tabs.			
Trimetropimsulfametoxazole 40 / 80 tabs.			
Otros.			
ANALGÉSICOS Y RELAJANTES			
Ácido Acetil Salicílico 500 mgs. tabs.			
Acetominofen 500 mgs tabs.			
Meperidina 50 mg. / ml HCL.			
Bromuro de Hiosciamina amp.			
Metocarbamol amp. 1 ó 2 grm.			
Diazepam amp. 10 mg.			
ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS			
UNGUENTOS			
Sulfadiazina de Plata Crema, tarro			
Gentamicina crema, tarro.			
Cloramfenicol ungüento oftálmico, tubo.			
Graza vaselina o furacinada.			
DIURÉTICOS			
Furosemida amp. 20 mg.			
Manitol al 25% fco. vial			
ESTEROIDES			
Dexametasona fco. Amp. 4 mg / cc.			
Hidrocortizona fco. Amp. 500 mg.			
Metilprednizolona			

CARDIOTONICOS Y RELACIONADOS

Digoxina amp. 0.5 mg / 2 ml.
Andrenalina clorhidrato amp. 1 mg / 2 ml.
Aminofilina amp. 240 mg.
Atropina amp. 0.5 mg / ml
Clorfeniramina amp. 10 mg
Difenilhidantoinato de Sodio amp.
Dopamina Clorhidrato amp. 250 mg / amp.
Efedrina amp
Lanatocido C amp. 0.4 mg
Lidocaina Simple al 2 % fco
Procainamida clorhidrata 100 mg / ml
Dobutamina 250 mg
Nifedipina 10 mg. Caps.
Propanolol amp. 1 mg.

OTROS

Antitoxina tetánica
Toxoide tetánico
Agua tridestilada fc. 100 ml
Fenobarbital amp 200 mg / 2 ml
Fitometadiona amp. 20 mg.
Histamina Fosfato amp. 1 mg
Heparina Sodica 5,000 U / cc
Jalea Lubrificante KY tubo
Magnesio Sulfato amp. al 50 %
Nalaxona amp. 0.40 mg / ml
Ranitidina amp 0.50 mg
Sodio Bicarbonato 47.5 mEq / 50 cc.
Potasio cloruro 10 % amp
Salbutamol amp.
Sodio Cloruro
Suero Antiofídico

A

B

C

SOLUCIONES PARENTERALES

Dextrosa sol. al 5 % de 1,000 cc fco
Dextrosa sol. al 10 % de 1,000 cc fco.
Hartmann sol. de 1,000 cc fco.
Suero Mixto de 1,000 cc fco.
Solución Fisiológica de 1,000 cc fco.
Equipo de Venoclísis
Angiocat No. 16 y 18
Pericraneales No. 21 y 22

SOLUCION ANTISÉPTICAS

Solución de hibitane formula II galón
Solución de Savlon formula II galón

A

B

C

SISTEMA DE ALERTA Y ALARMA

Se aplica a situaciones previsibles y su respuesta comprende tres fases de acuerdo a la gravedad del acontecimiento previsto y a la capacidad de respuesta.

ALERTA VERDE: IMPACTO Significa la preparación ante una eventualidad distinta a la rutinaria y que se espera atender con los recursos disponibles presentes o que se puede convocar según las circunstancias, al causar una mayor presión asistencial a la acostumbrada, se refuerzan previamente los recursos humanos y materiales que garanticen la atención y tratamiento de un gran número de víctimas. Detección de un fenómeno.

ALERTA AMARILLA: PREPARACION Su uso será exclusivo para emergencias al interior del hospital, especialmente para operaciones de evaluaciones local o parcial, es la extensión de alerta verde, donde las salas de recepción deben despejarse y en ellas habrá personal idóneo preparado para recibir heridos junto con salas de operaciones y cuidados intensivos. Los servicios técnicos de apoyo y administrativos ponen en ejecución sus propios planes de acuerdo a los lineamientos específicos. Fenómeno instaurado y fuera de control.

ALERTA ROJA: ATENCIÓN Una vez comprobado el desastre, se establecerá la alerta roja, iniciándose la ejecución del plan. Evacuación total, si es pertinente.

EMERGENCIA ROJA: PRESENCIA Una vez producida una catástrofe o comprobada la veracidad de alerta en desastre de extensión limitada, el servicio de salud entra en **EMERGENCIA ROJA**, ejecutándose el plan. Esta emergencia se clasifica en:

TIPO A: Los recursos humanos y materiales disponibles en los servicios y departamentos de emergencia de la institución son suficientes para enfrentar la situación.

TIPO B: Es necesario acciones a nivel de todo el hospital para atender la emergencia.

TIPO C: La magnitud del desastre exige el apoyo de otras instituciones.

El plan debe iniciarse con el personal de turno, dicho personal no puede abandonar la institución sin autorización de la máxima autoridad presente, el personal ausente debe presentarse obligatoriamente a la institución de salud sin previa llamada

EVACUACION: Antes de llevarse a cabo una evacuación deberá hacerse una evaluación integral del daño y determinar si procede realizar la evacuación. Debe tomar en cuenta las características propias del hospital.

La evacuación es la acción de desocupación ordenada, oportuna y eficaz de personas, bienes o documentos de un lugar determinado en inminente riesgo de deterioro o destrucción.

EVACUACION ASISTIDA: El paciente es ayudado por otros pacientes o por personal del enfermería.

EVACUACION SIN AYUDA: El paciente sale por sus propios medios. La evaluación debe realizarse por etapas. Las etapas I,II y III de evacuación se realizarán de acuerdo a la estructura y característica de cada hospital.

ETAPA I: Es la movilización de los pacientes en dirección horizontal, distinta del área comprometida.

ETAPA II: Es la movilización de los pacientes en dirección vertical a través de las rutas de evacuación más próximas.

ETAPA III: Es la evacuación total del edificio.

El orden probado y recomendado para evacuar los pacientes es:

1. Ambulatorio.
2. Semi ambulatorio (camina con asistencia).
3. No ambulatorio (movido por una persona).
4. No ambulatorio (necesita dos personas).
5. El que requiere ser movilizado en posición de decúbito (lesión de columna, peligro de vida, requiere seis personas y su evacuación tarda aproximadamente 10 minutos).

La clasificación de los pacientes lo hará la enfermera en conjunto o no con el médico, las categorías 1 y 2 involucran el 70 % de la población hospitalaria; la categoría 5 constituye el 15 % de la población hospitalaria.

