

**"Documento original en mal estado"**

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL  
QUINDU

PLAN OPERACIONAL DE INSTITUCIONES  
QUE PRESTAN ATENCION INMEDIATA  
EN CASOS DE DESASTRES

Armenia, Julio de 1979

LO UNICO QUE EL TIEMPO NO PERDONA

ES LO QUE A TIEMPO NO SE HACE:

PREPAREMONOS PARA LAS EMERGENCIAS

Yolanda Hoyos Cárdenas

Enfermera Asesora  
Servisalud Quindío

José Arnoty Chacón Cardona MD. M.S.P.

Coordinador Técnico  
Servisalud Quindío

## TABLA DE CONTENIDOS

### PRIMERA PARTE:

Introducción

Objetivos

Consideraciones Generales Sobre Situaciones de Desastre

Efectos a corto plazo de los grandes desastres naturales (Cuadro)

I. Problemas de salud comunes a todos los desastres.

- Reacciones Sociales

A. enfermedades transmisibles.

B. Desplazamiento de la población.

C. Alimentación y Nutrición.

D. Salud Mental

II. Problemas de Salud vinculados con el tipo de Desastre:

A. Terremotos

B. Vientos destructivos.

C. Inundaciones súbitas y marejadas.

D. Inundaciones;

III. Suministros Médicos:

A. Tipo de Desastre

B. Sitio

- C. Oportunidad.
- D. Asistencia Local
- E. Rótulos y marcas para los envíos de socorro.
  - 1. Claves de colores
  - 2. Símbolos
  - 3. Cifras
- F. Planificación de la gestión de suministros médicos

IV. Organización del sistema de salud.

- A. Comité Nacional.
- B. Comité de Socorro Sanitario

V. Evaluación de necesidades

VI. Manejo de multitud de Heridos.

- A. Búsqueda, salvamento y primeros auxilios.
- B. Traslado a las instalaciones de salud y tratamiento
  - a. Triage.
  - b. Identificación
    - 1. Tarjeta Roja
    - 2. Tarjeta Verde
    - 3. Tarjeta Amarilla
    - 4. Tarjeta Negra.

VII. Traslado de pacientes entre hospitales, si es necesario

## INTRODUCCION

Las situaciones de emergencia se presentan cuando por razones de un fenómeno natural o creado por el hombre, hay pérdida del orden establecido y es necesario emprender acciones que desbordan la capacidad de respuesta de las organizaciones creadas para satisfacer las necesidades del momento.

Un terremoto, inundación, incendio o cualquier otro evento, inclusive las situaciones de guerra, son desordenes que no pueden predecirse, razón por la cual se deben establecer planes operacionales de ejecución inmediata, tratando de esa manera, disminuir las consecuencias sobre las personas (muertes, incapacidades) o sobre bienes (sitio de trabajo, vivienda).

Este documento contempla, en la primera parte los aspectos generales de toda situación de desastre y en la segunda esbosa un plan para ejecución en el departamento del Quindío, asignando unas responsabilidades y articulando un trabajo inter-institucional, para el logro de mejores efectos en el manejo de la emergencia.

## O B J E T I V O S

Establecer el Plan para atención de Emergencias en el Departamento del Quindío.

### O B J E T I V O S   E S P E C I F I C O S

- I. Conformar el "Comité de Emergencia"
- II. Determinar las funciones de cada institución de acuerdo a su capacidad operativa, recursos y áreas de influencia.
- III. Establecer el sistema de comunicaciones para el departamento (radio, vías, teléfonos).
- IV. Definir pautas generales de atención de heridos en masa: rescate, primeros auxilios, clasificación (triage), traslado y manejo pre hospitalario.
- V. Articular el plan operativo de los hospitales según nivel de complejidad y circunstancias del momento (tipo de desastre, magnitud, etc.)
- VI. Establecer el sistema de solicitud, captación y entrega de las ayudas en recursos materiales, económicos y humanos.

## CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE SITUACIONES DE DESASTRE

Los desastres naturales se han definido por la O.P.S. como "Accidentes ecológicos que exceden la capacidad de adaptación de una comunidad y - exigen ayuda externa".

Aunque es posible prevenir ciertos desastres que afectan a una gran parte de la población, la tecnología no permite evitar algunos desastres naturales repentinos como huracanes, inundaciones, terremotos y erupciones volcánicas.

Si bien todos los desastres son irregulares por cuanto afectan a zonas con distintos antecedentes sociales, médicos y económicos, se observan similitudes entre los desastres, que si se tienen en cuenta, permitirán perfeccionar la administración del socorro sanitario y el empleo de los recursos. EFECTOS DE LOS DESASTRES NATURALES EN LA SALUD.

### EFECTOS A CORTO PLAZO DE LOS GRANDES DESASTRES NATURALES

Pasa cuadro ...



