

7.4 Enfermedades corrientes

<u>Enfermedades</u>	<u>Causas principales</u>	<u>Medidas preventivas ^{1/}</u>
1. Enfermedades diarreicas	Hacinamiento, contaminación del agua y de los alimentos.	Espacio vital suficiente, educación sobre salud pública, higiene adecuada de las personas y de los alimentos, suministro de agua potable y saneamiento, según se especifica en los capítulos 6 a 10.
2. Sarampión	Hacinamiento.	Niveles mínimos de espacio vital, tal como se establece en el capítulo 6. Vacunación de niños de 9 meses a 5 años de edad.
3. Enfermedades respiratorias	Vivienda insatisfactoria, escasez de mantas y de ropa.	Niveles mínimos de espacio vital y alojamiento apropiado (capítulo 6), ropa adecuada y mantas suficientes.
4. Malaria	Medio ambiente nuevo, con un tipo de malaria contra la que los refugiados no están inmunizados; agua estancada que se convierte en lugar de reproducción de mosquitos.	Destruir los lugares de reproducción de los mosquitos, larvas y los mosquitos adultos mediante pulverización. Sin embargo, el éxito del control de los vectores depende en particular de los hábitos de los mosquitos, por lo que deberá consultarse a los expertos locales. (Véase capítulo 10). Distribución de mosquiteros. Administrar medicamentos profilácticos únicamente a aquellas personas (por ejemplo, a los niños pequeños) que de otro modo podrían morir al primer ataque de la enfermedad, en vez de empezar a desarrollar la inmunidad.
5. Meningitis meningocócica	Hacinamiento en zonas en las que la enfermedad es endémica (a menudo se desarrolla siguiendo pautas estacionales).	Niveles mínimos de espacio vital (capítulo 6). Vacunación sólo después de que lo aconseje el personal experto, cuando el examen de la situación sugiera la necesidad de hacerlo. La inmunidad sólo se logra al cabo de una semana.

^{1/} La desnutrición hace más vulnerable a los ataques violentos de todas esas enfermedades; por consiguiente, una alimentación adecuada constituye una medida preventiva eficaz.

<u>Enfermedades</u>	<u>Causas principales</u>	<u>Medidas preventivas</u>
6. Tuberculosis	Hacinamiento.	Niveles mínimos de espacio vital (capítulo 6), si bien donde tenga carácter endémico continuará siendo un problema.
7. Fiebre tifoidea y cólera	Hacinamiento. Poca higiene personal, abastecimiento de agua contaminada y saneamiento insuficiente.	Niveles mínimos de espacio vital, agua no contaminada, saneamiento adecuado (capítulos 6, 9 y 10). La OMS <u>no</u> recomienda la vacunación, que sólo ofrece una protección individual escasa y de corta duración, y poca o ninguna protección contra la propagación de la enfermedad. Las medidas más eficaces son una buena higiene personal, pública y de los alimentos, y la educación de la población sobre la salud pública.
8. Lombrices, sobre todo intestinales	Hacinamiento. Saneamiento insuficiente.	Niveles mínimos de espacio vital, saneamiento adecuado (capítulos 6 y 10). Higiene personal adecuada. Utilización de calzado.
9. Sarna (enfermedad de la piel causada por ácaros)	Hacinamiento. Falta de higiene personal.	Niveles mínimos de espacio vital, agua y jabón suficientes para lavar y lavarse (capítulos 6 y 9).
10. Xeroftalmia (ceguera infantil)	Carencia de vitamina A. (El sarampion y otras infecciones agudas aceleran el desarrollo de la xeroftalmia).	Dieta que contenga suficiente cantidad de vitamina A. Si no es posible, administrar alimentos enriquecidos con vitamina A. Si tampoco esto es posible proporcionar cápsulas de vitamina A. Vacunación contra el sarampion.
11. Anemia	Malaria, lombrices intestinales, escasa absorción o consumo insuficiente de hierro y de ácido fólico.	Prevención/tratamiento de la enfermedad causante. Corrección de la dieta, incluido el enriquecimiento de alimentos.

<u>Enfermedades</u>	<u>Causas principales</u>	<u>Medidas preventivas</u>
12. Tétanos	Heridas en personas no vacunadas. La práctica de la obstetricia en condiciones deficientes produce tétanos en los recién nacidos.	Primeros auxilios adecuados, vacunación de las mujeres embarazadas y ulterior vacunación general en el marco del Programa Ampliado de Vacunación. Formación de parteras y limpieza de las ligaduras, tijeras, navajas de afeitar, etc.

caso de que se produzca algún deterioro súbito en algún aspecto de los servicios colectivos, tales como la contaminación del abastecimiento de agua. En el cuadro 7-4 se enumeran las más corrientes de esas enfermedades. El cuadro ilustra también la influencia del medio ambiente sobre la enfermedad e indica qué mejoras en las condiciones de vida repercutirán directamente sobre la salud de los refugiados.