Para los pacientes ambulatorios se ordenarán en grupos de 3 ó 4 de la mano, o niños de la mano de un adulto. Esto les da seguridad y orden hacia la vía de evacuación adecuada.

1. Para los semi ambulatorios, se usa un evacuador para dos personas a manera de muleta, con un paciente de cada lado.
2. Para los no ambulatorios, que necesitan una persona puede usarse una sábana o colchas arrastrándola, que es lo más práctico y rápido, o bien usar una silla de ruedas.
3. El no ambulatorio que necesita dos evacuadores; el método de mano con mano para usar como asiento es efectivo y rápido.
5. El que necesita transporte en decúbito necesita 6 personas con una lona o sábana resistente, se colocan dos en la cabeza, dos a nivel de hombros y dos a nivel de la cadera.
6. En caso de niños lactantes se sugiere la elaboración de camisas tipo canguro o bien de camillas multiusuarios que puedan ser transportados por dos rescatadores.

SE DEBE TOMAR EN CUENTA LOS SIGUIENTES PUNTOS:

1. El uso de sábanas arrastradas requiere mucha fuerza y posición de pie, que en caso de mucho humo puede ser limitante.
2. No debe usarse camas o colchones por ser imprácticos.
3. Pacientes inmovilizados con tracción se sostiene el miembro. Se corta la cuerda y se acarrea sentado en silla con el método mano-mano.
4. Pacientes con sondas o tubos, se pinzan, se retiran conexiones o botellas para poder evacuarlos.
5. En caso de mucho humo, para lo que necesitan asistencia se les ata las manos con una sábana o similar y el evacuador se la coloca en la frente y se moviliza arrastrándose.

RECOMENDACIONES GENERALES DURANTE LA EVACUACIÓN

1. Dada la alarma o percibido el fenómeno, la movilización comenzará en orden, a paso rápido, sin correr y sin perder la calma.
2. No empujarse, ni gritar. Obedezca la voz de mando de quien conduce el grupo que-está evacuando.
3. Los evacuantes dejarán sus objetos personales. No se perderá tiempo en llevarlos.
4. Nadie debe gritar. A toda costa debe evitarse el pánico.
5. No utilizar zapatos con tacones, ya que no permiten paso rápido en las escaleras y pueden propiciar caídas.
6. Si alguien cae, debe tratar de rodar fuera de la ruta levantarse inmediatamente para no provocar más caídas y amontonamientos que puedan ser fatales. Quienes se hallen cerca de quien cae, deben tratar de ayudar a levantarlo lo más rápidamente posible.
7. Si se le cae algún objeto como libro, zapato u otro, abandónelo y siga.
8. Baje las escaleras pegado a la pared o pasa mano y en fila.
9. Cerciórese que no hay rezagados
10. No permita que personas no autorizadas regresen.
11. Nunca encienda fósforos en caso de oscuridad.
12. No abrir puertas que estén calientes.
13. No usar encendedores.
14. Durante la evacuación o antes, en caso de incendio, debe intentar mover equipo y material inflamable para controlar o retardar la propagación del fuego.
15. Se debe utilizar un método de identificación para el jefe o coordinador de área.

16. Si se considera persona nerviosa, la mejor manera de controlarse es ayudando a otras personas más nerviosas que usted.
17. Quien este más cerca de la puerta la abrirá y ordenara la salida con calma.
18. Al llegar al área de seguridad o punto de reunión exterior cada departamento o servicio se reunirá en orden y en sitio aparte para verificar si todos se encuentran bien y para recibir instrucciones acerca del trabajo a desarrollar.
19. Recuperar botiquines, elementos de rescate y actuar en primeros auxilios.

SISTEMA DE ALARMA

Indica la preparación para resolver cualquier tipo de alerta o evacuación parcial o total de un departamento, servicio o área de la institución de salud. Aviso o señales por medio de las cuales se informa al personal de los departamentos y servicios con el propósito de que sigan instrucciones específicas. Ejemplo: Sirenas, altavoces, campanas, timbre y otros.

TRIAGE

La clasificación de pacientes se hará en base al criterio médico de urgencia y en la posibilidad de sobrevivir y no solamente en el criterio de sobrevivencia.

El equipo clasificador de pacientes está integrado por:

- Un médico
- Una enfermera profesional.
- Dos auxiliares de enfermería.
- Camilleros suficientes.

Se pueden integrar en algún momento dos o tres equipos de clasificación, dependiendo del número de pacientes.

Los pacientes clasificados llevarán una tarjeta en la muñeca izquierda, pero si este lado está lesionado entonces se le colocará en la muñeca derecha y si hubiera lesión a este nivel entonces a cualquier altura de las extremidades superiores.

SIGNIFICADO DE LOS COLORES DE LA TARJETA

Color Rojo:

Pacientes con primera prioridad de tratamiento, necesita atención inmediata, por su estado crítico, cuya supervivencia depende de su estabilización.
Riesgo alto de muerte si no reciben tratamiento inmediato

Color Amarillo:

Pacientes con prioridad secundaria de tratamiento lesiones sin tanta gravedad, sin gran peligro de complicaciones inmediata.

Color Verde:

Pacientes con tercera prioridad de tratamiento. Presentan lesiones menores. Sin peligro de complicación inmediata.

Color Negro:

Pacientes muertos.

NOTA: Los hospitales del sistema nacional de salud adjudicarán la tarjeta del color que considere más conveniente de acuerdo a sus normas y procedimientos internos para la identificación de los pacientes.

BASES CLINICAS PARA CLASIFICAR A UN PACIENTE

Color Rojo:

- Paro cardíaco presenciado.
- Hemorragia considerable (más de un litro en un adulto)
- Perforación torácica o herida penetrante de abdomen.
- Lesiones triturantes de extremidades.
- Fracturas expuestas grado III de huesos largos.
- Amputaciones a nivel de huesos largos.
- Algunas fracturas graves por ejemplo: pelvis, tórax, columna vertebral.
- Fracturas, luxación sin pulso distal.
- Quemaduras con daño a vías respiratorias.
- Estado de choque de cualquier origen.