EFECTOS	TERREMOTOS	VIENTOS HURACANES (sin inundaciones)	MAREMOTOS INUNDACIONES SUBITAS	INUNDACIONES
Defunciones	Numerosas	Pocas	Numerosas	Pocas
Lesiones graves que requieren atención intensiva	Cantidad abrumadora	Cantidad moderada	Pocas	Pocas
Aumento del riesgo de enfermedades transmisibles	Riesgo potencial con posterioridad a todos los desastres del gran magnitud (La probabilidad se acrecienta en función del hacinamiento y el deterioro de la situación sanitaria.)			
Escasez de alimentos	Infrecuente (puede ser causada por factores distintos a la insuficiencia de alimentos)	Infrecuente	Común	Común
Grandes movimientos de población	Infrecuentes (puede ocurrir en zonas urbanas que han sufrido grandes daños).	Infrecuentes	Comunes	Comunes

Cabe señalar los siguientes puntos:

1. El tipo de desastre y los efectos de este para la salud, guardan a menudo una relación directa, particularmente en cuanto al tipo y número de lesiones: los terremotos causan por lo común muchas lesiones que requieren atención médica inmediata, en tanto que las inundaciones y maremotos causan relativamente pocas víctimas.
2. Los riesgos reales y potenciales de salud con posterioridad al desastre no ocurren al mismo tiempo, presentándose en distintos momentos y con distintas importancias: las lesiones personales ocurren por lo general en el momento y lugar del desastre, requiriendo atención médica inmediata, en tanto que la transmisión de enfermedades tarda más tiempo en desarrollarse debido al hacinamiento y otros factores de riesgo que se establecen a causa del desastre, - tales como falta de agua potable, mala disposición de desechos líquidos y sólidos, actitud negativa de la población frente a la prevención de enfermedades, etc.
3. Las necesidades de alimentos, vivienda y atención primaria de salud no son por lo común totales, las personas pueden muchas veces salvar algunos elementos de primera necesidad, además se recuperan de su trauma inmediato y se asocia espontáneamente a las actividades de búsqueda, salvamento y transporte de heridos.
4. En consecuencia la administración eficaz de socorro depende por un lado de proveer y por otro de identificar problemas a medida que se

plantean y distribuyen suministros específicos, en las oportunidades precisas y sitios en los cuales sean necesarios.

## I. PROBLEMAS DE SALUD COMUNES A TODOS LOS DESASTRES

### Reacciones Sociales:

El comportamiento de la población después de un desastre, rara vez asume las formas de pánico generalizado o actitud de espera sobrecogida. A medida que los sobrevivientes se recuperan con rapidez de su trauma inicial y ponen manos a la obra para lograr propósitos definidos, se emprenden actividades individuales espontáneas, aunque muy organizadas.

Abundan rumores injustificados, especialmente respecto de las epidemias, viéndose las autoridades sujetas a una considerable presión para adoptar medidas innecesarias, tales como la vacunación colectiva contra fiebre tifoidea o el cólera.

Además, la población puede estar renuente a aceptar las medidas de socorro que las autoridades consideren indispensables como serían: en caso de terremoto o ante inundaciones previstas, la población se muestra renuente a evacuar el lugar, aun cuando sus hogares hayan quedado completamente destruídos o exista tal posibilidad.

De estos patrones de conducta se desprenden importantes consideraciones para quienes adoptan decisiones en los problemas de socorro:

1. Los patrones de conducta se pueden controlar y modificar con ñña información previa adecuada a la población.

- Es necesario obtener una información precisa antes de emprender programas de socorro.
- La población por sí misma puede aportar la mayor parte de socorro y primeros auxilios, por lo tanto los recursos adicionales se deben destinar a satisfacer las necesidades que los propios sobrevivientes no pueden atender.

#### A. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES:

Los desastres, por lo común, no dan lugar a brotes de enfermedades infecciosas, si bien en ciertas circunstancias intensifican el potencial de transmisión morbida. Los aumentos de morbilidad con más frecuencia se deben a la contaminación fecal del agua y los alimentos, lo que dá lugar a enfermedades entéricas.

El riesgo de enfermedades transmisibles epidémicas es proporcional a la densidad y el desplazamiento de la población, por que esto aumenta la carga sobre el agua y los alimentos y el riesgo de una contaminación.

#### B. DESPLAZAMIENTO DE LA POBLACION:

Cuando ocurren grandes movimientos espontáneos de población surge la necesidad de adoptar medidas sanitarias con caracter de emergencia, como sucede cuando hay desplazamiento a zonas urbanas en las cuales los servicios públicos son insuficientes, trayendo como consecuencia un incremento de la posibilidad de enfermar y morir.

Cuando la destrucción de viviendas es muy grande, se presentan movimientos de población dentro de la zona urbana, pues los habitantes tratarán de buscar albergue en casas de parientes y amigos, o mediante la formación de asentamientos humanos en condiciones francamente desfavorables.

#### EXPOSICION CLIMATICA:

Los riesgos son reducidos, incluso en países de clima frío, - donde, mientras la población este vestida con ropas secas y relativamente apropiadas, la muerte por causa de exposición a estos factores no constituye un riesgo importante. La necesidad de proporcionar albergue de emergencia, varía mucho según las condiciones locales y puede obedecer a otras razones.

