



**SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN
COORDINACIÓN GENERAL DE PROTECCIÓN CIVIL**

**CÉDULA CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES PREPARADOS PARA
ENFRENTAR DESASTRES**

PROGRAMA HOSPITAL SEGURO

CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES PARA CASOS DE DESASTRE

La medicina de atención prehospitalaria ha tenido grandes avances en los últimos años, a mediados de los 60's, durante la atención prehospitalaria, no se realizaba Triage ó selección prioritaria y no existían las escalas de valoración de la gravedad de los lesionados, por lo que en ese entonces los pacientes eran transportados al hospital más cercano.

Los datos publicados por el Consejo Nacional de Investigación de la Unión Americana en esa época, evidenciaron la necesidad de mejorar la atención prehospitalaria y la creación de centros especializados en trauma. Estudios posteriores, demostraron que la mortalidad disminuyó dramáticamente, cuando los pacientes eran ingresados a estos centros lo que impulso el desarrollo de estas unidades en todo EE.UU. sin embargo, también se evidenció que los costos de operación de estos centros es muy alto, por lo que sólo los pacientes más graves debieron haber sido enviados a estos hospitales.

Durante un desastre la labor realizada en el proceso de salvamento y selección de las víctimas será infructuosa si el paciente que ha sido debidamente clasificado no es transportado al hospital adecuado, el cual no es siempre el más cercano sino aquel que cuenta con la infraestructura física, material y de personal para proporcionar el nivel de cuidados que requiere el paciente. La regla de la **triple "A"**, dice que el paciente **"Adecuado"** deberá ser transportado en el momento y medio **"Adecuado"**, al hospital **"Adecuado"**.

En la ciudad de México, una de las más pobladas y grandes del mundo con una superficie de 1,500 kms² y serios problemas de vialidad, se hace necesario regionalizar la atención médica, determinar el nivel resolutivo de los hospitales de la zona para atender diferentes tipos de lesionados y establecer un sistema de referencia y contrarreferencia, con el objeto de proporcionar una respuesta organizada, oportuna y eficiente durante la atención a un grupo de víctimas.

Para este fin se recomienda aplicar una cédula de evaluación a cada hospital y clasificarlo sobre la base de la regionalización y principalmente a la disponibilidad de recursos físicos, materiales y de personal con los que cuenta. En ella se consideran tres niveles de especialización según el puntaje obtenido.

- a) Hospitales de máxima especialización (80 a 100 puntos) **rojo**.
- b) Hospitales de nivel intermedio (60 a 79 puntos) **amarillo**.
- c) Hospitales de segundo apoyo (50 a 59 puntos) **verde**.

Se han utilizado los colores del código de Triage a fin de que en una forma simple, los pacientes con tarjeta de determinado color, sean canalizados al hospital del color correspondiente.

La clasificación parte de un hospital que cuente con servicios de las especialidades troncales las 24 hrs. del día durante los 365 días del año, con funcionamiento de dos salas de cirugía como mínimo, con el apoyo de radiodiagnóstico, laboratorio, farmacia y cuando menos 50 camas, a un hospital con estas características se le asignan de inicio 50 puntos.

**CÉDULA PARA CLASIFICAR A LOS HOSPITALES PARA
ATENDER SITUACIONES DE DESASTRE**

PARÁMETRO EVALUADO	ASIGNACIÓN DE PUNTOS
<u>RECURSOS FÍSICOS</u>	
NÚMERO DE CAMAS	1PTO X C/50 CAMAS MAX. 4 PTS.
SALAS DE CIRUGÍA	4 PTS. X 10 ó MAS 2 PTS. DE 5 A 9 SALAS 1 PTO. DE 3 A 4 SALAS
TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA O RESONANCIA MAGNÉTICA	3 PTS.
ULTRASONIDO	2 PTS.
<u>SERVICIOS DISPONIBLES:</u>	
TRAUMA MUSCULOESQUELÉTICO	5 PTS.
QUEMADOS	5 PTS.
NEUROCIRUGÍA	3 PTS.
CIRUGÍA TORÁCICA	3 PTS.
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	3 PTS.
TRAUMA-RAQUIMEDULAR	2 PTS.
<u>RECURSOS DE PERSONAL:</u>	
MÉDICOS A. T. L. S.	4 PTS. + DE 10 MÉDICOS 2 PTS. DE 5 A 9 MÉDICOS
C. U. D. (24 Hrs) (COORDINADOR DE URGENCIAS Y DESASTRES)	6 PTS.
<u>FACILIDADES DE COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE:</u>	
HELIPUERTO	2 PTS.
AMBULANCIA	2 PTS.
RADIOTELEFONÍA	1 PTO.
RADIO COMUNICACIÓN	1 PTO.

PRESENTADO EN LA REUNIÓN INTERNACIONAL DE PREPARATIVOS HOSPITALARIOS
PARA CASOS DE DESASTRE. CIESS
Drs. Cruz V. F., Cymet R. J., Méndez S. L. M.