Color Amarillo:

- Quemaduras grado II del 30% de superficie corporal.
- Quemaduras grado III del 10% de superficie corporal.
- Quemaduras complicadas con fractura.
- Quemaduras grado III de manos, pies o cara sin problemas de vías respiratorias.
- ~~Pérdida~~ *Pérdida* moderada de sangre (500 a 100cc en un adulto)
- Paciente con trauma cráneo encefálico con salida de líquido cefalorraquídeo por oído y/o nariz.
- ~~Vómito~~ *Vómito* en proyectil.
- Pulso menor de 60 por minuto.
- Pupilas anisocóricas.
- Cambios en la frecuencia respiratoria.
- Desorientación.
- Respuesta motora débil, reacción débil al estímulo sensitivo.
- Cionosis y/o palidez distal, llenado capilar lento, dolor intenso en extremidades inmovilizadas con aparatos de yeso.

Color Verde:

- Fracturas menores (dedos, dientes, nariz sin epistaxis)
- Abrasiones, contusiones.
- Quemaduras leves.
- Grado I de 20% manos, pies, cara.
- Grado II de 15% de superficie corporal.
- Grado III de 2% de superficie corporal.

Color Negro:

- ⊙ Quemaduras grado III de más de 50% de superficie corporal.
- ⊙ Este cuadro asociado a fracturas mayores, trauma cráneo encefálico grado IV, lesiones torácicas.
- ⊙ Inconsciente con exposición de masa encefálica.
- ⊙ Paciente senil con grandes lesiones que hagan poco posibles las maniobras de reanimación.
- ⊙ Y/o muerte real.

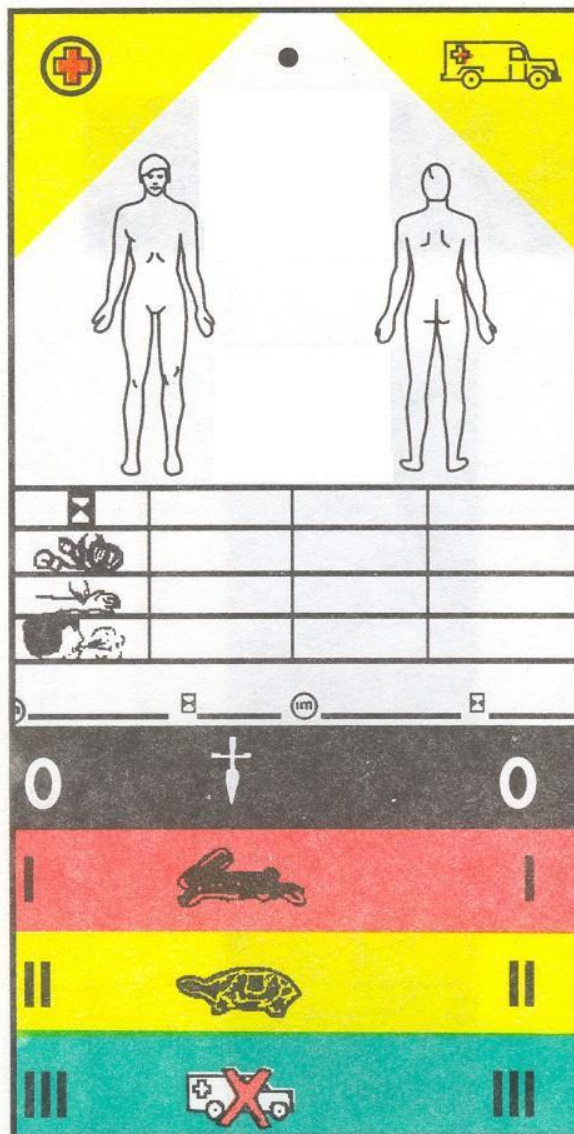
MODELO DE TARJETA DE TRIAGE

(Introducir lazo de 30" en el ojal y colocar al cuello del paciente).

No 0298		No 0298	
			
No 0298		No 0298	
			
			
Cuerpo de Bomberos Municipales Guatemala, Centro América.			
0			0
I			I
II			II
III			III

MODELO DE TARJETA DE TRIAGE

(Introducir lazo de 30" en el ojal y colocar al cuello del paciente).



**HOJA DE TRATAMIENTO PARA
PACIENTES AFECTADOS EN DESASTRES**

NOMBRE: _____

PROCEDENCIA: _____

DIRECCION DE LA PERSONA QUE LO LLEVÓ AL SERVICIO DE SALUD:

FECHA: _____ **HORA:** _____

CLASIFICACION Y DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES:

Evolucion de diagnósticos:

1 Tratamiento inmediato servicio de emergencia:

2 Unidad tratamiento médico intensivo:

3 Sala de Operaciones:

4 Tratamiento de consulta externa:

5 Otros (morgue, servicios internos):

MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS

Nombre, dosis y vía de
administración

Hora

Nombre del médico

Otros tratamientos:

Nombre Médico: _____

Nombre Enfermera: _____

HOJA DE EVALUACION RAPIDA DE VICTIMAS EN TRIAGE

N.	Color (Triage)	Sexo	Edad Aprox.	Diagnóstico

**HOJA DE INFORMACION SOBRE PACIENTES ATENDIDOS
EN CASOS DE DESASTRES SECTOR SALUD
GUATEMALA, CENTROAMERICA**

Establecimiento o unidad medica que informa: _____

Fecha: _____

Nombre y cargo de la persona que informa: _____

CUADRO DE INFORMACION

No	Nombre	Sexo		Edad	Procedencia	Diagnostico	Hospitalizados		Observaciones
		F	M				si	no	

Número de muertos: _____

NOTA: Esta información debe ser enviada 8 días después del desastre a la Unidad de Gestión de Riesgo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con copia a su institución.

TERMINOS Y CONCEPTOS UTILIZADOS

A

ACCIDENTE INDUSTRIAL / TECNOLÓGICO: liberación accidental ocurrida durante la producción, transporte y manejo de sustancias químicas peligrosas.

AFECTADO: víctima del desastre que requiere apoyo limitado para recuperarse de los daños producidos por el desastre, por un menor grado de necesidades básicas insatisfechas a causa de éste, con respecto al damnificado.

ALARMA: avisos o señales por los cuales se informa para que sigan instrucciones específicas de emergencia debido a la presencia real o inminente de una amenaza.

ALBERGUE DE PASO: sitio seguro para refugiarse del desastre, inmediatamente después del impacto, utilizado mientras se realiza el registro, verificación y acreditación de las familias damnificadas, y la preparación del alojamiento temporal.

ALERTA: período anterior a la ocurrencia de un desastre, declarado con el fin de tomar precauciones específicas, debido a la probable y cercana ocurrencia un desastre.

