

cientes con riesgo vital inminente con baja probabilidad de supervivencia en cualquier situación diaria.

b) Pacientes con lesiones moderadas a severas: Presentan riesgo vital inmediato o de secuela grave con buena probabilidad de supervivencia con tratamiento adecuado.

c) Pacientes leves o con lesiones menores: Corresponden a aquellos que no presentan riesgo vital o de secuela funcional si su tratamiento es diferido algunas horas.

Los sistemas modernos de respuesta en caso de víctimas masivas han demostrado que la mayor efectividad respecto del número de sobrevivientes al evento está relacionado con la **concentración de los recursos en el grupo de paciente con lesiones moderadas a severas.**

Dado lo anterior, estos pacientes tienen prioridad inmediata de traslado y tratamiento, y su adecuado manejo significará un impacto relevante en la sobrevivencia de los pacientes del desastre en cuestión.

El coordinador del sistema de respuesta extrahospitalaria debe poseer información y comunicación permanente y actualizada de los centros de trauma regionales. Conocer su capacidad de respuesta, número máximo de pacientes a recibir para tratamiento y coordinar la derivación a otros centros para no saturar uno o dos hospitales de trauma cercanos.

Además, es muy importante que exista un coordinador del sistema de traslado extrahospitalario en cada uno de los centros de trauma que recibirán pacientes, con el objeto de confirmar con el lugar del suceso el número y gravedad de los pacientes a transferir a cada centro hospitalario.

DESARROLLO HOSPITALARIO DE PLANES PARA DESASTRES DE LA COMUNIDAD

En el entendido que existe una planificación nacional y regional para responder a desastres de la comunidad, cada hospital debe desarrollar su propio plan de respuesta, el que necesariamente debe contener en su estructura las coordinaciones con los niveles regional y nacional, así como con otras instituciones y organismos vinculados a esta respuesta (Carabineros, Bomberos y otros).

En sus aspectos generales, la planificación de respuesta de cualquier hospital frente a una situación de desastre debe necesariamente incluir los siguientes aspectos:

a) Activación del Plan de Desastre

Un sistema de activación del plan de desastre incluye la recepción de la información sobre un evento catastrófico, su validación y posterior autorización por parte del Director Médico, o quien él designe, para

iniciar la respuesta y preparar al servicio de urgencia y al hospital para activar el plan de desastre.

Lo anterior debe estar protocolizado y claramente explicitado en un flujo simple, de fácil acceso y que contenga los nombres y números de contacto de todos los involucrados en esta fase.

b) Reconfiguración del Servicio de Urgencia

La primera fase de la respuesta del servicio de urgencia debe consistir en la reconfiguración de este servicio para evacuar a los pacientes que están siendo atendidos al momento del inicio de la activación del plan, para recibir a un gran número de pacientes graves durante la hora siguiente a la notificación.

La derivación de pacientes producto de un desastre de la comunidad, obliga a desarrollar y mantener actualizado un protocolo de evacuación de los pacientes que están siendo atendidos en ese momento en el servicio de urgencia a un área segura en la cual un grupo de médicos de otros servicios, previamente designados, concurrirán a completar su atención, indicaciones y alta.

c) Áreas de tratamiento de pacientes en urgencia

El protocolo de reconfiguración del servicio de urgencia debe considerar al menos tres áreas de tratamiento de pacientes.

La primera para tratamiento de pacientes críticos, con varios boxes de reanimación; otra área de tratamiento de pacientes graves; y una tercera para pacientes ambulatorios con lesiones leves.

Esta reconfiguración del servicio de urgencia no debe tomar más de 10 minutos desde la activación del plan de desastres.

d) Traslado y disponibilidad de insumos, equipos y fármacos

Esta reconfiguración debe incluir el traslado de los equipos, insumos y fármacos necesarios para el tratamiento de múltiples pacientes en forma simultánea en el Servicio de Urgencia.

Para esto, lo recomendable es contar con sistemas de bodegas de insumos cercanas al servicio de urgencia con dichos elementos dispuestos en carros con ruedas que puedan ser rápidamente desplazados.

e) TRIAGE e identificación de pacientes

Un médico previamente designado debe realizar el TRIAGE a la entrada del servicio de urgencia, procediendo a categorizar por gravedad a cada paciente, identificarlo con un sistema de etiquetas que permita fácilmente reconocer el área hacia la cual debe ser trasladado dicho paciente, asegurando en el mismo acto la doble identificación de él con una etiqueta que contenga los datos de NN más sexo, más la fecha de ingreso.

La identificación con nombre apellido, rut u otro, sólo retrasará el ingreso y tratamiento de dichos pacientes, empeorando su pronóstico final.