7.5 Atención sanitaria a los refugiados

- Las técnicas de diagnóstico y el tratamiento de las principales enfermedades agudas deben ser apropiadas y deben también simplificarse y normalizarse
- La mayoría de los problemas sanitarios no necesitan cuidados o tratamientos sofisticados y deben ser tratados en centros sanitarios y dispensarios dentro de la comunidad, y, en la medida de lo posible, por agentes sanitarios que pertenezcan a ella
- El personal sanitario deberá pasar una parte de su tiempo entre la comunidad, y no limitarse a esperar en los dispensarios a que los enfermos acudan a ellos.
- Las mujeres embarazadas y lactantes y los niños de corta edad son más vulnerables y conviene prestar una atención especial a sus necesidades.

1. La atención sanitaria a los refugiados debe abarcar tanto medidas preventivas como curativas. La necesidad de las medidas curativas, y el alcance de las mismas, variará en cada situación de emergencia y dependerá del éxito logrado por las medidas preventivas.

2. Especialmente cuando haya varias organizaciones que participen en la operación, debe tenerse especial cuidado en establecer una norma común de atención sanitaria adecuada y en distribuir equitativamente los servicios disponibles tanto entre los diferentes emplazamientos como dentro de cada uno de ellos. Como las opiniones sobre el tratamiento pueden ser diferentes, es esencial establecer a nivel central unos planes de tratamiento normalizados, que se comprendan claramente. Esto será también sumamente importante para el programa de formación y para evitar toda confusión entre el personal sanitario local y el que pertenezca a la comunidad de refugiados. De ahí la importancia de las directrices descritas en 7.2.18. Cuando escasee el personal cualificado y no sea posible establecer un diagnóstico confirmado, se aplicará el tratamiento normal que corresponda a los síntomas observados. A menos que el tratamiento se administre en el acto, deberán darse a cada paciente instrucciones claras, verbales y por escrito, sobre la dosis y la frecuencia de las tomas. Dichas instrucciones deben dársele al paciente en su propia lengua.

3. Todos los interesados deben ser conscientes de que un tratamiento inadecuado a las necesidades y las circunstancias de los refugiados, puede no sólo ser inútil y antieconómico, sino que puede también tener un importante efecto negativo sobre la actitud de los refugiados frente a la atención sanitaria y las medidas preventivas. Ejemplos de ello son el aumento de la creencia de que sólo las inyecciones, y no las pastillas, son eficaces; que la rehidratación por vía intravenosa es mejor que por vía oral o que la leche importada puede salvar mejor al niño desnutrido que la leche materna.

Selección

4. Se trata de la selección y clasificación de los enfermos y heridos a los que hay que prestar asistencia sanitaria a pesar de las abrumadoras necesidades y de la insuficiencia de recursos. La finalidad de esta medida es la de prestar asistencia sanitaria con carácter prioritario a aquellos que previsiblemente más van a beneficiarse de ella. Aunque se trata de un requisito probable después de un desastre natural grave o en tiempos de conflicto, la selección rara vez es necesaria en una situación de emergencia con refugiados. Si es necesario llevar a cabo esa selección, la clasificación suele hacerse de acuerdo con tres categorías: las personas que no pueden beneficiarse del tratamiento disponible en las condiciones de emergencia y que, por lo tanto, no son tratadas; las personas gravemente enfermas o heridas, que deben ser atendidas en primer lugar, y la de las personas que, después de recibir los primeros auxilios, pueden esperar, para recibir atención médica, hasta que hayan sido atendidas todas las personas pertenecientes a la segunda categoría. La selección deberá hacerla el trabajador sanitario más experimentado, pero el administrador tendrá quizá que inculcar al personal sanitario la importancia vital del sistema de selección.

5. En muchas situaciones de emergencia, entre el 75-90% de los pacientes sólo presentan pequeñas dolencias que, en la mayoría de los casos, se curarán espontáneamente.

Esos pacientes no deben ser tratados en absoluto durante la situación de emergencia si, como es probable, escasean los recursos. Las medidas de salud pública reducirán probablemente la frecuencia de estas pequeñas dolencias.