ALOJAMIENTO TEMPORAL: como un albergue previo a las viviendas definitivas, o simplemente en refugio mientras las viviendas afectadas pueden habilitarse de nuevo. Cabe anotar que cuanto antes comience el proceso de reconstrucción, tanto menores serán los costos sociales y económicos del desastre.

AMBÚ ®: marca registrada de algunos elementos para procedimientos y entrenamiento en reanimación. Habitualmente utilizado por el personal de salud para designar al sistema de bolsa autoinflable, válvula unidireccional y máscara (o tubo endotraqueal) utilizado para ventilar a un paciente durante la reanimación.

AMENAZA: Probabilidad de ocurrencia de un desastre de ciertas características en un sitio determinado y durante un tiempo específico de exposición.

ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS: todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realizará la atención definitiva.

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH): comprende todas las acciones de rescate, salvamento y atención médica que se le brindan a un paciente urgente en el sitio de la emergencia y durante su transporte hacia el centro asistencial de recepción o cuando es remitido de un centro asistencial a otro.

B

BÚSQUEDA: consiste en la aplicación de técnicas de rastreo, localización, ubicación, detección de las víctimas de un desastre o accidente, utilizando para ello herramientas especiales de detección visual, térmica, sonora, electrónica, animal (perros de rescate) y, especialmente, recurso humano.

C

CALAMIDAD PÚBLICA: situación en la cual se presenta daño o alteración de las condiciones normales de vida en un área geográfica determinada, causada por fenómenos naturales y por efectos catastróficos de la acción del hombre en forma accidental, que no requiera en su fase de recuperación de acciones de reconstrucción, bastando con las de rehabilitación para recuperar la normalidad.

CARESTÍA O MALA COSECHA: reducción anormal de la cosecha, cuyo rendimiento es insuficiente para cubrir las necesidades económicas y nutritivas de la comunidad. Esta clase de desastre es siempre la consecuencia de otro diferente, y por consiguiente ha de registrarse bajo la causa principal.

CICLÓN: en esta denominación se incluyen los HURACANES y los tifones. Sistema cerrado de circulación a gran escala, dentro de la atmósfera, con presión barométrica baja y fuertes vientos que rotan en dirección contraria a las manecillas del reloj en el hemisferio Norte, y en dirección de las manecillas del reloj en el hemisferio Sur. En el Océano Índico y en el Pacífico del sur se les denomina así (ver huracán y tifón).

CINÓFILO: equipo hombre-perro, más específicamente es aplicado a lo perros de búsqueda.

CISS: Comité Interinstitucional del Sector Salud.

CLOROFLUOROCARBONOS (CFC): grupo de componentes químicos usados en la industria y el hogar, de los cuales se sabe que el uso excesivo y universal es una de las causas del agotamiento del ozono y de daños en el medio ambiente.

COE: Comité Operativo de Emergencia.

COLAPSO DE EDIFICIOS O ESTRUCTURAS: Implica el derrumbamiento repentino de una construcción en ausencia de toda fuerza exterior. En un sentido más amplio el colapso puede ser causado por algún agente exterior (terremotos, tornados, explosiones, etc.) el desastre debe registrarse bajo el factor causal original.

CONFLICTOS INTERNACIONALES: enfrentamientos bélicos entre las fuerzas armadas de dos a más países. Pueden dar origen a movimientos en gran escala de refugiados y personas desplazadas.

CONFLICTOS NACIONALES: (disturbios civiles, guerra civil): hostilidades entre grupos armados de un mismo país, que tienen lugar dentro de sus fronteras. Los enfrentamientos pueden plantear problemas sanitarios masivos, como epidemias, falta de agua potable, acumulación de basura, desplazamiento de personas, refugiados, carestía, hambre, etc.

CONTAMINACIÓN: degradación de uno o más elementos o aspectos del medio ambiente, debido a desperdicios industriales, químicos o biológicos nocivos, provenientes de desechos de productos hechos por el hombre y de mal manejo de los recursos naturales y ambientales.

CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA: enrarecimiento de la atmósfera debido a gases, sólidos y radiación como resultado de la quema de un combustible natural o artificial, de procesos químicos e industriales, así como de explosiones nucleares.

CONTAMINACIÓN POR PETRÓLEO: contaminación de océanos, lagos y ríos. Resulta del vertido de hidrocarburos (por lo general petróleo y crudos), accidental o provocado, a partir de cisternas, buques tanque y oleoductos, durante el transporte o el almacenamiento. Las mareas negras son depósitos de grandes volúmenes de hidrocarburos que cubren las zonas costeras de marea, ocasionados por derrames o vertidos accidentales que suelen ocurrir durante tormentas o colisiones.

CONTAMINACIÓN QUÍMICA: contaminación repentina del agua o del aire en las inmediaciones de las zonas industriales, que provocan desordenes orgánicos que pueden ser fatales para el ser humano, o afecciones externas que dejan secuelas permanentes en la piel o algún otro órgano.

CRAMP: escala de valoración de pacientes politraumatizados, creada en 1967, cada letra corresponde a los sistemas que evalúa, a saber: Circulatorio, Respiratorio, Abdomen, Motor y Palabra.

CRECIDA REPENTINA: volumen de agua de acumulación súbita y de gran caudal; causa inundaciones, y por su naturaleza es difícil de prever.

CRISTALOIDES: líquidos para administración intravenosa, se denominan así por que al evaporar toda el agua sus componentes adquieren forma de cristales. En reanimación se refiere principalmente a la Solución Salina al 0.9% y a la Solución de Lactato Ringer.

CRÍTICO (PACIENTE O LESIONADO): Es todo paciente cuya vida dependa de su atención inmediata.

D

DAMNIFICADO: víctima que no sufrió ninguna lesión en su cuerpo, pero perdió la estructura de soporte de sus necesidades básicas, como vivienda, medio de subsistencia, etc.

DEPRESION TROPICAL: se forman sobre los mares abiertos y se caracterizan por sus vientos con una velocidad menor a los 64 km/h, acompañados de lluvias torrenciales.

DERRUMBE EN MINAS O HUNDIMIENTO DE GALERÍAS: desastre que se produce en excavaciones subterráneas. Cuando ocurre un hundimiento subterráneo, se desprende parte del material rocoso que recubre las galerías, bloqueándolas.