**“CÉDULA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD EN DESASTRES”
INVENTARIO DE RECURSOS DE LA UNIDAD HOSPITALARIA**

1. IDENTIFICACIÓN:

1.1. NOMBRE DEL HOSPITAL: _____

1.2. NIVEL DE OPERACIÓN:

2do. NIVEL

3er. NIVEL

1.3. DOMICILIO: _____

1.4. ENTRE QUE CALLES: _____

1.5. COLONIA: _____ 1.6. CÓDIGO POSTAL: _____

1.7. DELEGACIÓN Y/O MUNICIPIO: _____

1.8. ENTIDAD FEDERATIVA: _____ 1.9. TEL. DIRECTO. _____

1.10. TEL. CONM.: _____ 1.11. FAX DE LA UNIDAD: _____

1.12. E-MAIL: _____

1.13. FRECUENCIA DE RADIO: _____

1.14. RADIOTELEFONIA “MATRA”. _____

1.15. CLASIFICACIÓN DE L HOSPITAL PARA ATENCIÓN DE PACIENTES:

ROJO

AMARILLO

VERDE

2.- PERSONAL Y SERVICIOS DE LA UNIDAD

2.1 CUERPO DIRECTIVO

CARGO	NOMBRE	TELÉFONO	EXT.	TURNO	DIAS
DIRECTOR	_____	_____	_____	_____	_____
SUBDIRECTOR MÉDICO	_____	_____	_____	_____	_____
SUBDIRECTOR ADJUNTO	_____	_____	_____	_____	_____
SUBDIRECTOR ADJUNTO	_____	_____	_____	_____	_____
SUBDIRECTOR ADJUNTO	_____	_____	_____	_____	_____
SUBDIRECTOR ADJUNTO	_____	_____	_____	_____	_____
SUBDIRECTOR ADJUNTO	_____	_____	_____	_____	_____

2.2. SERVICIOS DE URGENCIAS

JEFE	ENCARG.	NOMBRE	TELÉFONO	EXT.	TURNO	DIAS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____

2.3 JEFE DE DIVISION

ÁREA	NOMBRE	TELÉFONO	EXT.	TURNO	DIAS

2.4 RESPONSABLES DE LOS DIFERENTES DEPARTAMENTOS CLINICOS DEL HOSPITAL POR PISO Y SERVICIO

SERVICIO	PISO	NOMBRE	TELÉFONO	EXT.	TURNO	DIAS

2.4 RESPONSABLES DE LOS DIFERENTES DEPARTAMENTOS CLINICOS DEL HOSPITAL POR PISO Y SERVICIO

SERVICIO

PISO

NOMBRE

TELÉFONO

EXT.

TURNO

DIAS

3. RECURSOS FISICOS HOSPITALARIOS (CAMAS)

3.1 CENSABLES

- 3.1.1 TOTAL DE HOSPITALIZACIÓN PROMEDIO HABITUAL EN % DE OCUPACIÓN
- 3.1.2 DIVISION CIRUGIA PROMEDIO HABITUAL EN % DE OCUPACION
- 3.1.3 DIVISION DE G. OBST. PROMEDIO HABITUAL EN % DE OCUPACIÓN
- 3.1.4 DIVISION DE MEDICINA INTERNA PROMEDIO HABITUAL EN % DE OCUPACIÓN
- 3.1.5 DIVISION PEDIATRIA PROMEDIO HABITUAL EN % DE OCUPACIÓN

3.1.6 POSIBILIDAD DE EXPANSION "EXTRAORDINARIA" EN NUMERO DE CAMAS ESTIMADA EN CASOS DE DESASTRE (AREAS ABIERTAS DEL HOSPITAL, PASILLOS, OTROS.)

- 3.1.7 ASIGNADAS A TRAUMATOLOGIA PROMEDIO HABITUAL EN % DE OCUPACIÓN
- 3.1.8 ASIGNADAS A QUEMADOS PROMEDIO HABITUAL EN % DE OCUPACIÓN
- 3.1.9 ASIGNADAS A CIRUG. GRAL. PROMEDIO HABITUAL EN % DE OCUPACIÓN
- 3.1.10 ASIGNADAS A NEUROLOGIA PROMEDIO HABITUAL EN % DE OCUPACIÓN

3.2 NO CENSABLES

- 3.2.1 TOTAL DE CAMAS NO CENSABLES EN EL HOSPITAL _____ ADULTOS _____ PEDIATRICOS _____
- 3.2.2 SERVICIO DE URGENCIAS Y/O ADMISION CONTINUA _____ ADULTOS _____ PEDIATRICOS _____
- 3.2.3 MEDICINA CRÍTICA TOTAL _____ ADULTOS _____ PEDIATRICOS _____
- 3.2.4 UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS SI NÚMERO _____
- 3.2.5 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SI NÚMERO _____
- 3.2.6 UCI POLITRAUMATIZADOS SI NÚMERO _____
- 3.2.7 UCI QUEMADOS SI NÚMERO _____

4. SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO LOS (365 DIAS DEL AÑO)

No. POR TURNO

MAT. VES. NOC.

SAB, DOM. Y
DIAS FEST.

- 4.1 SALAS DE CIRUGIA AUTORIZADAS SI NO No. ____
- 4.2 CAMAS DE RECU. POST- QUIR. SI NO No. ____
- 4.3 SERVICIO DE INHALOTERAPIA SI NO No. ____
- 4.4 EQUIPO DE HEMODIALISIS SI NO No. ____
- 4.5 LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS SI NO No. ____
- ~~4.6 BANCO DE SANGRE Y SERVICIOS DE TRANSFUSIONES SI NO No. ____~~
- 4.7 SALAS DE RAYOS X SI NO No. ____
- 4.8 EQUIPOS DE ULTRASONIDO SI NO No. ____
- 4.9 SALA DE TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA SI NO No. ____
- 4.10 FARMACIA SI NO No. ____

5. ANOTE LAS ESPECIALIDADES MEDICO QUIRURGICAS QUE SE OTORGUEN EN LA UNIDAD

- | | | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------|---|
| ANGIOLOGÍA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | NEFROLOGÍA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| CARDIOLOGÍA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | NEUMOLOGÍA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| CIRUGÍA CARDIOVASCULAR | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | NEUROCIRUGÍA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| CIRUGÍA GENERAL | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | NEUROLOGÍA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| CIRUGÍA MAXILO – FACIAL | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | OFTALMOLOGÍA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| CIRUGÍA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| MEDICINA CRÍTICA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | PEDIATRIA MÉDICA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| MEDICINA INTERNA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | PSIQUIATRIA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| | | UROLOGÍA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

6. PERSONAL AUTORIZADO

6.1 TOTAL DE MÉDICOS EN URGENCIAS

- 6.2 TOTAL DE ENFERMERAS EN URGENCIAS
- 6.3 TOTAL DE MÉDICOS INTENSIVISTAS
- 6.4 TOTAL DE ENFERMERAS INTENSIVISTAS

7. PERSONAL CALIFICADO CON ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y DESASTRES.

7.1 NÚMERO DE MEDICOS QUE TIENEN ACREDITADO EN CURSO AVANZADO DE APOYO VITAL EN TRAUMA (ATLS)

7.2 NÚMERO DE MEDICOS QUE TIENEN ACREDITADO EN CURSO AVANZADO DE APOYO VITAL EN TRAUMA (ATLS)

7.3 NÚMERO DE MEDICOS Y PARAMÉDICOS QUE TIENEN ACREDITADOS CURSOS O PREPARATIVOS HOSPITALARIOS PARA CASOS DE DESASTRE

8. PLAN DE CONTINGENCIA DE LA UNIDAD

8.1 LA UNIDAD CUENTA CON UN PLAN PARA ATENDER:

DESASTRES INTERNOS (DE LA UNIDAD HOSPITALARIA)

SI NO

DESASTRES IEXTERNOS (DE LA COMUNIDAD)

SI NO

8.2 LA UNIDAD HA REALIZADO SIMULACROS Y/O HA TENIDO EXPERIENCIA DE ATENCIÓN A URGENCIAS O DESASTRES EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES SI NO

9. MEDIOS Y FACILIDADES DE TRANSPORTE DISPONIBLE (365 DÍAS DEL AÑO)

9.1 TERAPIA INTENSIVA SI NO CANTIDAD _____

9.2 URGENCIAS SI NO CANTIDAD _____

9.3 TRASLADOS PROGRAMADOS SI NO CANTIDAD _____

9.4 TRANSPORTE COLECTIVO SI NO

9.5 HELIPUERTO SI NO

10. CUENTA CON MORTUORIO , CON GABETAS REFRIGERANTES SI NO

11. POR LAS CARACTERÍSTICAS ANTES ENUNCIADAS EL HOSPITAL PUEDE RECIBIR EN CASO DE URGENCIA

Y DESASTRE PACIENTES CON INTOXICACIONES, HERIDAS, QUEMADURAS Y CONTUSIONES LEVES A MODERADAS Y ADEMÁS:

	SI	NO		SI	NO
POLITRAUMATIZADOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HERIDAS PENETRANTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAUMATISMOS RAQUIMEDULARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUEMADOS CON MAS DEL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INTOXICACIÓN POR INHALACIÓN DE GASES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OTROS: (ESPECIFIQUE) _____

PARA USO DEL NIVEL CENTRAL:

CALIFICACION DEL HOSPITAL PARA ATENDER DESASTRES: _____

COLOR: _____

NIVEL DE OPERACIÓN: _____

ESPECIALIDAD EN: _____