#### C. ALIMENTACION Y NUTRICION:

Inmediatamente después de un desastre pueden escasear los alimentos, por dos razones.

1. Destrucción de la existencia en la zona de desastre, lo cual reduce la cuantía absoluta de alimentos disponibles.
2. Interrupción de los sistemas de distribución, incidiendo sobre el acceso de los alimentos, aunque no se presente una escasez absoluta de ellos.

En los terremotos no se produce escasez de alimentos como para causar problemas nutricionales.

Las inundaciones y marejadas suelen dañar las existencias ali-

mentarias de los hogares y las cosechas, causando perjuicios al sistema de distribución y dando lugar a importantes insuficiencias locales.

#### D. SALUD MENTAL:

La ansiedad y neurosis no constituyen problemas de salud pública importantes con posterioridad a los desastres, por lo tanto la familia y los vecinos pueden hacerle frente temporáneamente a las situaciones presentadas. Dentro de lo posible se debe conservar la estructura social de la familia y la comunidad.

Se debe evitar seriamente el empleo indiscriminado de sedantes y tranquilizantes durante la fase de socorro.

## II. PROBLEMAS DE SALUD VINCULADOS CON EL TIPO DE DESASTRE:

#### A. TERREMOTOS:

Por lo común, debido a la destrucción de viviendas, los terremotos pueden producir muchas defunciones y lesionar a muchas personas.

El número de muertos y heridos dependen fundamentalmente de tres factores:

##### 1. Tipo de Vivienda:

Las casas de adobe o piedra en seco son muy inestables, habiéndose comprobado que las formas de construcción livianas

especialmente de entramado de madera, son menos peligrosas.

2. La hora en que ocurre el temblor:

3. La densidad demográfica.

La relación muerto/herido disminuye según aumenta la distancia en relación con el epicentro.

Algunos grupos de edad se ven más afectados que otros, pues los adultos sanos se salvan con mayor frecuencia que los niños y ancianos, que tienen menos habilidad para protegerse.

La mayor demanda de servicios de salud tiene lugar en las primeras 24 horas los heridos suelen presentarse en demanda de servicios médicos sólo durante los 3 a 5 primeros días, y después de ese período el ritmo de la consulta médica casi recobra su normalidad.

B. VIENTOS DESTRUCTIVOS:

Salvo cuando se complican por la presencia de desastres secundarios, como las inundaciones o mareadas, los vientos destructivos causan un número pequeño de muertos y heridos.

Los avisos eficaces antes de las tormentas de viento limitaran la mortalidad y la morbilidad y la mayoría de las lesiones son relativamente de poca importancia.

c. INUNDACIONES SUBITAS Y MAREJADAS:

Estos fenómenos pueden causar gran mortalidad, pero dan lugar

a un número relativamente pequeño de lesiones graves. Las defunciones se derivan principalmente de la asfixia por ahoga - miento , y son más comunes entre los miembros más débiles de la población.

#### D. INUNDACIONES:

Las inundaciones lentas causan limitada morbilidad y mortalidad inmediata, Se ha notificado aunque no se ha comprobado un leve aumento de las defunciones por picaduras de afidios venenosos, y las lesiones traumáticas causadas por las inundaciones requie ren solo una atención sanitaria limitada.

### III. SUMINISTROS MEDICOS:

La gestión de los suministros médicos es una parte esencial tanto de la preparación para casos de desastre, como de las operaciones posteriores de socorro.

Entre los principales factores que determinan la cantidad de sumi nistros médicos, necesarios para un desastre, se destacan: el tipo de desastre, el impacto y la magnitud del desastre.

#### A. TIPO DE DESASTRE:

La atención Médica y los suministros despues de un terremoto, son factores de gran importancia, razón por la cual hay que tener en cuenta la necesidad de salvar una cierta cantidad de suministros médicos existentes despues de un terremoto, ya que, a pesar de la ruptura y el desplazamiento de objetos, no se - destruyen completamente. En las inundaciones estos pueden con



abandonarse e inutilizarse en su gran mayoría.

B. SITIO:

Las bodegas e instalaciones de almacenamiento de suministros y los sitios de tratamiento suelen estar localizados en zonas pobladas donde el número de víctimas será mayor.

C. OPORTUNIDAD:

La mayor demanda de suministros médicos esenciales, suelen ocurrir dentro de las 48 horas posteriores a los sismos. Durante esta fase se agudiza el problema de la gestión de suministros médicos, por falta de planificación.

Desafortunadamente es frecuente que la comunidad se da cuenta de la importancia de la preparación para casos de desastre, solo después de su ocurrencia y mientras se tratan de coordinar las actividades de socorro.

D. ASISTENCIA LOCAL:

Las necesidades urgentes surgen en las primeras 48 horas posteriores al desastre, y es posible que no se disponga de ayuda externa durante este periodo, de allí la importancia de que la gestión de suministros médicos a nivel local sea eficaz.

La ayuda externa solicitada quizás no llegue durante la fase de urgencia de las operaciones de socorro, debido al tiempo en descargarlo, clasificarlo y entregarlo al lugar de destino.

Las donaciones de suministros médicos no solicitados, complican la situación, impidiendo las actividades de socorro en vez de

agilizarlos, debido a que son relativamente inútiles. Por lo general llegan sin clasificar, sin rotular, mal empacados, usados o vencidos o no son para uso en urgencias, convirtiéndose en pesadillas logísticas que interfieren con las funciones más importantes del personal encargado de las operaciones de socorro, lo que se ha llamado el "segundo Desastre".

La donación ideal es la que atiene una necesidad específica y llega a tiempo para el uso, sin tener que recurrir a otras medidas.

Una vez se tenga conocimiento de la falta de suministros para atender las necesidades inmediatas y emprender la rehabilitación y reconstrucción a largo plazo, se procede a enviar solicitudes de donación a distintas fuentes internacionales. Conviene que un solo representante de la nación afectada coordine estas solicitudes, de preferencia a nivel del Ministerio de Salud.

Las autoridades Nacionales deberán informar a los donantes, sobre las políticas relativas a la existencia internacional en materia de suministros con el fin de evitar confusiones y resentimientos. Debe explicarseles cuales son las normas sobre suministros no solicitados, las condiciones para el recibo de artículos y los canales apropiados de distribución.

Los donantes deben hacer lo siguiente:

1. Enviar donaciones de suministros médicos para atender las solicitudes específicas de emergencia recibidas del Comité del Socorro de la nación afectada o de un organismo de socorro reconocido.

2. Enviar las donaciones a cargo de una persona u organización específica, a una dirección o puesto de entrega determinado.
3. Enviar donaciones de suministros médicos con fecha de vencimiento visible.
4. Enviar los suministros médicos en recipientes bien empa-  
cados y marcados en el idioma de la nación afectada, siguiendo los códigos internacionales en lo que respecta al color de las etiquetas.
5. Coordinar el envío con una autoridad responsable en el lugar de recibo.
6. Comunicar la información sobre el envío al funcionario respectivo: Puesto de entrada, fecha, hora prevista de entrega, descripción de los recipientes y el contenido, medio de transporte, número de vuelo y el flete.

Los donantes no deberán enviar lo siguiente:

- Suministros médicos no solicitados.
- Suministros médicos vencidos o próximos a vencerse.
- Suministros médicos usados.
- Suministros médicos mal empaçados.
- Suministros médicos sin clasificar.
- Suministros médicos sin marcar.
- Suministros médicos que pesen más de lo que una persona puede levantar; osea 20 a 25 Kgrs.

- Suministros médicos para uso en época normal durante la fase de emergencia de las operaciones de socorro.

#### E. ROTULOS Y MARCA PARA LOS ENVIOS DE SOCORRO:

Se ha demostrado la necesidad de emplear un sistema uniforme de rótulos y marcas para los envíos de socorro que efectuen las sociedades nacionales y las organizaciones donantes; por este motivo conviene seguir el sistema de marcas que comprende: colores, símbolos y cifras.

Los letreros se reducen al mínimo para evitar dificultades de traducción en operaciones internacionales.

##### 1. Claves de colores:

Rojo: Víveres

Azul: Ropa, enseres domésticos (mantas, ropas, tiendas de campaña, utensilios de cocina.)

Verde: Medicamentos, materiales e instrumental para uso médico.

##### 2. Símbolos:

Estos moldes para estampar los símbolos que más se utilicen, deberían ser de chapa de metal.

##### 3. Cifras:

Se indica el número de prendas, además del símbolo que indica el tipo de prenda.

## F. PLANIFICACION DE LA GESTION DE SUMINISTROS MEDICOS:

Dentro del sector salud es esencial establecer un solo punto focal de coordinación para garantizar el uso optimo de los recursos de atención de que dispone el Ministerio de Salud. Se podría crear una junta asesora que se encarga de la gestión - del suministro de medicamentos durante la crisis y asesore al jefe de suministros médicos en el desempeño de esas funciones. La gestión eficaz de socorro depende la prevención y determinación de posibles problemas y de la entrega de artículos específicos en el momento en que se necesiten.

Cada país debe tener una lista normalizada de suministros médicos esenciales durante la fase de urgencia de un desastre. Esa lista debe corresponder a las necesidades previstas según el tipo de desastre a que un país este expuesto y debería pedirse según la clase de suministros y la prioridad del caso.

Debe garantizarse la disponibilidad de los mismos en lugares apropiados antes de que ocurra el desastre; teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1. Existencias destinadas únicamente a desastres: Los productos farmacéuticos más útiles para operaciones de socorro son los que estan disponibles en la zona afectada. En caso de reservas muy voluminosas son de ordinario poco prácticas por el deterioro o su pronto vencimiento.
2. Relación anual modificada de las existencias: Se puede establecer reserva nacional mediante rotación anual modificada de las existencias, en esta forma se actualiza cada año los suministros médicos de emergencia.

3. Volumen actual de reserva para casos de Emergencia: El mantenimiento de un inventario nacional actualizado de medicamentos esenciales disponibles de todos los sectores (salud pública, privado, voluntarios) permite determinar fácilmente la suficiencia de los recursos locales y las autoridades responsables del Comité Nacional de Emergencia, podrá determinar qué tanta ayuda externa se necesita y de que clase.

4. Existencias Comerciales:

Las existencias comerciales que están en manos de farmacéuticas, médicos y mayoristas, se deben incluir en el inventario nacional para casos de urgencias.

IV. ORGANIZACION DEL SISTEMA DE SALUD:

La organización de los centros asistenciales para casos de desastre debe estar planificada con anterioridad, basándose primordialmente en la estructura del Sistema Nacional de Salud y de atención médica existentes en el país en todos los niveles de atención.

Es de vital importancia que se establezcan niveles de autoridad y coordinación que funcionen adecuadamente ya que la falla o el resquebrajamiento de la disciplina, solo traera aumento de gastos y deficiencia en la aplicación de los planes.

Las tareas de coordinación, comunicación y supervisión son fundamentales en la implementación del plan nacional de salud, que deberá estar coordinado antes del desastre, con el

## Comité Nacional de Emergencia.

La definición clara de los niveles de atención según categoría, ubicación y grado de complejidad de las instituciones de salud, ha de permitir igualmente la planificación de acciones coordinadas, y escalonadas en un plan global de atención médica frente a la emergencia.

### A. COMITE NACIONAL:

Este comité asumirá la coordinación general y a veces la dirección de las actividades de emergencia, vinculadas con la salud.

Dentro del sector salud es necesario establecer un solo punto focal de coordinación, a fin de asegurar el empleo óptimo de los recursos de atención, al alcance del Ministerio de Salud, el organismo de seguridad social, las fuerzas armadas y el Sector Privado.

### B. COMITE DE SOCCORRO SANITARIO:

La coordinación de todos los componentes públicos y privados del sector de la salud, requiere la formación de un Comité que colabore con el coordinador. Los representantes de los principales organismos gubernamentales que presten servicios de atención, la cruz roja, organismos voluntarios, se reunirán de manera periódica o constante, a fin de asesorar al coordinador e integrar las actividades de sus respectivos organismos dentro del esfuerzo general de socorro y rehabilitación.

#### V. EVALUACION DE NECESIDADES:

El principal problema administrativo en operaciones previas de so-  
corro, ha sido el gran número de informes conflictivos y exagera-  
dos a cerca del alcance y efectos del desastre, pero con una in-  
formación objetiva se podrán atender tres objetivos principales:

1. Determinar la población a<sup>f</sup> ctada.
2. Identificar posibles riesgos secundarios para la salud.
3. Identificar sus posibles necesidades insatisfechas.

Los principales requisitos de información para proporcionar soco-  
rro de emergencia son:

1. Zona geográfica afectada, cálculo de población y su ubicación dentro de la zona afectada.
2. Situación de transporte y los sistemas de comunicación.
3. Disponibilidad de agua potable, existencia de alimentos, insta-  
laciones sanitarias y habitaciones.
4. Número de heridos.
5. Situación y capacidad de los hospitales y otras instalaciones de salud, de la zona afectada y sus necesidades específicas de medicamentos y personal.
6. Ubicación y número de personas que han abandonado sus hogares.
7. Un cálculo de número de muertos y desaparecidos.



En los primeros días, la provisión de socorro inmediato y la recolección de información serán actividades simultáneas.

La información se puede obtener de cuatro formas principales:

1. Observación aérea.
2. Informe suministrado directamente por la comunidad y el personal de socorro.
3. Sistema ordinario de información respecto de datos específicos
4. Encuestas.

#### 4. MANEJO DE MULTITUD DE HERIDOS:

El manejo de una multitud de heridos se divide en tres categorías principales:

##### A. Búsqueda, salvamento y primeros auxilios:

Es posible que las necesidades sean tan grandes; que no se puede atender más que a una pequeña fracción de la demanda. La ayuda más rápida provendrá de los sobrevivientes que han salido ilesos.

##### B. Traslado a las instalaciones de salud y tratamiento:

Los heridos deben ser tratados en lo posible cerca de sus propios hogares, para evitar perturbaciones sociales y el mayor

gasto de recursos.

En esta fase del salvamento se deben realizar las siguientes actividades:

a. Triage:

Clasificación y selección de heridos para determinar la prioridad de necesidades y el lugar adecuado de tratamiento.

El triage tiene por objeto clasificar rápidamente a los heridos en función del beneficio que presumiblemente podrían obtener de la atención médica y no de acuerdo con la gravedad de sus lesiones.

El triage se debe realizar en dos etapas:

1. En el lugar del desastre a fin de determinar la necesidad de trasladar al paciente.
2. Al admitirlo al hospital con el objeto de volver a evaluar sus necesidades y la prioridad de la atención médica correspondiente.

b. Identificación:

Todos los pacientes se deben identificar con brazalete que indique su nombre, edad, sexo, lugar de origen, categoría de triage, diagnóstico y tratamiento inicial.

Las tarjetas generalmente de colores, nos representan un grado determinado de lesión y de prioridad para la evaluación así:

## 1. Tarjeta Roja:

Paciente con primera prioridad en la evaluación, necesita cuidados inmediatos y se encontrará en alguna de estas categorías.

- 1.1. Problemas respiratorios no corregibles en el sitio.
- 1.2. Paro cardíaco
- 1.2. Pérdida apreciable de sangre.
- 1.4. Pérdida de conciencia.
- 1.5. Perforación torácica o herida penetrante abdominal.
- 1.6. Algunas fracturas graves.
  - Pelvis.
  - Torax
  - Fracturas de vértebras cervicales.
  - Fractura o luxación donde el pulso no puede detectarse por debajo del sitio de fractura o luxación.
  - Contusión severa
  - Quemaduras (complicadas por daño a las vías respiratorias.)

## 2. Tarjeta verde:

Se trata de los pacientes que tienen prioridad secundaria en evacuación, requieren cuidados, pero sus lesiones no son de tanta gravedad como para que sus vidas corran peligro; corresponderá a esta categoría:

- 2.1. Quemaduras de segundo grado que cubren más del 30%

del cuerpo.

- 2.2. Quemaduras de tercer grado que cubren el 10% del cuerpo.
- 2.3. Quemaduras complicadas por lesiones mayores a tejidos blandos o fracturas menores.
- 2.4. Quemaduras de tercer grado que involucran áreas críticas como: manos, pies o cara, pero sin que existan problemas de vías respiratorias.
- 2.5. Pérdida moderada de sangre (de 500 a 1.000c.c.)
- 2.6. Lesiones dorsales con o sin daño de columna vertebral.
- 2.7. Pacientes conscientes con daño craneo-encefálico importante (tan serio como para causar un hematoma subdural o confusión mental).

Estos pacientes mostrarán uno de los siguientes signos:

- Salida de líquido cefalorraquídeo por oído o nariz.
- Aumento rápido en la presión sistólica.
- Vómitos en volutas (como proyectil).
- Cambio en la frecuencia respiratoria.
- Pulso menor de 60 p/m
- Hinchazón o amorfamiento por debajo de los ojos.
- Pupilas anisocóricas.
- Colapso
- Respuesta motora débil o no presente.
- Reacción débil a la estimulación sensitiva (estupor profundo).

### 3. Tarjeta Amarilla:

Se utilizaría en aquellos pacientes a los que se les dá tercera prioridad de evacuación, y estarían definidos en las siguientes categorías:

#### 3.1. Lesiones menores:

- Fracturas menores (dedos, dientes, etc.)
- Otras lesiones menores, abrasiones, contusiones;
- Quemaduras menores:
  - . Quemaduras de segundo grado que cubren menos del 15% del cuerpo.
  - . Quemaduras de tercer grado que cubren menos del 2% de la superficie corporal.
  - . Quemaduras de primer grado que cubren menos del 20% del cuerpo, excluyendo manos, pies y cara. .

#### 3.2. Lesiones mortales:

- Quemaduras de segundo y tercer grado de más del 40% del cuerpo, en las que la muerte parece razonablemente cierta.
- Quemaduras de segundo grado y tercer, de mas del 40% del cuerpo, con otras lesiones mayores, asi como fracturas mayores, lesiones craneoencefálicas mayores, lesiones torácicas. etc.
- Lesiones craneales donde el tejido cerebral está

expuesto y el paciente se encuentra inconsciente.

- Lesiones craneo-encefálicas donde el paciente está inconsciente y tiene fracturas mayores.
- Lesiones de columna vertebral donde hay ausencia de sensibilidad y movimiento.
- Paciente mayor de 60 años con lesiones mayores.

4. Tarjeta negra:

Muerto o moribundo.

VII.. TRASLADO DE PACIENTES ENTRE HOSPITALES, SI ES NECESARIO:

La decisión de trasladar la gente a hospitales fuera de la zona de desastre, se debe considerar cuidadosamente.

El coordinador de socorro sanitario debe tener particularmente presentes las consecuencias sociales, administrativas y legales de la evaluación.

## CONTENIDO

### SEGUNDA PARTE:

- I. Composición del comité operacional de emergencias - Quindío.
  
- II. Funciones de Cada una de las instituciones que prestan atención inmediata:
  - A. Defensa Civil.
  - B. Cruz Roja
  - C. Bomberos
  - D. Policía
  - E. Ejército.
  
- III. Manejo de las comunicaciones:
  - A. Puesto de Mando
  - B. Centrales por institución.
  - C. Comando General.
  
- IV. Mecanismos para la atención de heridos en masas:
  - A. Manejo de víctimas en el sitio del suceso.
  - B. Transporte de víctimas

C. Atención de víctimas en los organismos de salud:

- a. Hospital San Juan de Dios
- b. Centros de Salud Armonia.
- c. Hospitales Locales.

V. Ayuda Interna y Externa



I. Composición del Comité Operacional de Emergencias en el Quindío.

II. Las funciones de cada una de las instituciones que prestan atención inmediata en los casos de desastre, están definidas así:

a. Defensa Civil:

- Establecer un puesto de mando de acuerdo a las características del desastre y a las circunstancias propias del momento.
- Participar en el rescate de las víctimas.
- En ausencia de la policía ejecutar las actividades que a ella se le encomiendan.
- Conocer el sistema de triage para el correcto manejo de víctimas.
- Mantener o cooperar en el sistema de comunicaciones con las diferentes unidades que participan en las acciones.
- Coordinar el transporte de heridos.

- Evaluar la necesidad de ayuda inmediata.

b. Cruz Roja:

- Tomar el mando de las "operaciones médicas del rescate", mientras llega el designado por el Comité Operativo.
- Proceder a la atención de los heridos, mediante acciones de primeros auxilios.
- Establecer los sitios adecuados para la concentración de heridos, para su apropiada atención.
- Realizar el "triage" inicial de las víctimas.
- Proceder al transporte de heridos de acuerdo a su clasificación, hasta los sitios adecuados para la mejor atención (centro de salud, hospital, domicilio, etc.)
- En ausencia de la policía, realizar algunas de sus tareas en lo que respecta al manejo de la comunidad.
- Participar en la evaluación de las necesidades de ayuda inmediata.

c. Bomberos:

- Participar en el rescate de víctimas.
- Establecer el puesto de mando mientras llega la Defensa Civil.

- Participar de acuerdo al tipo de desastre, en la movilización de escombros, traslado de víctimas a sitios seguros o ayuda a damnificados que la necesiten en forma inmediata.
- En ausencia de la policía realizar las tareas a ella encomendadas en lo respecta al control de la situación de orden en la comunidad.

d. - Policia:

- Mantener el sistema de comunicaciones con su agencia base.
- Mantener el orden público.
- Acordonar el lugar para permitir las operaciones de rescate y salvamento que realizan las brigadas de otras instituciones.
- Mantener despejados las vías de acceso.
- Conocer el mapa y las rutas de mayor accesibilidad al lugar.
- Establecer el puesto de mando mientras llega la defensa civil.
- Participar en el rescate de victimas.
- Conocer el sistema de clasificación o "trriage".

e. Ejército:

- reservar el orden público.
- Mantener despejados las vías de acceso.

- Participar en el rescate de víctima.
- Conocer los códigos de triage.

### III. MANEJO DE LAS COMUNICACIONES:

#### A. PUESTO DE MANDO:

Está ubicado cerca al lugar de los acontecimientos cuando el desastre está circunscrito a un área determinada. Si el desastre es de mayores proporciones, se establecerán varios puestos como en el caso del un terremoto o un vendaval.

#### B. CENTRALES POR INSTITUCION:

Ubicados en las sedes de cada una de ellas (Bomberos, Defensa Civil, Cruz Roja, Batallón, Comando de Policía, etc.).

#### C. COMANDO GENERAL:

Ubicado en las instalaciones de la Defensa Civil de donde se dirigen todas las acciones de control y ayuda para el desempeño de actividades de rescate, salvamento y movilización de víctimas y damnificados.

Este puesto estará a cargo del Comité Seccional de emergencias y a él deberán informar las centrales por instituciones.

- ### IV. Para la atención de heridos en masa en el departamento del Quindío se adopta el siguiente mecanismo:

A. MANEJO DE VICTIMAS EN EL SITIO DEL SUCESO:

- a. Adecuadas acciones de rescate, salvamento y movilización de pacientes a sitios seguros por parte de miembros de la comunidad, cruz roja, defensa civil, bomberos y algunos otros miembros de instituciones.
- b. Toma de mando por parte de personal capacitado en tales labores, sin entrar en conflicto con la comunidad, la cual se encuentra en condiciones emocionales alteradas.
- c. Triage inicial: se nombrará un "Oficial de Triage" de la cruz roja o en su defecto de la defensa civil.

El oficial actuará con un equipo de acuerdo a las normas generales de clasificación y codificación.

- d. Mejoramiento de condiciones vitales mediante primeros auxilios adecuados según las normas técnicas y éticas conocidas por quienes participan en las acciones.
- e. Coordinación de actividades por parte de la Cruz Roja y en su defecto la Defensa Civil. Si no se encuentran los anteriores, la labor se desarrollará por los Bomberos.
- f. Orientar y canalizar la ayuda espontánea de la comunidad, evitando la participación de los "curiosos".

B. TRANSPORTE DE VICTIMAS:

- a. En el área de concentración se realizarán un segundo Triage

(cuando sea necesario) para la priorización en el transporte.

- b. La movilización de las víctimas responderá a las técnicas que deben conocer los participantes en la acción.
- c. Durante el transporte las víctimas serán acompañadas por personal idóneo en la prestación de primeros auxilios y manejo de heridos.
- d. Los vehículos de transporte serán proporcionados por las entidades públicas o privadas y se pondrán a disposición del "puesto de mando", el cual coordina dichas acciones.

C. ATENCION DE VICTIMAS EN LOS ORGANISMOS DE SALUD:

a. Hospital San Juan de Dios:

- Se impedirá el acceso de público al hospital, mediante el control de la puerta principal (Hacia la Avenida Bolivar), apertura y control de la puerta que comunica por el sector sur con la entrada a Urgencias, cierre de la puerta oriental que comunica con el área de mantenimiento y servicios generales.
- El acceso de ambulancias se hará por la vía de urgencias y por la puerta principal
- En el área de urgencias se habilitará la sala de espera, para la concentración de pacientes clasificados con verde y amarillo.

Según las circunstancias del momento y el flujo de pacientes se utilizará el área de consulta externa para la concentración de pacientes clasificados en amarillo y verde, donde se realizará un tercer "triage" para dar prioridades en la atención.

- A los servicios de hospitalización solo serán llevados los pacientes remitidos por los "médicos clasificadores" en estrecha coordinación con el Jefe del servicio hospitalario respectivo, para efectos de conocer la disponibilidad permanente de camas.
- En cada servicio hospitalario se contará con un equipo de atención médica, así:
  - Médico: Jefe del servicio de hospitalización
  - 3 médicos auxiliares.
  - 1 enfermera.
  - 8 auxiliares de enfermería
  - Otros.
- El servicio de urgencias estará a cargo de:
  - 1 médico jefe de urgencias.
  - 5 médicos auxiliares.
  - 3 enfermeras
  - 10 auxiliares de enfermería

En los quirófanos se tendrá el siguiente recurso humano:

- 6 médicos cirujanos.
- 3 anestesiólogos.
- 3 Enfermeras.
- 6 auxiliares - circulantes.
- 8 instrumentadores.
- 6 auxiliares de anestesia.
- 12 Médicos Auxiliares.

b. Centros de Salud de Armenia:

- El personal que labora en cada organismo de salud estará informado para que se presente allí, en el momento de presentarse un terremoto o cualquier otro suceso que amerite prestación de servicios médico-asistencial de urgencia.

Esta acción ayudará a que el Hospital San Juan de Dios no se congestione demasiado.

- En cada centro de salud se prestarán servicios de acuerdo a las circunstancias del paciente y a los recursos disponibles en el lugar.
- El traslado de pacientes al hospital se hará en coordinación con los organismos encargados de esta actividad, para lo cual cada entidad tendrá asignados previamente unos centros y puestos de salud, para evitar duplicidad de acciones, congestión y olvidos que puedan ser graves en el momento dado.

c. Hospitales Locales:

- Para el efecto se deben efectuar planes internos donde se



estabiliza el flujo de pacientes de acuerdo a las áreas disponibles y al personal de cada una de las unidades locales.

- El servicio de ambulancia debe ser controlado por el médico director y racionalizado para que su uso sea el más adecuado.
- Las comunicaciones se mantendrán con el servicio de regionalización médica del Hospital San Juan de Dios, el cual está en contacto permanente con el comando general.

#### V. AYUDA INTERNA Y EXTERNA:

Las decisiones sobre solicitud de ayuda sólo se harán a través del comando general, a cargo del Comité Seccional de Emergencias. Este permanecerá en contacto con el Comité Nacional de Emergencia.

La solicitud, actuación, manejo de ayuda se realizará de acuerdo a las normas que para tal efecto hay disponibles, las cuales deben cumplirse estrictamente.

- El Manejo de las emergencias nutricionales en grandes poblaciones.

Organización Panamericana de la Salud.

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

Organización Mundial de la Salud - 1965

Publicación científica No. 444

CODIGO D/DES/G3.230.100.35/H81-421

N° DE INGRESO 421

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Plan de Emergencias para Bogotá  
Ministerio de Salud - Bogotá 1984
  
- Administración Sanitaria de Emergencia con posterioridad a los  
desastres naturales.  
Organización Panamericana de la Salud - 1981  
Publicación Científica No. 407
  
- Control de vectores con posterioridad a los desastres naturales.  
Organización Panamericana de la Salud - 1982  
Publicación Científica No. 419
  
- Vigilancia Epidemiológica con posterioridad a los desastres naturales.  
Organización Panamericana de la Salud. - 1982  
Publicación Científica No. 420
  
- Salud ambiental con posterioridad a los desastres naturales.  
Organización Panamericana de la Salud - 1982  
Publicación científica No. 430
  
- Suministros médicos con posterioridad a los desastres naturales.  
Organización Panamericana de la Salud - 1983  
Publicación científica No. 438
  
- Organización de los servicios de salud para situaciones de desastre.  
Organización Panamericana de la Salud - 1983  
Publicación científica No. 443.