DESASTRE: es la acción de un fenómeno natural, tecnológico o creado por el ser humano, que produce en forma súbita alteraciones intensas representadas en pérdidas de vidas, de la salud física y mental, de destrucción en infraestructuras físicas y daños severos al medio ambiente y económicos, sobre pasando la resolutiva de la comunidad y requiriendo ayuda externa.

DESASTRE EXTRAHOSPITALARIO: es todo aquel evento, que se presenta fuera de la estructura física del hospital y otro servicio de salud, y que va a requerir de la capacidad de respuesta que se tenga para dar apoyo y mitigarlo.

DESASTRE INTRAHOSPITALARIO: es todo aquel evento que se presenta dentro de la estructura física de la institución de salud, para lo cual requerirá planes específicos de acuerdo al tipo de desastres para mitigarlo.

DESASTRE DE LA NAVEGACIÓN AÉREA: comprende todos los impactos violentos de aeronaves que transportan pasajeros o carga.

DESASTRE DEL TRANSPORTE MARÍTIMO: se refiere a buques. Estas embarcaciones pueden hundirse durante una tempestad, explotar, incendiarse, entrar en colisión con un navío, estrellarse contra un iceberg o escollo, zozobrar o desaparecer sin dejar rastro.

DESASTRE DEL TRANSPORTE TERRESTRE: comprende las colisiones o descarrilamiento de trenes u otros vehículos de transporte de carga o de pasajeros, tanto en zonas urbanas como rurales.

DESERTIFICACIÓN: proceso por el cual una zona que ya es árida se vuelve más estéril, menos capaz de retener vegetación, hasta convertirse progresivamente en desierto. La desertificación suele ser la causa de desastres a largo plazo; estos últimos han de registrarse como consecuencias.

DESLIZAMIENTO DE TIERRA: movimientos hacia afuera o cuesta abajo de materiales que forman laderas (rocas naturales y tierra). Son desencadenados por lluvias torrenciales, la erosión de los suelos y temblores de tierra, pudiendo producirse también en zonas cubiertas por grandes cantidades de nieve (avalanchas).

E

EMERGENCIA: situación que aparece cuando, en la combinación de factores conocidos, surge un fenómeno o suceso que no se esperaba, eventual, inesperado y desagradable por causar daños o alteraciones en las personas, los bienes, los servicios o el medio ambiente, sin exceder la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.

EMERGENCIA ROJA: una vez producida una catástrofe y comprobada, el servicio de salud entra en Emergencia Roja, ejecutando el plan, se clasifica en:

Tipo A: Los recursos humanos y materiales disponibles en los servicios y departamentos de emergencia son suficientes para enfrentar la situación

Tipo B: Es necesario acciones a nivel de todo el hospital para atender la emergencia.

Tipo C: La magnitud del desastre exige el apoyo de otras instituciones.

EPIDEMIA: aumento inusual o aparición de un número significativo de casos de una enfermedad infecciosa que se manifiesta con una frecuencia mayor a la cual normalmente se presenta en esa región o población. Las epidemias pueden también atacar a los animales, desencadenando desastres económicos en las regiones afectadas.

ERUPCIÓN VOLCÁNICA: Descarga de fragmentos, en el aire o en el agua, de lava y gases a través del cráter de un volcán o de las paredes del edificio volcánico.

EVACUACIÓN: es la acción de desocupación ordenada, oportuna y eficaz de personas, bienes o documentos de un lugar determinado en inminente riesgo de deterioro o destrucción.

EVACUACIÓN ASISTIDA: es paciente es ayudado por otros pacientes o por personal de enfermería

EVACUACIÓN SIN AYUDA: el paciente sale por sus propios medios.

Etapa I: es la movilización de los pacientes en dirección horizontal, distinta del área comprometida.

Etapa II: es la movilización de los pacientes en dirección vertical a través de las rutas de evacuación más próximas.

Etapa III: es la evacuación total del edificio.

EVACUACION HORIZONTAL: Es la movilización de pacientes del área afectada por la emergencia a un sitio distante en el mismo piso, implica poco riesgo comparado con los riesgos de la evacuación vertical. Se debe anticipar a los problemas potenciales para movilizar tempranamente a los pacientes que no requieren asistencia a otras áreas en el mismo piso. Desalojando el área se gana tiempo para evaluar mejor el peligro y estudiar mejor las alternativas de manejo de los pacientes que necesitan ser asistidos.

EVACUACION VERTICAL: Es la movilización de pacientes para descender a través de las rutas de evacuación más próxima y debe hacerse después de estudiar las implicaciones de la acción.

EVACUACION TOTAL: Se realiza después de una evaluación integral de las instalaciones de la institución y se declara inhabitable. El riesgo de evacuar el hospital a otras áreas que no tengan las condiciones apropiadas debe compararse con el riesgo que se corre permaneciendo dentro del mismo.

EXPLOSIÓN EN UNA MINA: explosión que se produce cuando el metano o el polvo de hulla (grisú) reaccionan al contacto con el aire.

EXPLOSIÓN NUCLEAR O TERMONUCLEAR: incluye un escape accidental de

radiación, que ocurre en instalaciones nucleares civiles, y que exceden los niveles de seguridad establecidos internacionalmente.

EXPLOSIÓN QUÍMICA: destrucción violenta provocada por la explosión de materias combustibles, casi siempre de naturaleza química.

F

FLUJOS PIROCLÁSTICOS (avalanchas incandescentes): formados por magma fresco que pueden alcanzar temperaturas de hasta 1.200 grados. El flujo piroclástico se compone de fragmentos de roca provenientes de la erupción, que suspendidos en una nube de gases y materiales en rápida expansión, se precipitan ladera abajo a velocidades de hasta varios cientos de kilómetros por hora, alcanzando normalmente distancias de 10 km, y en raras ocasiones, hasta 40 km desde el lugar del acontecimiento. Esta clase de erupciones es la más peligrosa.

FLUJO DE TIERRA: movimiento masivo caracterizado por el traslado cuesta abajo de tierra y roca desgastada, paralelo al deslizamientos de tierra.

G

GESTIÓN: conjunto de reglas, procedimientos y métodos operativos para llevar a cabo con eficacia y eficiencia la acción planificada.

GLASGOW (ESCALA DEL COMA DE...): ideada con el fin de evaluar el estado de conciencia de los pacientes con trauma cráneo encefálico. La escala produce información objetiva y es fácil de usar tanto por personal médico como paramédico, por lo cual se generalizó su aplicación a todo paciente neurológico. La escala evalúa tres parámetros: apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora con un máximo puntaje de 15 y un mínimo de 3.

