

ADMINISTRACION SANITARIA EN SITUACION DE EMERGENCIA CON POSTERIORIDAD A DESASTRES.

Dr. Galvarino Pérez Gómez (*)

ABSTRACT: *Management of great number of victims during natural or man-made disasters is presented pointing out the importance of classification and identification of victims.*

Organization of Health Care Units and the adequate training of health personnel is discussed as well as the prevention of these situations affecting Health Care facilities.

Key Word: DISASTERS - CLASSIFICATION OF VICTIMS - IDENTIFICATION OF VICTIMS - TRANSPORTATION OF VICTIMS - HEALTH CARE.

Cuad. Méd. - Soc., XXVII, 1, 23 - 27, 1986

MANEJO DE MULTITUD DE HERIDOS.

En relación con los desastres naturales, terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, el mayor o menor número de lesionados varía en cada situación en oportunidad, dependiendo de factores locales, como densidad de población del lugar, hora de ocurrencia del desastre y su magnitud, así como de su duración.

Las reacciones sociales al respecto son muy dispares y en buena parte se relacionan con la información real disponible y su forma de difusión.

Algo similar ocurre con los desastres provocados por el hombre, involuntariamente o en forma deliberada: Accidentes en el transporte aéreo o terrestre, en grandes industrias que trabajan con materiales peligrosos de por sí, incendios de magnitud, acciones terroristas, etc.

En todos los casos es necesario contemplar planes y programas para el manejo de multitud de lesionados.

La experiencia chilena al respecto es variada y desgraciadamente abundante.

Sin embargo, en un país sometido a periódicos movimientos sísmicos de gran intensidad se registra, en el último tiempo, el terremoto de Chillán, como el de mayor magnitud en relación con este problema, con más de 30.000 muertos y multitud de lesionados.

El principal problema que se plantea es el inmediato, por el número eventual de lesionados y por la destrucción de centros de atención de salud que se paralizan en los primeros momentos.

De estos se deriva que la preocupación en la Administración Sanitaria en Situaciones de Emergencia debe abordarse en su globalidad y en nuestra particular condición de riesgo permanente en relación con los desastres naturales especialmente terremotos, también erupciones volcánicas e inundaciones.

Los problemas que plantean los desastres, en lo que a atención de salud se refiere, están en relación directa con el tipo de organización de la atención médica que exista en el país en su totalidad y en los niveles regionales, provinciales, comunales y locales.

Esta organización de salud tiende a desarrollarse, desde hace unas decenas de años, en el mundo, en América Latina y particularmente en Chile, de acuerdo a normas que se han generalizado, de descentralización administrativa, que no han alcanzado un grado de avance similar en los distintos países, aún cuando las legislaciones, en general,

(*) Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública.

apuntan hacia esta modalidad de gobierno descentralizado en la ejecución y con una normación general central.

En nuestro país la regionalización de la atención de la salud tiene una larga evolución, aún cuando no podemos asegurar que su funcionamiento responda plenamente a las metas trazadas al respecto.

El establecimiento de áreas de Salud que han devenido en Servicios de Salud, con autonomía y autosuficiencia relativa; pero con bastante claridad en la definición de tres niveles de atención de menor a mayor complejidad: Primaria, Secundaria y Terciaria, aseguran, en principio, una buena red de derivación de casos complejos o muy numerosos en situaciones de emergencia con posterioridad a desastres naturales o provocados.

Los problemas que se plantean en estas circunstancias imprevistas se presentan en relación con los hechos que ocurren en el sitio del desastre y por otro lado con la organización del servicio asistencial para afrontar un desusado aumento en número y tipo de lesiones a atender. Otros puntos a considerar son las medidas de seguridad que deben tenerse presente contra accidentes intra hospitalarios.

I. ATENCIÓN MÉDICA EN LA ZONA DEL DESASTRE.

Las normas de organización y coordinación en el sitio del desastre, deberán orientarse hacia las siguientes acciones:

- Establecimiento de un puesto de comando que coordine las actividades de emergencia, con conocimiento del problema para la racionalización del uso del recurso disponible y evitar el conflicto de roles. En nuestra realidad sería un médico de experiencia en servicios de emergencia.