Prestación de la asistencia sanitaria

6. Los refugiados deben disponer con facilidad del tratamiento adecuado. Si los servicios sanitarios nacionales disponibles a nivel local no pueden ser reforzados de forma que satisfagan las necesidades existentes, será necesario adoptar otras medidas. A menos que los tratamientos se lleven a cabo al nivel oportuno, los hospitales o los grandes centros sanitarios se verán inundados por refugiados que buscan ser tratados por pequeñas dolencias. Así pues, será necesario disponer de un servicio sanitario basado en la comunidad y que descubra quiénes necesitan atención sanitaria y que velen porque dicha atención se les preste al nivel adecuado. Es esencial mantener una estrecha coordinación con otros servicios colectivos.

7. Así pues, el primer nivel es el de agente sanitario de la comunidad, responsable de una sección de refugiados y que trabaja entre ellos, realiza las visitas domiciliarias, descubre los casos y los sigue de cerca, y que es responsable de las medidas preventivas básicas que afectan a toda la comunidad, incluida la educación pública en materia de salud. El agente sanitario de la comunidad, que debe ser un refugiado con la formación adecuada, descubrirá los problemas sanitarios y de nutrición —y a menudo sociales— y, si no puede realizar él mismo un tratamiento sencillo, enviará a los pacientes al dispensario. Naturalmente, los refugiados se presentarán también directamente en el dispensario, pero es importante darse cuenta de que algunos de los más necesitados no acudirán al mismo y que las enfermedades de los que acudan pueden no reflejar los problemas más corrientes de la comunidad.

8. Como norma general, un dispensario puede bastar para unos 5.000 refugiados que

vivan en una situación de hacinamiento pero que, por otra parte, gocen de una salud razonablemente buena. El dispensario debe ser un edificio sencillo que disponga de locales para consulta y prácticas clínicas tales como vendajes e inyecciones, de una pequeña farmacia que pueda cerrarse con llave, de material sencillo y de equipo de esterilización (es posible que no se disponga de electricidad). El agua y el saneamiento son servicios esenciales en todas las instalaciones sanitarias.

9 En cada asentamiento de refugiados debe existir un centro sanitario como apoyo de los dispensarios. Los asentamientos realmente grandes pueden necesitar más de uno, mientras que para los asentamientos pequeños puede bastar un único dispensario-centro sanitario. El centro sanitario debe ser capaz de atender a todos los casos excepto los partos más complicados y las urgencias quirúrgicas. Deben disponer de más servicios que los dispensarios, incluido un laboratorio básico y unas pocas camas (aproximadamente una por cada 5.000 refugiados) para observación de los enfermos durante la noche.

10. El cuadro 7-2 de las páginas 84 y 85 indica qué personal sanitario se necesitará. La sección siguiente (7.6) trata del traslado de los casos, relativamente poco numerosos, que no pueden ser tratados en el centro sanitario.

La salud de la madre y el niño

11. En una comunidad normal, los niños, especialmente los menores de cinco años, y las mujeres embarazadas y lactantes, se consideran como especialmente vulnerables a la desnutrición, a las infecciones y a otros problemas de salud. En una situación de emergencia los riesgos aumentan considerablemente y los servicios sanitarios deben prestar especial atención y vigilar cuidadosamente a esas mujeres y niños. Esta atención debe completarse con un programa de alimentación suplementaria. El capítulo 8 proporciona más detalles sobre esto, así como información importante sobre la alimentación correcta de los niños.

12. Tan pronto como se creen las escuelas, se establecerán programas sanitarios especiales para los alumnos.

13. En cuanto lo permitan los recursos, se estudiará la posibilidad de crear un programa de cuidados odontológicos, así como la naturaleza de dicho programa. El fomento de la higiene bucal y el tratamiento dental preventivo es mucho más beneficioso que la atención odontológica individual. La utilización de métodos tradicionales sencillos, tales como los palos de mascar y los mondadientes, resulta más adecuada que la implantación de la pasta y los cepillos de dientes.

14. Los refugiados deben poder obtener información sobre la planificación familiar. Después de una información adecuada, se les proporcionarán métodos anticonceptivos temporales (que permitan espaciar entre sí los embarazos), asegurándose de que los refugiados comprendan que pueden decidir voluntaria y libremente sobre este asunto.

La educación sanitaria

15. En general, se admite más fácilmente la importancia de la educación sanitaria que el hecho de que resulta difícil persuadir precisamente a quienes más riesgos corren para que cambien hábitos muy arraigados, por muy necesario que pueda parecer ese cambio visto desde fuera. Al menos durante la fase de emergencia, los temas prioritarios deben ser los que están directamente relacionados con los problemas de salud pública, por ejemplo la eliminación de los excrementos humanos y de la basura. Muchos gobiernos y organizaciones elaboran materiales sencillos para educación sanitaria, que pueden ser útiles. Los maestros convenientemente formados y las personas mayores respetadas por la comunidad de refugiados serán probablemente más eficaces que el personal externo para explicar a su propio pueblo los principios y las prácticas sanitarias básicas.

7.6 El traslado de los enfermos

- El centro sanitario debe estar en condiciones de trasladar a los enfermos a los hospitales para su tratamiento.
- Este tratamiento debe realizarse, si es posible, en hospitales locales.
- Deben tomarse las medidas necesarias para disponer de un transporte adecuado hasta el hospital y desde el hospital.

1. Para asegurarse de que los pacientes que no pueden ser atendidos o tratados en el centro sanitario del emplazamiento, reciben la atención necesaria, será preciso contar con un sistema eficaz de traslado de los enfermos hasta un hospital o un centro de rehabilitación. Una vez que hayan empezado a funcionar los servicios sanitarios del asentamiento, no habrá muchos enfermos de ese tipo, a menos que haya un gran número de heridos. Deben tomarse las medidas necesarias para que solamente sean atendidos los enfermos específicamente trasladados desde los centros sanitarios, y para que los refugiados no se presenten por su cuenta directamente en el hospital.

2. Al menos durante la fase de emergencia, sólo deberá trasladarse a los enfermos cuya vida corra peligro.

3. Se procurará efectuar los traslados al hospital nacional más próximo, lo cual tiene ventajas evidentes, entre ellas la disponibilidad inmediata. Es esencial mantener una coordinación estrecha y directa con el médico jefe del distrito. Debe estudiarse la posibilidad de ampliar el o los hospitales existentes, instalando, por ejemplo, tiendas de campaña en el recinto de los mismos y aumentando el personal sanitario. Debe tenerse cuidado para no inundar de trabajo al hospital. El hospital deberá contar también con los servicios necesarios para hacer frente a las necesidades de los familiares de los enfermos y para permitir a los padres permanecer con sus hijos. Deberá proporcionarse al hospital todo el apoyo material y financiero que sea

necesario. Por ejemplo, si se envían Botiquines de Urgencia (véase 7.7), algunos de los medicamentos pueden ponerse a la disposición del hospital que atienda a los refugiados.

4. Siempre que sea posible, deberá evitarse el crear hospitales especiales para refugiados. Aunque dispongan de personal muy cualificado solamente proporcionan servicios curativos, rara vez pueden seguir funcionando adecuadamente cuando se les retira el apoyo exterior y, en cualquier caso, es poco probable que resulten adecuados para las necesidades a largo plazo. Una vez creados son extremadamente difíciles de cerrar. Por lo tanto, tales hospitales sólo deben ponerse en marcha cuando exista una necesidad manifiesta y permanente que no pueda ser satisfecha por los hospitales nacionales existentes ni aun cuando se aumente su capacidad. Cuando sea inevitable crear un hospital de este tipo deberá ser una estructura sencilla y apropiada que siga el estilo de construcción local, que cuente con el personal y el equipo necesario para responder a los tipos locales de enfermedad y a la demanda probable, más bien que a una necesidad teóricamente posible de tratamiento altamente especializado. La planificación de un hospital de este tipo deberá tener en cuenta, desde el principio, factores ambientales tales como el saneamiento, la eliminación de los desperdicios del hospital, la seguridad de los medicamentos y de los suministros, y la instalación de letrinas. El suelo del hospital debe ser sólido, lavable, y estar dotado de un buen sistema de desagüe.

5. El número de camas de hospital necesarias dependerá del estado de salud de los refugiados. A título únicamente indicativo, puede necesitarse una cama por cada 2.000 refugiados en las primeras fases de una situación de emergencia. También a título puramente indicativo, un hospital para refugiados con 50 camas puede necesitar dos médicos y seis enfermeras, más el personal auxiliar.

6. Es posible que se reciban ofertas de hospitales de campaña. Si bien es ésta una al-

ternativa que habrá que considerar en ciertas circunstancias, por ejemplo, cuando haya que realizar una gran ampliación del hospital local, instalando un hospital de campaña en el recinto del mismo, los hospitales de campaña pueden tener varias limitaciones, incluidos el tiempo necesario para instalarlos y su costo (especialmente en transporte), y es posible que resulten tecnológicamente inadecuados. A menudo no pueden ponerse en funcionamiento los aparatos supersensibles o que dependen de una fuente exterior de energía. Un hospital de campaña rara vez es un modo satisfactorio de responder a una necesidad permanente. Debe reconocerse también que, a causa del gran impacto que estos donativos producen en la opinión pública, los donantes fomentan la creación y utilización de este tipo de hospitales aun cuando resulten inadecuados.

7. Las situaciones de emergencia con refugiados no suelen caracterizarse por la presencia de un gran número de heridos. Sin embargo, cuando éste sea el caso, puede ser necesario disponer rápidamente de un equipo quirúrgico. En general, tal necesidad resultará evidente, y normalmente podrá disponerse rápidamente de esos equipos, por ejemplo a través del CICR.

8. Cualesquiera que sean las medidas adoptadas para el traslado de enfermos al hospital y para su tratamiento, habrá que disponer de los medios de transporte adecuados

7.7 Suministros médicos

- Los medicamentos deberán limitarse a unos pocos artículos básicos normalizados.
- Según el mismo principio, se han preparado unos botiquines especiales para las necesidades inmediatas, que deberán ser solicitados si los recursos locales son insuficientes.
- Las vacunas requieren una manipulación muy cuidadosa. Si es posible, de-

ben conseguirse a nivel local y devolverse posteriormente.

- Los artículos médicos no solicitados resultan a menudo inadecuados y deben ser sometidos a aprobación antes de ser expedidos.

1. Los mecanismos de abastecimiento de emergencia deberán hacer uso, en la medida de lo posible, de los recursos y los canales de distribución del país. Sin embargo, es posible que haya que tomar medidas especiales al principio. Una respuesta que no haya sido bien planeada puede dar lugar a largos e inadecuados pedidos, basados más en sus nombres comerciales que en sus nombres genéricos. La experiencia ha demostrado que lo que se necesita es una cantidad suficiente de unos pocos medicamentos básicos y un control estricto de las donaciones no solicitadas. La OMS y el ACNUR han elaborado unas listas normalizadas de medicamentos y material, para su uso en las situaciones de emergencia, que satisfacen estos requisitos. Las listas abarcan unos treinta medicamentos o preparados básicos para ser usados por los agentes sanitarios, unos treinta y cinco medicamentos o preparados para ser usados por los médicos y los agentes sanitarios más expertos, y un equipo médico básico. Todo ello constituye el contenido del Botiquín de Urgencia. Las listas deben ser rectificadas según convenga a la luz de las condiciones locales, utilizando únicamente los medicamentos incluidos en el último informe en vigor del Comité de Expertos de la OMS sobre la selección de medicamentos esenciales (véase la bibliografía de este mismo capítulo), y adaptándolos después a los suministros médicos normalizados para la atención sanitaria en una situación de emergencia.

2. Cuando los recursos locales no basten para satisfacer la demanda inicial de artículos médicos, el Botiquín de Urgencia puede obtenerse, ya preembalado, en un plazo mínimo. Un botiquín cubre, teóricamente, las necesidades de 10.000 refugiados durante tres meses. En la Segunda Parte se facilita el contenido detallado de dichos botiquines,

así como diversas cuestiones prácticas relacionadas con ellos. Esta información puede conseguirse también por separado a través del ACNUR o de la OMS (véase la bibliografía de este mismo capítulo). Tan pronto como el Representante, después de consultar a las autoridades sanitarias locales, a la OMS y al organismo colaborador ejecutivo, considere que esos botiquines pueden ser necesarios, deberá solicitarlos por cable, indicando detalles tales como el número de botiquines necesarios y el destino de los mismos. Cuando se considere el número de botiquines, deberá tenerse presente el hecho de que cada botiquín puede cubrir eficazmente las necesidades de 30.000 personas durante un mes o de 10.000 durante tres meses. También es digno de tenerse en cuenta el catálogo del UNIPAC que contiene ciertos botiquines especializados (por ejemplo para parteras)

3. Una vez cubiertas las necesidades maternas inmediatas, el organismo colaborador ejecutivo que sea responsable de los servicios de salud para los refugiados, deberá tomar las medidas adecuadas para conseguir un abastecimiento regular, y en cantidad apropiada, de artículos médicos corrientes. En general, estos artículos pueden conseguirse —y es preferible adquirirlos— en el mercado local, pero, si es necesario, deberá considerarse la posibilidad de adquirir en el extranjero la mayor parte del material, si de ello puede derivarse un ahorro substancial. Debe tenerse en cuenta que la finalidad de los Botiquines de Urgencia es la de satisfacer únicamente las necesidades iniciales, (a la espera de que se adopten las medidas anteriores) y no para reponer los suministros ya gastados. Los procedimientos para realizar nuevos pedidos deben ser normalizados y centralizados. En una emergencia de gran magnitud esta tarea exigirá la plena dedicación de un farmacéutico. Los pedidos de compra para el extranjero deben realizarse a través de la Sede, o en coordinación con ella, quien a su vez, y para evitar toda posible duplicidad, se mantendrá en estrecha coordinación con la OMS, el UNICEF, el

CICR, la LSCR y otros posible proveedores o donantes.

4. Cuando sea necesario, deberán tomarse prestadas las vacunas disponibles en las reservas locales, y deberán ser repuestas posteriormente. El Representante o coordinador médico de la OMS informará sobre esto y también sobre las reservas de la OMS disponibles en la región (en Africa por ejemplo existen reservas en los depósitos de la OMS en Brazzaville, Dakar, Kinshasa, Nairobi y Niamey). Si resulta evidente que es necesario conseguir suministros urgentes del extranjero, debe informarse por cable a la Sede del ACNUR. Cualquiera que sea su procedencia, la mayoría de las vacunas deben conservarse refrigeradas y ser manipuladas con mucho cuidado para que no pierdan eficacia. Los eslabones del sistema de transporte, desde el fabricante hasta la vacunación individual, se conocen como la "cadena del frío". En la medida de lo posible, debe utilizarse la red de cadenas del frío de las autoridades sanitarias nacionales, pero es posible que dicha red no llegue hasta las proximidades del asentamiento de los refugiados, y sin cadena del frío el programa de vacunación fracasará. Las tarjetas indicadoras del período de validez y de la temperatura requerida, deberán pedirse y conservarse junto con las vacunas. En el Anexo 2 se proporciona más información sobre las vacunas

5. Los suministros médicos deberán estar sometidos a un estrecho control de seguridad para evitar abusos o robos.

6. Las donaciones de medicamentos no solicitados pueden resultar un problema en una situación de emergencia. Tanto la cantidad como la calidad de los mismos puede variar enormemente; las donaciones habituales consisten en pequeñas cantidades de medicamentos diversos, muestras gratuitas, medicinas caducadas, vacunas inadecuadas, y medicamentos en los que solamente consta el nombre comercial o éste viene en una lengua extranjera, Una de las funciones más im-

portantes del administrador sanitario puede consistir simplemente en decir "No". La política del ACNUR es que los suministros médicos sólo deben enviarse desde el extranjero en respuesta a una petición específica o

con autorización previa, de lo cual se informará convenientemente al Representante local de la OMS, a las misiones diplomáticas acreditadas en el país y a todos los demás organismos o personas interesados.

Bibliografía 1/

- | | | |
|---|--|--|
| Benenson A.S. (ed)
(1980) | <u>El control de las enfermedades transmisibles en el hombre</u>
Libro de referencia para una amplia variedad de enfermedades transmisibles y para la lucha contra las mismas. Se examinan las consecuencias de los desastres en cada una de ellas.
(Publicado también en inglés, francés y portugués) | Asociación Americana de Salud Pública
13.ª edición. |
| Cairncross S.
Feachem R.
(1983) | <u>Environmental Health Engineering in the Tropics: An Introductory Text</u>
Introducción a los principios y prácticas de salud en un medio ambiente tropical; contiene muchas ilustraciones. | Wiley, John |
| Centers for disease Control (1983)
1.ª Edición | <u>Assessment and Surveillance of Health Problems: Refugee Populations</u>
Escrito en principio para los epidemiólogos de los Centros para el Control de las Enfermedades, constituye una guía útil para el personal sanitario en general, para los especialistas en nutrición y los trabajadores de salud ambiental. | US Public Health Service |
| International Disaster Institute | <u>Disasters Volume 5 N.º 3</u>
<u>Medical Care in Refugee Camps</u>
Cubre una amplia variedad de temas de salud pública | IDI |
| King M & F
Martodipoero S.
(1981) | <u>Primary Child Care</u>
<u>Book One: A Manual for health workers</u>
Una guía completa sobre la atención sanitaria a los niños, en lenguaje sencillo y con numerosas ilustraciones.
<u>Book Two: A Guide for the Community Leader, Manager and Teacher</u> | Oxford University Press/OMS |
| OPS (OMS)
(1981) | <u>Administración sanitaria de emergencia con posterioridad a los desastres naturales</u>
Guía para los responsables de la adopción de decisiones y para los administradores principales, que contiene gran cantidad de material aplicable a las situaciones de emergencia con refugiados.
(Publicado también en inglés) | Publicación científica de la OPS
N.º 407 |

1/ Véanse también la bibliografía que figura al final de los capítulos 8, 9 y 10, de la que sólo algunos títulos se repiten aquí.

<p>OPS (OMS) (1982) (Western K.A.)</p>	<p><u>Vigilancia epidemiológica con posterioridad a los desastres naturales</u> También aplicable a situaciones de emergencia de refugiados. (Publicado también en inglés)</p>	<p>Publicación científica de la OPS N.º 420</p>
<p>OPS (OMS) (1982)</p>	<p><u>Salud ambiental con posterioridad a los desastres naturales</u> Relacionado también con las situaciones de emergencia con refugiados, en particular con las medidas inmediatas, que hay que tomar en los asentamientos provisionales en los que es inevitable una elevada densidad de población. (Publicado también en inglés)</p>	<p>Publicación científica de la OPS N.º 430</p>
<p>OPS/OMS (1983)</p>	<p>Suministros médicos con posterioridad a los desastres naturales</p>	<p>Publicación científica de la OPS N.º 438</p>
<p>Simmonds S. Vaughan P. Gunn S W. (1983)</p>	<p><u>Refugee Community Health Care</u> Guía completa para la planificación, administración y prestación de servicios sanitarios a los refugiados.</p>	<p>Oxford University Press</p>
<p>Simmonds S. Gabaudan M. (1982)</p>	<p><u>Refugee Camp Health Care Selected Annotated References</u> Complemento del anterior.</p>	<p>Publicación N.º 14 de Ross Institute</p>
<p>Ministerio Somalí de Salud, Servicio de Salud de los Refugiados (1982)</p>	<p><u>Guidelines for Health Care</u> Un buen ejemplo de directrices del tipo indicado en el punto 7.2.18.</p>	<p>Tercera edición, editada en forma de folleto por Oxfam</p>
<p>Werner D. (1980)</p>	<p><u>Donde no hay doctor</u> Un manual muy práctico de salud rural con numerosas ilustraciones. (Publicado también en inglés, jmer y portugués)</p>	<p>Macmillan</p>
<p>Naciones Unidas (1977)</p>	<p><u>Guía para las operaciones de socorro con víveres y medidas de protección de la salud en casos de desastre.</u> (Publicado también en francés e inglés)</p>	<p>Grupo Asesor del Sistema de las Naciones Unidas sobre proteínas y calorías</p>
<p>de Ville de Goyet C. Seaman J Geijer U. (1978)</p>	<p><u>El manejo de las emergencias nutricionales en grandes poblaciones</u> Obra esencial. (Publicado también en francés e inglés)</p>	<p>OMS</p>

OMS (1982)	<u>Prevención y tratamiento de la carencia de vitamina A y de la xeroftalmia</u> (Publicado también en árabe, francés e inglés)	Serie de Informes Técnicos de la OMS N.º 672
OMS (1982)	<u>The Emergency Health Kit</u> Listas de medicamentos y suministros básicos que muy probablemente se necesitarán en cualquier situación de emergencia con refugiados. Incluye las cantidades necesarias para 10.000 personas durante 3 meses, y los posibles tratamientos normalizados. (Elaborado en colaboración con el ACNUR)	OMS
OMS (1980)	<u>Manual para el tratamiento de la diarrea aguda</u> (Publicado también en francés e inglés)	OMS/CDD/SER. 80.2
OMS (1979)	<u>La selección de medicamentos esenciales</u> Segundo informe de un Comité de Expertos de la OMS Tercer informe previsto para 1983. (Publicado también en francés e inglés)	Serie de Informes Técnicos N.º 641
OMS (1981)	<u>Tratamiento de la malnutrición proteino-energética grave</u> (Publicado también en francés e inglés)	OMS

Ejemplo de informe mensual normalizado para el control sanitario de los refugiados 1/

		Número de orden del informe
Centro de refugiados	Mes	Año
Nombre del responsable del informe		
1. <u>Número de refugiados</u>		
(1) Número total (hasta final del mes anterior)		+
(2) Llegadas (meses en curso)		+
(3) Nacimientos (mes en curso)		+
(4) Defunciones (mes en curso)		-
(5) Salidas (mes en curso)		-
(6) Total (hasta final del mes en curso)		=
2. <u>Número de miembros del personal sanitario que trabaja directamente con los refugiados 2/</u>		
(1) Médicos		
(2) Enfermeras		
(3) Comadronas		
(4) Higienistas		
(5) Especialistas en nutrición		
(6) Técnicos médicos		
(7) Agentes sanitarios comunitarios		
(8)		
(9)		
(10)		

1/ Se hará un informe separado por cada centro importante de refugiados. Se adjuntará además una copia de los informes mensuales correspondientes establecidos por las autoridades sanitarias nacionales.

2/ Añádanse otras categorías, si procede, por ejemplo trabajadores sanitarios tradicionales, dentistas, oftalmólogos, etc. Indíquese quiénes de ellos son refugiados.

3. Mortalidad

Posible causa/ categoría 3/	Edad					Total
	menos de 1 mes	1 - 11 meses	1 - 4 años	5 - 14 años	15 años o más	
Diarrea						
Sarampión						
Malaria						
Traumatismo/ accidente						
Neonatal						
Materna						
Total						

3/ Añádanse otras causas/categorías, si es necesario. El objetivo es catalogar las causas de muerte que pueden disminuir la eficacia de los programas de atención sanitaria.

4. Morbilidad

Número de casos individuales atendidos en la totalidad de los centros sanitarios con una de las siguientes enfermedades como afección principal. Anótese sólo la primera visita, es decir, el número de casos nuevos.

Síntoma/Enfermedad 4/	Número	%
1. Fiebre sin tos		
2. Fiebre con tos		
3. Fiebre con escalofríos		
4. Diarrea sin sangre		
5. Diarrea con sangre		
6. Sarampión		
7. Tosferina		
8. Infecciones de los ojos		
9. Enfermedades de la piel		
10. Enfermedades venéreas		
11. Malaria		
12. Problemas dentales		
13. Traumatismos-accidentes		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
Total		100%

5. Datos sobre programas de control de enfermedades infecciosas por ejemplo.

Tuberculosis

Número de pacientes en tratamiento (hasta el final del mes anterior)	+
Número de nuevos enfermos (mes en curso)	+
Número de enfermos dados de alta después de terminado el tratamiento (mes en curso)	-
Total de enfermos inscritos para recibir tratamiento (final del mes en curso)	=
de los cuales acuden regularmente	%

4/ Añádanse otras enfermedades específicas, por ejemplo esquistosomiasis (bilharziasis), si procede. La finalidad es controlar la eficacia de las medidas de salud pública.

6. Alimentación suplementaria

Categoría ⁵	N.º de inscri- tos (hasta el final del mes anterior)	Admitidos (mes en curso)	Datos de alta (mes en curso)	Total hasta el final del mes en curso	Porcentaje de personas atendidas
Desnutridos (menos del 80% peso estatura)					
Otros niños pequeños (menos de 115 cm de estatura)					
Mujeres embarazadas					
Mujeres lactantes					
Enfermos trasladados					

7

⁵ Añádanse otras categorías de grupos vulnerables, según proceda.

7 Alimentación terapéutica

Categoría	N.º de inscripciones (al final del mes anterior)	Mes en curso			Total (final de mes)
		Admisiones	Traslados a PAS/hospital	Salidas sin dar de alta	
Marasmo (sin edema)					
Edema					
Otras					
Total					

8 Observaciones: (evaluación rápida de la situación general, función de las agencias, exámenes, problemas particulares, medidas terapéuticas adoptadas o previstas, calendario, visitas domiciliarias del personal sanitario durante el mes, etc.).

Vacunación y vacunas

Posible programa de vacunación

<u>Vacuna 1/</u>	<u>Edad</u>
BCG	Al nacer
DTT 1. ^a dosis Polio 1. ^a dosis	De los 2 a los 3 meses
DTT 2. ^a dosis Polio 2. ^a dosis	4 semanas como mínimo después de la primera dosis
DTT 3. ^a dosis Polio 3. ^a dosis	4 semanas como mínimo después de la segunda dosis
Sarampión 2/	<u>Lo antes posible, después de los 9 meses</u>
DTT	Cuando el niño comience a ir a la escuela

Temperatura necesaria para la conservación de vacunas 3/

NIVEL TIEMPO MÁXIMO DE CONSERVACION	DEPOSITO CENTRAL hasta 8 meses	DEPOSITO REGIONAL hasta 3 meses	CENTRO SANITARIO hasta 1 mes	TRANSPORTE hasta 1 semana
SARAMPION 4 POLIO POR VIA ORAL 4	Congelación -15°C a -25°			
DTT 5 TOXOIDE TETANICO 5 BCG 4	+4°C a +8°C como máximo			

7

1/ La BCG protege la tuberculosis; la DTT, contra la difteria, la tosferina y el tétanos, la DT, contra la difteria y el tétanos

2/ El vacunar a los niños contra el sarampión es una cuestión prioritaria en una situación de emergencia. La vacuna puede administrarse al mismo tiempo que la DTT y la vacuna contra la polio.

3/ El tiempo de conservación que se indica es el plazo máximo. No debe olvidarse verificar las fechas de expiración. Las tarjetas que indican la fecha límite y la temperatura deben guardarse con las vacunas. Las tarjetas pueden pedirse por separado si no se entregan con las vacunas.

4/ Los virus vivos de las vacunas son sensibles a la luz del sol. Debe evitarse la exposición directa a la misma.

5/ No congelar nunca las vacunas DTT o antitetánicas (ambas se congelan a temperaturas inferiores a -3°C).