GRANIZADA: impacto de granizo, precipitación de partículas de hielo más corrientemente asociada a las tempestades eléctricas.

H

HAMBRUNA: reducción crítica de alimentos que afecta a gran cantidad de personas. Esto es debido a razones climáticas, ambientales, económicas y políticas, entre otras.

HEMOTÓRAX: acumulación de sangre en el espacio pleural, frecuentemente a causa de un trauma de tórax, potencialmente mortal por restricción respiratoria y shock.

HF: sistema HF (Frecuencias Altas); este sistema trabaja en la frecuencia de 3 Mhz hasta 30 Mhz.

HOT STICK: elemento utilizado por los grupos de búsqueda y rescate como detector de corriente alterna en los lugares en los cuales se sospechan campos energizados.

HURACÁN: son gigantescos torbellinos atmosféricos, con vientos de más de 117 km/h; se originan en las zonas de calma tropicales desde donde se desplazan en trayectorias a menudo caprichosas hacia latitudes superiores. En el Atlántico occidental y el Pacífico oriental se les denomina así a los ciclones.

I

IMPACTO: los efectos y la dimensión de un desastre.

INCENDIO: el incendio es casi siempre ocasionado por la actividad humana, pero ocasionalmente debido a fenómenos naturales.

INCENDIO FORESTAL: incendio en un bosque o zona de matorrales o pastizales, que cubre extensas áreas. Puede iniciarse por causas naturales tales como erupciones volcánicas o rayos, o ser causado por pirómanos, fumadores descuidados, fogatas o quemas.

INSUFICIENCIA DE ENERGÍA: interrupción total o parcial del suministro de energía eléctrica durante un período largo, que causa perjuicios considerables a los servicios y los medios normales de vida.

INUNDACIÓN, CRECIDA O AVENIDA: aumento significativo del nivel de agua de un curso de agua, lago reserva o región costera. La crecida es una inundación perjudicial de los bienes y terrenos utilizados por el hombre, que puede clasificarse en dos tipos: rápidas y lentas.

L

LAHAR: deslizamientos de ceniza por las laderas de los volcanes.

LESIONADO: víctima del desastre que sufrió un trauma, daño o enfermedad en su cuerpo a causa del desastre.

LLUVIA ÁCIDA: lluvia que arrastra una concentración excesiva de componentes ácidos de la atmósfera, que provienen de contaminantes químicos tales como

compuestos de sulfuro y nitrógeno. Cuando éstos se depositan, incrementan la acidez del suelo y el agua, causando daños al equilibrio ecológico y la agricultura.

M

MAR DE LEVA (marea de tempestad): incremento súbito del mar, como resultado de grandes vientos y presiones atmosféricas bajas; algunas veces llamadas mareas de tormenta, olas de tormenta, olas de marea (esta última denominación designa las olas originadas por las mareas lunares o solares, al igual que las mareas ordinarias. Se suele aplicar erróneamente a los tsunamis). Generalmente afecta solo áreas costeras, pero puede incluir algunas distancias tierra adentro.

MITIGACIÓN: son las acciones que se realizan tendientes a disminuir la severidad del daño causado por un desastre. El propósito de la mitigación es la reducción de la vulnerabilidad, es decir la atenuación de los daños potenciales sobre la vida y los bienes.

N

NEUMOTÓRAX: acumulación de aire en el espacio pleural, frecuentemente a causa de un trauma de tórax, potencialmente mortal por restricción respiratoria y shock, en especial si es a tensión puede llevar a la muerte del paciente en minutos.

O

OLA DE CALOR: período largo de tiempo, con altas temperaturas superficiales.

OLA DE FRÍO: período largo de tiempo, con temperaturas extremadamente bajas.
ONG: organización no gubernamental.

OPS-OMS: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana; Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

P

PERSONAS DESPLAZADAS: reciben este calificativo especialmente las personas desarraigadas que permanecen en el territorio de su propio país.

PMU: Puesto de Mando Unificado.

POBLACIÓN DESPLAZADA: personas que por diferentes razones o circunstancias se vieron obligadas a dejar sus casas. Pueden vivir o no en su país de

origen pero jurídicamente, no se les considera refugiados. La causa del desarraigo forzoso pueden haber sido desastres naturales, desastres industriales, conflictos o disturbios internacionales. Hay tres clases de movimientos en gran escala: **el éxodo, la expulsión y el retorno**. Las personas desplazadas se les clasifican según los motivos que han provocado su desplazamiento.

PREPARACIÓN: conjunto de acciones organizadas que se hacen para prevenir oportuna, eficaz y eficientemente, tendientes a disminuir los efectos de un desastre. La preparación está dirigida a estructurar la respuesta para la atención de las emergencias que inevitablemente se pueden presentar, reforzando así las medidas de prevención y mitigación de las consecuencias.

PREVENCIÓN: es equivalente a decir que mediante la intervención directa del peligro puede evitarse su ocurrencia, es decir impedir la causa primaria del desastre.

PREVISIÓN: es determinar las posibles amenazas y las condiciones de vulnerabilidad de una comunidad.

R

RCCP (RCP): Reanimación Cardíaca, Cerebral y Pulmonar.

RECONSTRUCCIÓN: es el proceso de recuperación a mediano y largo plazo de las estructuras afectadas por la ocurrencia de un desastre mediante la reparación del daño físico sufrido en la infraestructura; dando un proceso de reasentamiento de la comunidad damnificada.

REDUCCIÓN: término que agrupa los conceptos de prevenir la ocurrencia, mitigar las pérdidas, prepararse para las consecuencias y alertar la presencia.

REFUGIADOS: de acuerdo con la legislación internacional, personas que tienen un temor bien fundado de persecución, por razones de raza, religión, nacionalidad o pertenencia a un grupo social o de opinión política particular, residentes en su mayoría fuera del país de origen e incapaces de regresar o ser protegidos por su país. Incluye éxodos masivos a raíz de conflictos y desastres naturales, fuera del país de origen.

REHABILITACIÓN: es una etapa intermedia en la cual se continúa con las actividades de atención inicial de la población, pero en ella se restablece el funcionamiento de las líneas vitales, tales como la energía, el agua, las vías y las telecomunicaciones y otros servicios básicos como la salud y el abastecimiento de

alimentos; previa a la reconstrucción definitiva de las viviendas y la infraestructura de la comunidad.