- Rápida evaluación de la magnitud del desastre y del número de víctimas, con su localización y evaluación de las necesidades más urgentes.

- Selección del área que servirá como primer nivel de clasificación e identificación de los heridos antes de trasladarlos a centros de asistencia. Según la magnitud del desastre deberán establecerse uno o varios espacios adicionales como segundo nivel de clasificación de heridos.

- Administración de primeros auxilios a los lesionados: inmovilización, control de hemorragias,

mantenimiento de vías respiratorias, reemplazo de volumen sanguíneo. Esta administración de primeros auxilios se hará de acuerdo con lo establecido como prioritario en las áreas de clasificación.

- Establecimiento de vías de comunicación con los establecimientos asistenciales regionales, o satélites, a fin de que estos establecimientos hospitalarios pongan en ejecución sus propios planes de emergencia, para atención de heridos en masa.

1) De la clasificación e identificación de heridos.

La clasificación consiste en el agrupamiento de heridos en masa en base al criterio médico de posibilidades de sobrevivencia. Es una medida necesaria para tratar gran número de lesionados con recursos limitados, ya que los hospitales no están implementados para afrontar habitualmente situaciones de emergencia colectiva.

En el sitio del suceso se debe decidir:

- los que pueden esperar para ser atendidos.
- los que deben ser conducidos a unidades médicas mejor equipadas para recibir atención adecuada.
- los que no tienen posibilidades de sobrevivencia.

La clasificación se basa en el beneficio que los heridos pueden esperar de la atención médica y no en la severidad de las lesiones.

La clasificación es un proceso continuo que se inicia en el sitio del desastre; allí se decide la prioridad que debe darse a su atención.

El segundo nivel de clasificación puede ser a la entrada del hospital, donde es referido.

Puede haber un tercer nivel dentro del hospital en las áreas de tratamiento.

2) De la identificación de lesionados:

Siempre que sea posible debe identificarse a las personas lesionadas con tarjetas de colores según la clasificación hecha con criterio médico.

a) Tarjeta roja: Primera prioridad de evacuación, pues necesitan cuidados inmediatos.

- Problemas respiratorios no corregibles en el sitio.

- Paro cardíaco (presentado).

- Pérdida apreciable de sangre (más de un litro).

- Pérdida de conciencia.
- Perforaciones torácicas o abdominales.
- Algunas fracturas graves (pelvis, tórax, vértebra cervicales, pérdida de pulso por debajo de la fractura, conmoción severa).

- Quemaduras complicadas con daño a las vías respiratorias superiores.

b) Tarjeta verde: Prioridad secundaria. Sus lesiones no implican peligro de muerte.

- Otras quemaduras.
- Pérdidas moderadas de sangre (de 500 - 1000 cc.)
- Lesiones dorsales, con o sin daño de columna.
- Pacientes conscientes con daño craneoencefálico.

c) Tarjetas amarilla: Tercera prioridad.

- Lesiones menores que pueden esperar sin mayor peligro.
- Lesiones mortales, que hacen difícil una decisión por la magnitud de sus lesiones. Su prioridad de traslado puede darse en caso de haber muy pocos clasificados e identificados con tarjeta roja.

Este papel es de responsabilidad de un equipo médico entrenado a cargo de la clasificación y evaluación de los lesionados en una catástrofe.

d) Tarjeta gris: Corresponde a los fallecidos. Sin pulso o respiración por más de 20 minutos, o cuyas lesiones hicieran imposible las medidas de resucitación.

3) De la movilización de los lesionados clasificados:

a) Pacientes no atrapados o sepultados.

Se removerán en el siguiente orden:

- Pacientes con tarjeta roja.
- Pacientes con tarjeta verde.
- Pacientes con tarjeta amarilla.

b) Pacientes atrapados o sepultados. Se removerán en el siguiente orden:

- Pacientes con tarjeta roja.
- Pacientes con tarjeta verde.
- Pacientes con tarjeta amarilla.
- Pacientes no atrapados o sepultados con tarjeta gris.
- Pacientes atrapados con tarjeta gris.

II. ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN CASOS DE DESASTRES.

1) De los servicios de Salud Rural.

Suele ocurrir con frecuencia que los desastres naturales tienen su origen, o comprometen severamente sectores geográficos alejados de centros urbanos importantes.

Este hecho es necesario tomarlo en cuenta pues en caso de la ubicación rural de los desastres naturales aumenta en gran proporción la demanda asistencial y los centros de salud rurales no disponen de recursos humanos y materiales en calidad y cantidad para absorber esta demanda.

Sin embargo su ubicación y el conocimiento que el personal tiene de la población y de la geografía del lugar puede ser de gran utilidad para hacer una primera estimación de la magnitud del problema y proporcionar la información necesaria para el diagnóstico de situación preliminar.

Esto requiere, por supuesto, de una capacitación previa sobre el manejo de este tipo de problemas imprevistos, aspecto que no puede descuidarse en ningún servicio de salud.

Así se podrá hacer llegar la ayuda necesaria en la forma más oportuna posible e incluso, dependiendo de la infraestructura disponible, establecer en consultorios u hospitales rurales los primeros centros de atención.

2) Organización de los centros asistenciales.

Todos los hospitales, centros y puestos de salud de acuerdo con su categoría en la estructura del Sistema Nacional de Salud, deben contar con un plan de emergencia, acorde con la importancia y categoría de cada uno de los establecimientos y de acuerdo a su tamaño, área de influencia y área susceptible de desastre.

Estos planes deben elaborarse con la debida anticipación y deben estar sujetos a periódica evaluación y corrección considerando las actividades a desarrollar en los diversos períodos o fases de un desastre: alerta, impacto, emergencia, rehabilitación y reconstrucción.

A) Principios generales de la planificación.

– El plan deberá elaborarse en forma fácil de entender y ser difundido ampliamente.

– Debe considerar las contingencias que pueden demandar los cambios en el Servicio de Salud. Por consiguiente debe ser flexible si se reconoce que pueden ocurrir muchas situaciones de emergencia.

– Debe tener presente en su elaboración el criterio del cuerpo médico, de las enfermeras y del personal administrativo. Debe consultarse además el criterio de los servicios comunitarios (policía, bomberos, defensa civil, grupos de voluntarios, etc.).

– Debe ser fundamentalmente objetivo y limitarse a dos aspectos específicos: la probable demanda y los recursos que se encuentran disponibles o que pueden ser movilizados.

– Debe ponerse en práctica sólo cuando sea necesario.

B) Plan para caso de desastres extrahospitalarios.

Cada hospital preparará su plan de acuerdo a su capacidad operativa y podrá abarcar desde:

- Atención de primeros auxilios.
- Atención de emergencia inmediata.
- Atención de cuidados definitivos.

Debe desarrollarse en conjunto con otras facilidades de emergencia de la comunidad a objeto de poder aumentar la actividad hospitalaria.

Debe incluir la consulta y revisión con las autoridades civiles y locales y con otras instituciones médicas tanto intra como extra servicio de salud y sectoriales.

Debe contemplar la preparación de grupos especiales para realizar, in situ, la clasificación de lesiones y la distribución de pacientes que haga más eficiente el uso de servicios y capacidades.

Deberá tener en cuenta previsiones para:

1) Evaluar la capacidad de autonomía hospitalaria y las fuentes de autonomía hospitalaria y de aprovisionamiento de electricidad, gas, agua, alimentos y suministros médicos.

2) Un sistema eficiente de alerta y asignación de personal.

3) Un comando médico unificado.

4) Transformación de todos los espacios utilizables en áreas claramente definidas para: clasificación de lesiones, observación de pacientes y cuidados inmediatos.

5) Pronta derivación, en casos necesarios (luego de servicios médicos y quirúrgicos preliminares) a sitios donde las facilidades de atención médica sean más adecuadas y definitivas.

6) Elaboración de un censo médico especial para casos de desastres.

7) Procedimientos para una rápida transferencia de pacientes en el hospital.

8) Mantenimiento de la seguridad para evitar paso de personas curiosas al área de clasificación de lesiones, así como para proteger al personal de acciones hostiles.

9) Establecimiento de un centro de información pública. Un equipo de relaciones públicas con medios de comunicación para ayudar a proveer una fuente organizada de información.

El hospital tiene la responsabilidad de informar a la comunidad de su capacidad y limitaciones en casos de desastre.

Los recursos de cada hospital deben ser conocidos por la policía local, los grupos de rescates y los equipos de ambulancia:

C) Plan para casos de desastres intra hospitalarios.

Un plan de desastre intrahospitalario (incendio u otros desastres) debe incorporar procedimientos de evacuación y deberá contemplar ayuda de otros organismos (bomberos),

Como premisa previa, pero que no debe olvidarse, los hospitales deben tener equipos eficaces para combatir incendios, en cualquier momento.

Algunas de las medidas que debe contemplar son:

1) Planes de asignación del personal para trabajos y responsabilidades específicas.

2) Instrucciones sobre el uso de sistemas de alarma y señalizaciones.

3) Instrucciones sobre procedimientos y método de combate contra incendios.

4) Instrucciones para localizar equipos de lucha contra incendio.

5) Especificación de procedimientos y rutas de evacuación del hospital.

Todo el personal deberá estar bien familiarizado.

zado con el plan. Debe hacerse simulaciones de lucha contra incendios y de situaciones de desastre interno, por lo menos, una vez al año, en cada uno de los turnos del hospital.

El objetivo de estas recomendaciones del plan de emergencia intra hospitalarios, conduce a:

1) Asegurar que el personal de todos los turnos esté entrenado para realizar las labores asignadas.

2) Asegurar que el personal de todos los turnos esté familiarizado con el uso y operación, del equipo que mantiene el hospital, para la lucha contra incendios.

3) Evaluar la eficacia del plan. La evacuación de pacientes durante el simulacro es opcional.

Este es un resumen de los aspectos más relevantes de la Administración Sanitaria, de atención de multitud de lesionados o víctimas, en situaciones de Emergencia con posterioridad a desastres naturales o provocados por el hombre.

RESUMEN

En el artículo se analizan los aspectos relativos al manejo de gran número de lesionados, víctimas de desastres naturales o provocados, en el lugar de la emergencia, resaltando especialmente dos aspectos importantes:

1. La clasificación de las lesiones y la identificación de las personas que las sufren para facilitar el uso adecuado de los recursos disponibles en estas situaciones en cuanto a su atención primaria, su traslado y conducta a seguir con las víctimas fatales, destacando la necesidad del establecimiento de la formación del grupo de trabajo de terreno y su organización y coordinación.

2. La organización de los establecimientos de salud rurales, o regionales para la atención del aumento de la demanda previsible en casos de emergencia con posterioridad a desastres, destacando la necesidad de planificar las modificaciones organizativas necesarias y la capacitación del personal para las situaciones de emergencia.

Finalmente se analiza la preparación que debe preverse para el caso de problemas de emergencia: incendios, terremotos, etc., en los propios establecimientos asistenciales.

SUMMARY

Management of great number of victims during natural or men-made disaster is analyzed, emphasizing:

1. Classification of harm produced and identification of victims to promote the adequate utilization of available resources in primary care, transportation of victims and management of the dead, pointing out the constitution of a team to work in the field.

2. Organization of health care units in rural as well regional settings to respond to the previsible increase in the demand in case of emergencies following the disaster, pointing out the importance of planning the needed changes in the organization and training of personnel.

Finally, the importance of preventive problems in health care facilities, like fires, earthquakes, etc. is analyzed.

RESUME

Cet article fait l'analyse des aspects relatifs à la conduite à suivre envers un grand nombre de blessés, victimes de désastres naturels ou provoqués, au lieu même de l'émergence, d'où ressortent deux aspects importants:

1. La classification des lésions et l'identification des personnes affectées, à fin de faciliter l'utilisation adéquate des recours dont on dispose dans ces situations, quand à soins primaires, transport et à la manière d'agir face aux victimes fatales, d'où se détache le besoin de la formation du groupe de travail, et de son organisation et coordination.

2. L'organisation des établissements de santé, ruraux ou régionaux, pour pouvoir faire face à l'augmentation prévisible de la demande de soins d'urgence comme suite du désastre, montre la nécessité de disposer de plans d'action sur les modifications organisatives et sur la préparation du personnel pour envisager les situations d'émergence.

On analyse finalement les mises à point à prévoir pour affronter des problèmes d'urgence tels que, incendie, tremblement de terre, etc., survenus dans les établissements hospitaliers même.