REMISIÓN: se entiende como el envío de lesionados o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades de atención a una institución del sector salud, o entre centros hospitalarios, para atención definitiva.

REPLICA: pequeño movimiento de tierra que sigue al primero y que se origina cerca del foco. Las réplicas generalmente decrecen en intensidad y cantidad con el tiempo. Las réplicas que siguen inmediatamente al movimiento principal deben considerarse parte del mismo acontecimiento que constituye el terremoto principal.

RESCATE: consiste en la aplicación de técnicas de estabilización, remoción, penetración extracción de víctimas por desastres o accidentes, que se encuentren atrapados o aprisionados por estructuras, vehículos (aéreos, terrestres o acuáticos), o perdidos en zonas de selva, nevados y naufragos o víctimas de inundaciones, utilizando para ello equipos especiales y adecuados.

RESPUESTA: es la etapa que corresponde a la ejecución de las acciones previstas en la etapa de preparación. En esta fase se da la reacción inmediata para la atención oportuna de la población afectada, reacción satisfactoria a la dificultad presentada ante un desastre y que tiene por objeto reducir y disminuir la pérdida de vidas y de recursos económicos.

RIESGO: es la probabilidad de sufrir pérdidas o consecuencias económicas y sociales debido a la ocurrencia de un desastre, relacionando la amenaza o probabilidad con la vulnerabilidad que se tiene al estar expuesto y ser afectado por la intensidad del mismo. Es el resultado de calcular la potencial acción de una amenaza (**A**), con las condiciones de vulnerabilidad (**V**) de una comunidad o sistema. En conclusión: **Riesgo = A * V**.

RUPTURA DE REPRESAS: resultan del desplazamiento de los cimientos de la represa causado por un terremoto, perforaciones petroleras en las inmediaciones o construcción defectuosa. Las presas de tierra están más expuestas a derrumbarse si en caso de lluvias excesivas el embalse llega a desbordarse. El volumen en exceso se escurre por los terraplenes, arrastrando poco a poco los materiales y cavando profundas grietas. Toda la estructura termina por debilitarse hasta que se derrumba por entero, liberándose súbitamente enormes volúmenes de agua que arrasan con las localidades situadas en los terrenos más bajos, causando gran número de muertos y lesionados.

S

SEQUÍA: Período de deficiencia de humedad en el suelo, de tal forma que no hay el agua requerida para plantas, animales y necesidades humanas. Las sequías originan desnutrición, epidemias y desplazamientos de población.

START (Simple Triage And Rapid Treatement): es un sistema desarrollado con el objetivo de estandarizar y facilitar el proceso de Triage para el personal asistencial en la atención inicial de un evento con múltiples víctimas, fundamenta su acción en la valoración de tres sistemas: respiratorio, circulatorio y nervioso central (estado de conciencia); clasificando a los lesionados en tres niveles de acuerdo con la severidad de las lesiones y la necesidad de atención en: «**secundaria**», «**inmediata**» y «**muerto / no recuperable**».

SIMULACIÓN: ensayo teórico representado ante la semejanza de un desastre. Se hace para dar idea viva y enseñar a adquirir destreza al personal institucional y dar respuesta ante una situación real.

SIMULACRO: acción teatral realizada ante la semejanza de un desastre. Se hace para dar idea viva y enseñar a adquirir destreza al institucional y dar respuesta ante una situación real.

T

TAG: marca colocada a los lesionados que indica la prioridad de la atención, ubicado en una parte visible de éste. Pueden ser tarjetas o cintas o de otro tipo, los cuales deben tener los colores rojo, amarillo, verde, negro y blanco.

TEMPORAL: alteración atmosférica que comprende perturbaciones de los campos de presión y de viento predominantes, en escalas que van de los tornados (1 km de diámetro) a los ciclones extratropicales (2.000 a 3.000 km de diámetro).

TERREMOTO: ruptura repentina de las capas superiores de la Tierra, que algunas veces se extiende a la superficie de esta y produce vibración del suelo, que de ser lo suficientemente fuerte causará el colapso de edificios y la destrucción de vidas y propiedades. La magnitud de los terremotos se mide mediante la escala de Richter y la intensidad mediante la de Mercalli.

TIFÓN: en el Pacífico occidental se les llama así a los ciclones.

TÓRAX INESTABLE: lesión con múltiples fracturas costales caracterizado por la pérdida de continuidad ósea de un segmento de pared torácica que genera dificultad respiratoria y es potencialmente mortal.

TORMENTA DE ARENA (TORMENTA DE POLVO): polvo o arena levantada enérgicamente a grandes alturas por vientos fuertes y turbulentos.

TORMENTA DE TRUENOS: gran nubosidad de estratos cumulus en que se desarrollan centros localizados de cargas eléctricas.

TORMENTA TROPICAL: se forman sobre los mares abiertos y se caracterizan por sus vientos extraordinariamente destructivos con una velocidad entre 64 y 117 km/h, lluvias torrenciales, olas de tormenta en alta mar, intenso oleaje en el litoral, inundaciones costeras, inundaciones fluviales, relámpagos y truenos.

TORNADO: tempestad de vientos localizados y de gran violencia destructiva que se produce sobre tierra firme. Se caracteriza por presentarse como una nube en forma de columna alargada, de acelerada rotación, proyectada hasta el suelo y que deja a su paso un rastro de gran destrucción.

TPL: localizador de personas atrapadas, por su sigla en ingles: Traped Person Locator. Estos pueden detectar emisiones de calor, vibraciones y sonido, de gran utilidad en procedimientos de rescate en espacios confinados.

TRAUMA CRANEOENCEFALICO (TCE): lesión que compromete la bóveda craneana y su contenido: cerebro, cerebelo o tallo cerebral, por lo tanto el paciente puede presentar alteraciones del estado de conciencia y otras manifestaciones neurológicas.

TRAUMA RAQUIMEDULAR: lesión que compromete la columna vertebral y la medula espinal, por lo tanto el paciente puede presentar alteraciones neurológicas como pérdida de la sensibilidad o del movimiento de las extremidades.

TRIAGE: antiguo termino francés que fue usado primero para referirse a la clasificación y atención de los heridos en batalla y que hoy en día se utiliza para definir el proceso de priorización de la atención de las víctimas de acuerdo con la severidad de sus lesiones y la posibilidad de sobrevivir.

TSUNAMIS Y ONDAS DE MAREA: serie de grandes olas marinas generada por el súbito desplazamiento de agua de mar, causada por terremotos, erupciones volcánicas o deslizamientos de suelo submarino; capaz de propagarse sobre largas distancias.

U

UHF: sistema UHF (Ultra Altas Frecuencias); este sistema comprende las frecuencias entre 300 Mhz y 3 Ghz. Tiene las mismas características que el VHF,

pero difieren en que su propagación es supremamente visual, o sea que entre las antenas del receptor y transmisor no debe haber ningún obstáculo.

URGENCIA: alteración de la integridad física o mental de una persona causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

USAID-OFDA: United States Agency for International Development - Office of Foreign Disaster Assistance. Agencia Internacional de Desarrollo de Estados Unidos-Oficina de Asistencia a Desastres Externos.

V

VHF: sistema VHF (Frecuencias Muy Altas); este sistema trabaja en la frecuencia entre 30 Mhz hasta 300 Mhz, el modo de operación más frecuente es el FM (modulación de frecuencia).

VÍCTIMA: todas aquellas personas lesionadas, damnificadas o afectadas por la ocurrencia del desastre.

VIVIENDA HABITABLE: construcción sin daño visible o daño ligero (fisuras en el revoque de paredes y de techo), no presenta reducción en su capacidad sismorresistente y no es peligrosa para las personas, puede ser utilizada inmediatamente o luego de su reparación (retoques sin su desocupación).

VIVIENDA NO HABITABLE: construcción con daño moderado o fuerte (fisuras grandes en elementos estructurales de concreto reforzado), tiene muy disminuida su capacidad sismorresistente. El acceso a la misma debe ser controlado y no se puede usar antes de ser reforzada y reparada.

VIVIENDA DESTRUIDA: construcción con daño severo, los elementos estructurales están muy deteriorados y dislocados con un número significativo de ellos destruidos, presenta ruinas parcial o totalmente. Las edificaciones son muy inseguras y presentan peligro de colapso inminente o derrumbe, es necesario proteger las calles y los edificios vecinos o demolerla en forma urgente. Su acceso debe estar totalmente prohibido.

VULNERABILIDAD: es una condición de la susceptibilidad o predisposición intrínseca al estar expuestos a una amenaza a sufrir daño o pérdidas potenciales que se espera se presenten de acuerdo con el grado de intensidad del desastre.

Vulnerabilidad Natural.

Evidenciada en la fragilidad biológica manifiesta en las deficiencias nutricionales, malas condiciones de vida y de trabajo excesivo.

Vulnerabilidad Física manifiesta por el asentamiento de comunidades en zonas marginales con amenazas por las deficiencias de sus estructuras físicas y la deficiente cobertura de servicios públicos.

Vulnerabilidad Económica.

Falta de recursos que limita la adquisición de medios de satisfacción para las necesidades básicas sino que causa exposiciones a largas jornadas de trabajo.

Vulnerabilidad Social. Cuando las expectativas no son compartidas con la comunidad a la que se pertenece se puede caracterizar con aislamiento social soledad y desplazamiento, rechazo a los viejos, indígenas, negros etc.

Vulnerabilidad política.

Manifestada por los procesos de decisión de gobiernos paternalista o caudillistas con enfoques eminentemente sectoriales sin considerar la autonomía local que imponen el poder por la coerción.

Vulnerabilidad técnica

En poder de un grupo que posee los medios de producción lo cual se refleja en las limitaciones existentes para el acceso, al manejo y control de las mismas.

Vulnerabilidad ideológica.

Concepciones de la realidad se manejan por diferentes actores con diversos criterios: étnicos, de género, edad, estrato económico, ideas políticas y religión.

Vulnerabilidad cultural

La globalización trajo consigo la transculturalización con la consiguiente pérdida de las culturas y de sus valores.

Vulnerabilidad Ecológica

Del resultado de los modelos inadecuados de desarrollo se generan ecosistemas altamente vulnerables, incapaces de auto ajustarse.

Vulnerabilidad institucional

Determinada por la obsolescencia y rigidez de las instituciones con diseños que no corresponden a la realidad actual.

BIBLIOGRAFÍA

Contenido para la Elaboración del Plan de Emergencia Interno, Integración de Comisiones de Seguridad. Comité Nacional de emergencia. Guatemala, junio 1992.

Enfermería en Desastres. Planificación, Evaluación e Intervención. Loretta Malm García. Versión español. Editorial Harla, México.

Guía Metodológica para la Elaboración del Plan de Emergencia Sanitaria Local. Ministerio de Salud de Nicaragua, Centro América, enero 2001.

Guías para la Mitigación de Riesgos Naturales en las Instalaciones de la Salud de los Países de América Latina. OPS/OMS.

Guía Práctica para Elaborar Planes Hospitalarios de Emergencia. Universidad del Valle. Facultad de Salud. Departamento de Medicina Social. Cali, Colombia 1986.

Manual de Atención Médica de Emergencia. Ministerio de Salud y Consumo. España 1989.

Manual de Campo. Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades. Ministerio de Salud de Nicaragua, Centro América, febrero 2001.

Organización de los Servicios de Salud para Situaciones de Desastres. OPS/OMS. Publicación Científica No. 443, Washington 1983.

Organización Local para Situaciones de Emergencia. Centro de Colaboración para Situaciones de Emergencia OMA-GGCS-ROMA. Consorcio Salvador E. Italtেকna-italconsult. Coordinación Dr. Giovanni Carminelli.

P.E.A. Savage. Planeamiento Hospitalario para Desastres.

Plan de Atención de Desastres, Hospital San Juan de Dios. Ministerio de Salud Pública y A. S., Guatemala.

Plan de Atención en Desastres, Hospital Roosevelt. Ministerio de Salud Pública y A.S. Guatemala

Plan de Atención en Desastres. Centro Médico Militar. Ministerio de la Defensa. Guatemala.



Directorio:

Dr. Ludwig Ovalle Cabrera

Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Francisco Ardón

Director Centro Nacional de Epidemiología

Dr. Ángel Manzano

Jefe Departamento de Emergencias y Desastres

Diseño y digitalización:

Edwin Sáenz

Técnico en Prevención y Mitigación de Desastres

Reedición Mayo de 2010



6 Av. 3-45, zona 11. Telefax: 2471 0338
Correo electrónico: gestionenriesgo@yahoo.com



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL