

FCM

Facultad de Ciencias Médicas



Escuela de Enfermería

Ciclo de Licenciatura en Enfermería

Sede FCM

Tesis

**Tema: “Conocimiento de
actuación del equipo de salud
ante una catástrofe”**

Autores:

-Morales, María Belén.

-Zingariello, Diego Fernando.

Mendoza 2014

Acta de Aprobación

Indice

Presidente: *[Firma]*

Vocal: *[Firma]*

Vocal: *[Firma]*

Título Aprobado: *[Firma]*

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

Acta de Aprobación

Tribunal examinador:

Presidente: Loic Reyes María Rosa

Vocal 1: Biog. Giani Marcos

Vocal 2:



Trabajo Aprobado el 16/12/2014

Resumen

Introducción: conocimiento de actuación del equipo de salud ante una catástrofe, debería ser un punto central en el personal actuante en un centro de atención de salud de las magnitudes y características del Hospital CENTRAL Mendoza. **Objetivo:** conocimiento en traslado urgente de pacientes, manejo de dispositivos de seguridad, vías de escape, caracterización del equipo de salud. **Diseño:** descriptivo- explicativo.

Resultado: n° 69 personas encuestadas en el mes de julio del año 2014, evaluando aspectos determinantes sobre catástrofe y conocimientos de actuación ante la misma. **Conclusión:** el mayor porcentaje del personal encuestado no posee los conocimientos de actuación necesarios para afrontar una catástrofe. La falta de capacitación es una de las causas y la falta de interés por parte del personal directivo de dicho centro, de que el personal reciba información y preparación, e incluso la falta de realización de simulacros colabora con la desinformación y poca práctica del personal que desempeña sus funciones en dicho centro.

Palabras Claves: catástrofe, simulacros, conocimientos de actuación, equipo de salud, dispositivos de emergencia, servicio cerrado.

Agradecimientos

Quiero agradecer a nuestros profesores que nos guiaron durante estos dos años, que nos brindaron sus conocimientos, ayuda y sobre todo paciencia.

También quiero agradecer a mi familia, en especial a mi madre, tía y hermana, que me acompañaron en todo momento de esta carrera, que me ayudaron y me dieron fuerza en todo momento para seguir adelante. A mi compañero de tesis a todos nuestros compañeros de servicio y trabajo por colaborar y ayudar en todo momento durante nuestra investigación.

Gracias a todos por hacer posible haber llegado a esta etapa tan importante para mí y para mi carrera.

María Belén Morales.

Mi agradecimiento está dirigido a todo mi entorno humano que son los directamente responsables de que todo esto haya sido posible, especialmente a mi familia, esposa e hija que son mi fuente de inspiración y fortaleza.....

Diego Fernando Zingariello.

Prólogo

El presente trabajo tiene como objetivos analizar los niveles de conocimiento acerca del accionar en situaciones de catástrofe del personal del servicio de terapia intensiva del Hospital Central, como así también presentar datos que den una comprensión global de la situación real de ese servicio. Además se profundizará en la caracterización del personal de la Unidad de Terapia Intensiva, los simulacros realizados allí, como así también su estructura edilicia y su correspondiente mobiliario. A través del análisis de encuestas al personal, leyes relacionadas con el actuar en situaciones de catástrofe pretendemos brindar datos que ayuden a la toma de decisiones para mejorar el servicio existente y preparar los distintos agentes para actuar en situaciones de catástrofe.

Índice General

| Nº | Contenido | Pág. |
|-------------------|--|------|
| Capítulo I | | |
| 1..... | Descripción del problema..... | 2 |
| 1.1..... | Formulación del problema..... | 3 |
| 1.2..... | Justificación del problema..... | 4 |
| 1.3..... | Objetivo General..... | 5 |
| 1.4..... | Objetivos Específicos..... | 5 |
| 1.5..... | Marco Teórico..... | 6 |
| 1.5.1..... | Estamos preparados para una catástrofe?..... | 6 |
| 1.5.2..... | Evacuación en Hospitales..... | 8 |
| 1.5.2.1..... | Actuaciones Anteriores a la Emergencia..... | 9 |
| 1.5.2.2..... | Formación Teórica y Práctica..... | 11 |
| 1.5.2.3..... | Actuaciones posteriores a la emergencia..... | 12 |
| 1.5.3..... | Terminología y Conceptos..... | 12 |
| 1.5.4..... | Comité Hospitalario para Emergencias..... | 19 |
| 1.5.4.1..... | Responsabilidades del C. H. E..... | 19 |
| 1.5.4.2..... | Coordinador de Emergencias Hospitalarias..... | 20 |
| 1.5.4.2.1..... | Características del Coordinador..... | 20 |
| 1.5.4.2.2..... | Requisitos del coordinador..... | 20 |
| 1.5.4.2.3..... | Responsabilidades del coordinador..... | 21 |
| 1.5.5..... | Brigada para emergencias..... | 21 |
| 1.5.5.1..... | Funciones de los brigadistas frente a la evacuación..... | 22 |
| 1.5.5.1.1..... | Antes de la emergencia..... | 23 |
| 1.5.5.1.2..... | Funciones durante la evacuación..... | 23 |

| | | |
|----------------|--|----|
| 1.5.5.1.3..... | Después de la evacuación..... | 23 |
| 1.5.6..... | Activación del Plan Hospitalario para Emergencias..... | 24 |
| 1.5.6.1..... | Alerta..... | 24 |
| 1.5.6.2..... | Organización del personal y distribución de las Áreas..... | 25 |
| 1.5.6.3..... | Triage..... | 25 |
| 1.5.7..... | Simulacros..... | 26 |
| 1.5.7.1..... | Crónica de un día agitado..... | 30 |
| 1.5.8..... | Protocolo..... | 34 |
| 1.5.8.1..... | Objetivos del plan de emergencia..... | 38 |
| 1.5.8.2..... | Alcances..... | 38 |
| 1.5.8.3..... | Responsable..... | 38 |
| 1.5.8.4..... | Aspectos Generales..... | 38 |
| 1.5.9..... | Emergencias Extrahospitalarias..... | 39 |
| 1.5.9.1..... | Misión General..... | 39 |
| 1.5.10..... | Emergencias Intrahospitalarias..... | 40 |
| 1.5.10.1..... | Algunas medidas a tomar..... | 40 |
| 1.5.11..... | Servicios..... | 40 |
| 1.5.12..... | Objetivo del Plan..... | 41 |
| 1.5.13..... | Tipos de Alarma..... | 42 |
| 1.5.14..... | Áreas físicas..... | 43 |
| 1.5.15..... | Guías de tarea por servicio..... | 44 |
| 1.5.16..... | Requisitos del Plan..... | 45 |
| 1.5.17..... | Manejo de dispositivos de emergencia..... | 46 |

Capítulo II

| | |
|-----------------------------|----|
| 2. Diseño Metodológico..... | 52 |
|-----------------------------|----|

| | |
|--|----|
| 2.1. Tipo de investigación..... | 52 |
| 2.2. Área de estudio..... | 52 |
| 2.2.1. Universo..... | 52 |
| 2.2.2. Muestra..... | 52 |
| 2.3. Métodos y Técnicas de Recolección..... | 52 |
| 2.4. Codificación del nivel de instrucción y/o capacitación específica de las personas en estudio..... | 53 |
| 2.5. Codificación de la caracterización de los integrantes del equipo de salud..... | 54 |

Capítulo III

| | |
|---------------------------|----|
| 3. Tablas y Gráficos..... | 56 |
| 3.1. Tabla N°1..... | 56 |
| 3.1.1. Gráfico N°1..... | 56 |
| 3.2. Tabla N°2..... | 57 |
| 3.2.1. Gráfico N°2..... | 57 |
| 3.3. Tabla N°3..... | 59 |
| 3.3.1. Gráfico N°3..... | 59 |
| 3.4. Tabla N° 4..... | 60 |
| 3.4.1. Gráfico N°4..... | 60 |
| 3.5. Tabla N°5..... | 61 |
| 3.5.1. Gráfico N°5..... | 61 |
| 3.6. Tabla N°6..... | 62 |
| 3.6.1. Gráfico N°6..... | 62 |
| 3.7. Tabla N°7..... | 63 |
| 3.7.1. Gráfico N°7..... | 63 |

| | |
|--|----|
| 3.8. Tabla N°8..... | 64 |
| 3.8.1. Gráfico N°8..... | 64 |
| 3.9. Tabla N°9..... | 65 |
| 3.9.1. Gráfico N°9..... | 65 |
| 3.10. Tabla N°10..... | 66 |
| 3.10.1. Gráfico N°10..... | 66 |
| 3.11. Tabla N°11..... | 67 |
| 3.11.1. Gráfico N°11..... | 67 |
| 3.12. Tabla N°12..... | 68 |
| 3.12.1. Gráfico N°12..... | 68 |
| 3.13. Tabla N°13..... | 69 |
| 3.13. Gráfico N°13..... | 69 |
| 3.14. Tabla N°14..... | 70 |
| 3.14.1. Gráfico N°14..... | 70 |
| 3.15. Tabla N°15..... | 71 |
| 3.15.1. Gráfico N°15..... | 71 |
| 3.16. Tabla N°16..... | 73 |
| 3.16.1. Gráfico N°16..... | 73 |
| 4. Conclusión General..... | 75 |
| 5. Resultado y discusión de variables..... | 78 |
| 6. Propuestas..... | 79 |
| 6.1.Propuesta..... | 79 |

| | |
|------------------------|----|
| 6.2. Comunicación..... | 79 |
| 6.3. Simulacros..... | 80 |
| 7. Bibliografía..... | 81 |

Anexos

| | |
|---|----|
| 8. Encuesta del servicio de terapia intensiva del hospital central..... | 83 |
| 8.1. Tabla Matriz de Datos..... | 86 |

CAPITULO I

El presente trabajo se realizó para abordar los criterios de selección del equipo de salud ante una catástrofe en la Unidad de Trauma Intensivo del Hospital Central.

Se trata de caracterizar el equipo de salud que se requiere para las funciones de este servicio. Se describen las formas que son fundamentales para abordar las situaciones de emergencia que se presentan antes, durante y después de un suceso. Se describen también los roles y responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo y se hace un análisis de las necesidades de capacitación del personal.

La investigación se realizó en el Hospital Central de la Unidad de Trauma Intensivo y se realizó en el mes de mayo del 2010.

CAPITULO I

El presente capítulo tiene como objetivo describir el funcionamiento del equipo de salud de este servicio y el proceso de selección de los miembros del equipo. Se describen los roles y responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo y se hace un análisis de las necesidades de capacitación del personal.

Para el estudio se utilizó la técnica de la entrevista a una muestra de expertos con que se abordó el tema de las funciones que se desempeñan en el servicio de trauma y se describen los roles y responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo y se hace un análisis de las necesidades de capacitación del personal.

Introducción

El presente trabajo se realiza para abordar los criterios de actuación del equipo de salud ante una catástrofe en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Central.

Se tratara de caracterizar al equipo de salud que desarrolla sus funciones dentro de este servicio. Se desarrollaran temas que son fundamentales para abordar esta problemática, acciones que se deben realizar antes, durante y después de un siniestro. Se describirá quienes son los responsables, o sea, no solo en el establecimiento sino también a nivel provincial de coordinar estas situaciones.

La concentración será con el personal que trabaja día a día dentro del servicio, y que en caso de catástrofe serán los encargados de llevar a cabo una evacuación; si los mismos poseen los conocimientos necesarios para afrontar tal situación.

El objetivo será poder determinar el conocimiento propio de cada integrante del equipo de salud, y si tienen la practica necesaria en caso de siniestro. Determinar cuáles son los recursos con los que el servicio cuenta y si los profesionales conocen la ubicación y correcta utilización.

Poder determinar si la situación edilicia responde a una situación de catástrofe, con qué elementos cuenta, si las vías de escape que posee son adecuadas y si se encuentran habilitadas, como así también investigar si se realizan capacitación y simulaciones que mantengan actualizado y preparado al personal.

1. Descripción del problema.

El tema de selección ha sido el **“Conocimiento del equipo de Salud ante una catástrofe”**. El interés particular sobre este tema surge a partir del gran interrogante, de qué se hace si pasa algo catastrófico en un servicio de tales características: pacientes en ventilación mecánica, inestables hemodinámicamente, susceptibles a infecciones. En la experiencia de los investigadores, el Hospital Central, ubicado geográficamente entre avenida Alem y calle Salta de la capital de Mendoza Argentina, como primer referente sanitario de alta complejidad de la región cuyana, en los servicios de terapia intensiva de adultos y recuperación de cirugías cardiovasculares, ambos en condiciones de vulnerabilidad ante una situación extrema. Una característica general, y que genera un gran interrogante, es por qué siempre estos servicios están ubicados en pisos elevados, dada la complejidad de mover a estos pacientes, es buena pregunta saber por qué no son ubicados en planta baja y con fácil salida al exterior en caso de ser necesario... A esta característica se le suman, al menos según lo observado, el escaso control de dispositivos de emergencia como mata fuegos y mangueras para incendios, en el caso concreto del Hospital Central sus ascensores no admiten la posibilidad de transportar una cama en forma rápida además de estar frecuentemente rotos o fuera de funcionamiento, ni tampoco cuenta con escaleras de incendio, y para el servicio en si no hay un sistema abierto de comunicación inalámbrica (HT) en el caso de que no haya servicio telefónico u electricidad en el piso.

Con respecto al resto del personal, al momento de preguntar de qué harían en caso de una catástrofe, el momento de reflexión es prolongado..... Algunos dicen que realmente no saben lo que harían, otros que si las características del evento alcanzan magnitudes de generalidad extrema, concretamente sismos importantes, lo primero es la seguridad propia y de su familia, otros primero piensan en desvincularse de la responsabilidad, como que el edificio no está preparado para tales circunstancias y alguien debe ser el responsable no ellos, obviamente se desempolva una cuestión de ética.

También surgieron pensamientos disparatados con fundamentos cinematográficos y lejanos a la realidad, como también aquellos que con un pensamiento más centrado dijeron nunca nos hicimos esta pregunta y definitivamente deberíamos pensar y protocolizar tal situación. A tal efecto, con respecto a esto último se suma otra característica, no hay protocolos con respecto a este tipo de desastre, o al menos que hayan sido difundido y bien sabidos, y que el personal no tiene una idea concreta de cómo actuar en estas circunstancias aquí y ahora en el mes de abril del año 2014.

En este punto, se ve un buen tema de investigación, al parecer no muy desarrollado dado el testimonio del personal directamente implicado en este tipo de responsabilidad. Se indagará a nivel institucional, gubernamental y legislativo sobre este aspecto....

En la Unidad de terapia intensiva (U.T.I.) del Hospital Central, que es el punto central de investigación, se sabría que es un servicio de alta complejidad para la atención de pacientes críticos con veinte camas subdivididas en cuatro sectores o salas de atención: alta complejidad, media complejidad, cuidados intermedios y de aislamiento. Esta es una institución subsidiada por el ministerio de salud del gobierno de Mendoza, cuyo costo por cama, según publicaciones mediáticas ronda los dos mil quinientos pesos argentinos diarios del presupuesto anual que se destina a salud, presupuesto que ya supera las cifras billonarias en este año 2014, y cuya demanda abarca toda la región cuyana y en algunos casos un poco más dado que es el único hospital que posee neurocirugía de urgencia con guardia de 24 horas.

1.1 Formulación del problema

¿El equipo interdisciplinario de salud del servicio de U.T.I. del Hospital Central, posee conocimientos que permitan un actuar eficiente ante una catástrofe, en Mendoza año 2014?

1.2 Justificación del problema

Exploraremos los mecanismos subyacentes que ocasionan la falta de instrucción y recursos para el equipo interdisciplinario de salud, ya que la inadecuada condición ya sea estructural o la preparación humana en caso de catástrofe, generaría aún más daño. Es decir, si un edificio de las características descritas anteriormente no responde adecuadamente a dicha eventualidad, puede provocar más dificultades. Es lógico que ante dicho suceso un profesional no capacitado ante este tipo de situaciones, pueda complejizar aún más las consecuencias de una catástrofe interna o de naturaleza externa.

El equipo de salud será el encargado en caso de siniestro de la evacuación y de la atención de pacientes, razón por la cual se debe evaluar el nivel de conocimientos propios y de la comunicación del equipo, para coordinar un accionar eficaz, utilizando los recursos disponibles; optimizando los mismos y logrando que cada profesional que participe de esta situación conozca y maneje de manera óptima todos los equipos y elementos que serán necesarios.

Determinar qué tipo de comunicación existe entre el equipo de salud será fundamental para determinar si hay una buena comunicación y coordinación entre pares; para reducir al mínimo las complicaciones que una situación de tal envergadura puede generar.

La falta y escasa capacitación hacia los profesionales sobre el accionar en caso de siniestro; puede llevar a un incorrecto o inadecuado procedimiento y aumentar el margen de mortalidad, tanto del personal profesional como de los civiles internados imposibilitados de movilización propia. Es aquí donde se cree fundamental la importancia de la preparación humana, y una estructura edilicia adecuada para responder a estas posibles situaciones que permitan una rápida evacuación y evitar o minimizar saldos lamentables.

1.3 Objetivo general

Determinar el grado de conocimiento sobre actuación en catástrofes, que poseen los integrantes del equipo de salud, en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Central de Mendoza.

1.4 Objetivos específicos

1. Identificar el tipo de conocimiento sobre:

- Traslado urgente de pacientes críticos.
- Manejo de dispositivos de seguridad y emergencia.
- Vías de escape y señalización.

2. Evaluar el nivel de instrucción y capacitación específico de las personas en estudio.

3. Caracterizar a los integrantes del equipo de salud.

1.5 Marco Teórico.

1.5.1 ¿Estamos preparados para una catástrofe?

Una catástrofe o desastre es aquella situación que supera la capacidad local de respuesta, generando un número significativo de víctimas, y pudiendo dañar además infraestructuras ya existentes. En los últimos años, existe un creciente interés hacia el tema de las catástrofes, no sólo por parte de las instituciones públicas, sino también por parte de los profesionales sanitarios.

Las catástrofes pueden clasificarse de distintas formas: según su origen, pueden ser catástrofes naturales (terremotos, inundaciones, tornados, etc.), o bien catástrofes producidas por el hombre (incendios, actos de terrorismo, accidentes, etc.). También pueden clasificarse, según su lugar de origen, en extra hospitalarias (las que se originan fuera del recinto hospitalario) y en intra hospitalarias (las de origen dentro del propio recinto).

Una respuesta adecuada a una catástrofe requiere una coordinación entre el personal de diferentes instituciones (bomberos, servicios de emergencias médicas extra hospitalarios, hospitalarios, etc.), que deben actuar siguiendo un plan de catástrofes estructurado. Es por tanto esencial para los centros sanitarios tener planes de actuación previamente elaborados y consensuados, para actuar así de forma rápida y eficaz ante una situación de catástrofe.

Los investigadores diseñan la presente investigación con el objetivo general de conocer si los servicios de alta complejidad especialmente la Unidad de Terapia Intensiva (U.T.I.) del Hospital Central de Mendoza, tienen planes de actuación elaborados ante una catástrofe y con los objetivos específicos de conocer las características de estos planes y de saber si tienen en cuenta las peculiaridades y necesidades especiales de los pacientes de U.T.I., críticos.

La población crítica de estos servicios es más vulnerable que la población general del hospital ante una catástrofe (por sus peculiaridades de

inmovilización), y además precisa de material y medicación apropiada y de personal sanitario entrenado en la atención urgente a pacientes críticos.

A pesar de que la literatura publicada hasta el momento no establece una frecuencia de revisión determinada de estos planes, los investigadores creen que los planes deberían ser revisados y actualizados con una frecuencia de al menos cada dos años, dado que los recursos humanos y materiales de los centros hospitalarios en general, y de los servicios de alta complejidad en particular, pueden cambiar considerablemente en poco tiempo.

Otro aspecto fundamental es la difusión del contenido de los planes: no solo es importante que los servicios de alta complejidad tengan planes de actuación elaborados y actualizados, sino que para que estos planes funcionen correctamente es absolutamente necesario que todos los actores del plan (médicos, enfermeros, administrativos, técnicos, etc.) conozcan su contenido. Tener un plan por escrito no significa estar preparado para afrontar una situación catastrófica y puede generar incluso la falsa creencia de estar preparado y no estarlo.

Por todo ello, es fundamental realizar simulacros regularmente y poner así en práctica los algoritmos del plan, las secuencias de mando, comprobar el material.....Según la Academia Americana de Pediatría, en su artículo sobre estudio multicentrico español, "los centros hospitalarios deberían realizar simulacros de los planes de catástrofes externas al menos cada dos años y de los planes de evacuación del hospital al menos una vez al año".

Es pues lógico que la mayoría de los responsables se sientan poco preparados para afrontar una catástrofe. Es difícil evaluar de forma objetiva el grado de preparación del hospital para afrontar una catástrofe ya que no existe ningún método validado hasta el momento para este fin.

La mayoría estudios publicados se basan en encuestas a los responsables de los servicios de alta complejidad y al personal sanitario; en los últimos años se han publicado algunos estudios que evalúan la preparación ante una catástrofe mediante la observación directa y la grabación de video de los simulacros. Por otra parte, se ha demostrado que la percepción personal de

estar preparado para afrontar una situación de catástrofe se correlaciona con las otras de entrenamiento realizadas para reconocer, tratar y manejar las víctimas de un desastre.

Es por tanto, necesario desde la visión de los investigadores que los responsables de los servicios de alta complejidad tomen consciencia de la importancia de estar correctamente preparados para afrontar una eventual catástrofe, situación afortunadamente poco frecuente en nuestro medio, pero de consecuencias extremadamente graves. Esto significa no solo tener planes por escrito, sino que estos planes deben ser revisados y actualizados regularmente, y deben ser conocidos y ensayados por el personal sanitario.

1.5.2 Evacuación en Hospitales.

El ser humano, por naturaleza, tiende a ser reactivo, tomando una serie de acciones en base a un hecho consumado. Pero la verdadera efectividad se encuentra en la PROACTIVIDAD. El término proactividad procede del latín, está compuesto por dos palabras (<<pro>>, raíz latina: pro-, que significa “antes de”, y <<actividad>>, que significa “facultad de obrar” diligencia, eficacia”). Proactividad es una actitud en la que el sujeto asume el pleno control de su conducta vital de modo activo, lo que implica la toma de iniciativa en el desarrollo de acciones creativas y audaces para generar mejoras, haciendo prevalecer la libertad de elección sobre las circunstancias de la vida.

A lo largo de la historia se han tomado medidas preventivas en las emergencias.

Una de las primeras medidas preventivas en emergencia tuvo lugar en el año 872 en Oxford Inglaterra. Las autoridades del lugar ordenaron que se hiciese sonar una campana como toque de queda al final del día para recordar a los ciudadanos que apagasen todos los fuegos.

El responsable del hospital en caso de emergencia debe tener esta misma filosofía en su trabajo habitual.

Cuando el máximo responsable tiene que plantearse la pregunta **¿Evacuamos el hospital?** Suele ser una respuesta reactiva, ya tenemos un

problema y hay que reaccionar de forma rápida. Pero la cuestión es mucho más amplia, ¿hemos hecho nuestros deberes antes de la emergencia?

La esencia de una buena respuesta a una emergencia consiste en “programar” soluciones a todos los escenarios posibles dejando poco o nada a “las casualidades de la vida” o “al destino”.

Entonces, los tres tipos de actuación ANTES, DURANTE Y POSTERIOR deben de estar programadas ANTES de tener la EMERGENCIA DECLARADA.

1.5.2.1 Actuaciones Anteriores a la Emergencia.

En España. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (31/1995 de 8 de noviembre) nos indica en el art. 15 Principios de la acción preventiva, el empresario aplicará las medidas que integran el deber general y prevención.....con arreglo a los siguientes principios generales:

Evitar los riesgos.

Evaluar los riesgos que no se pueden evitar.

Combatir los riesgos en su origen.

Adaptar el trabajo a las personas, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.

Tener en cuenta la evolución de la técnica.

Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.

Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.

Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.

Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

En el art. 20 Medidas de emergencia se indica:

El empresario, teniendo en cuenta el tamaño y la actividad de la empresa, así como la posible presencia de personas ajenas a la misma, deberá analizar las posibles situaciones de emergencia y adoptar las medidas necesarias en materia de primeros auxilios, lucha contra incendios y evacuación de los trabajadores, designando para ello el personal encargado de poner en práctica estas medidas y comprobando periódicamente, es su caso, su correcto funcionamiento. El citado personal deberá poseer la formación necesaria, ser suficiente en número y disponer del material adecuado, en función de las circunstancias antes señaladas. Para la aplicación de las medidas adoptadas, el empresario deberá organizar las relaciones que sean necesarias con servicios externos a la empresa, en particular en materia de primeros auxilios, asistencia médica de urgencia, salvamento y lucha contra incendios, de forma que quede garantizada la rapidez y eficacia de las mismas.

Y en el art. 19 Formación de los trabajadores:

“En cumplimiento del deber de protección, el empresario deberá garantizar que cada trabajador reciba una formación teórica y práctica, suficiente y adecuada, en materia preventiva, tanto en el momento de su contratación, cualquiera sea la modalidad o duración de ésta, como cuando se produzcan cambios en las funciones que desempeñe o se introduzcan nuevas tecnologías o cambios en los equipos de trabajo. La formación deberá estar centrada específicamente en el puesto de trabajo o función de cada trabajador, adaptarse a la evolución de los riesgos y a la aparición de otros nuevos y repetirse periódicamente, si fuera necesario”.

Tomando como base los tres artículos de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, sin olvidar el resto de apartados, podríamos resumir que nuestras actuaciones deberán ir encaminadas a: Evitar los riesgos, evaluarlos cuando no se puedan evitar (así seremos concedores de nuestros riesgos y podremos tomar las medidas preventivas adecuadas, en esta evaluación se encuentra el análisis de las posibles situaciones de emergencia y la adopción de medidas), combatiremos los riesgos en su origen, tendremos en cuenta la evolución de la técnica, sustituiremos lo peligroso por lo que entrañe poco o

ningún riesgo, antepondremos la protección colectiva a la individual, daremos instrucciones a los trabajadores y a todo el personal que se encuentre en nuestro Hospital y realizaremos una formación TEÓRICA Y PRÁCTICA de nuestros trabajadores.

1.5.2.2.2 Formación Teórica y Práctica:

La formación del personal del HOSPITAL en primeros auxilios, lucha contra incendios y evacuación resulta BÁSICA ya que cumple una triple función:

Los trabajadores serán conocedores de los medios, procedimientos y actuaciones en los casos más importantes de las emergencias que ya se han evaluado. Al conocer las implicaciones que puede tener una emergencia son más "cuidadosos" con todas las actuaciones habituales y extreman sus medidas. Por ejemplo, cuando se forma un trabajador de mantenimiento, en extinción de incendios como equipo de segunda intervención ha visto y sufrido en su propio cuerpo el problema de un incendio y sus efectos por lo tanto, cuando efectúa algún trabajo de riesgo solicita unos medios, protocolos y revisa su entorno para no producir un fuego. La formación recibida no se "borra" al salir del trabajo por lo tanto el trabajador se lleva los conocimientos adquiridos y los puede poner en práctica en su casa, en la carretera o en cualquier lugar. Por ejemplo, un trabajador en primeros auxilios es un rescatador con conocimientos que está en la calle y puede aplicarlos en cualquier momento. Esto es lo que se conoce como R.S.P. (Responsabilidad Social Corporativa) y Difusión de la Cultura Preventiva. La formación en los tres aspectos básicos (Primeros auxilios, incendios y evacuación) debe ser nuestra primera opción ya que un personal con falta o mala formación puede producir un problema, inhabilitar un medio de protección o producir una catástrofe. Como ejemplo se puede decir que una persona sin formación puede colocar una cuña en una puerta de emergencia o de protección contra incendios y así no permitir la actuación del más moderno y caro sistema de seguridad.

1.5.2.3 Actuaciones posteriores a la emergencia.

Este es el momento de verificar los resultados obtenidos durante la emergencia respecto a lo esperado y finalmente deberemos determinar las medidas correctoras necesarias a aplicar en el punto inicial de nuestro desarrollo LAS ACTUACIONES PREVIAS A UNA EMERGENCIA.

Como punto destacado en este apartado sería necesario incidir en tener un plan de Recuperación de Desastres para intentar volver a la normalidad con la máxima rapidez posible.

1.5.3 Terminología y Conceptos comunes en la gestión del riesgo, la prevención y atención de desastres.

En el ámbito de las emergencias y los desastres, es necesario manejar terminología y criterios unificados, en torno a los conceptos básicos utilizados en la Gestión del Riesgo, como son:

Desastre: alteración en forma súbita a las personas, su medio ambiente o sus bienes causado por factores externos de origen antrópico o natural que demandan la inmediata acción de las autoridades a fin de mitigar los efectos adversos de estos sobre la salud de las personas. Excede la capacidad de respuesta y demanda ayuda externa de origen nacional o internacional.

Emergencia: alteración en forma súbita de las personas, el medio ambiente que lo rodea o sus bienes por causas naturales o antrópicas, y que demandan la inmediata acción de las autoridades a fin de mitigar los efectos adversos de estos sobre la salud de las personas. Se caracteriza por no exceder la capacidad de respuesta.

Amenaza: Representa un peligro latente asociado con un fenómeno físico de origen natural o antrópico que puede presentarse en un sitio específico y en un

tiempo determinado, afectando la salud de la población sus bienes y/o el medio ambiente.

Vulnerabilidad: predisposición intrínseca de un sujeto o elemento a sufrir daño debido a posibles acciones externas. Las instituciones de salud deben considerar la evaluación de las condiciones e vulnerabilidad en los siguientes aspectos:

- a. **Vulnerabilidad estructural:** Hace referencia a los componentes del edificio que tienen por objeto mantener en pie el hospital durante el impacto de un sismo u otro evento. Se debe ajustar a las exigencias de la NSR-98.
- b. **Vulnerabilidad No estructural:** Hace referencia a las partes del equipo que consolidan la estructura arquitectónica como paredes, techos. Se debe realizar el diagnóstico de los elementos no estructurales tales como: mampostería, cielo raso, equipos médicos, redes de líneas vitales (agua, energía eléctrica, gas, teléfonos) red de gases medicinales, hidráulicas, vías de acceso entre otros. Referido especialmente a los títulos J y K de la NSR en la cual se mencionan los requerimientos de prevención y control de incendios y condiciones de seguridad entre otras.
- c. **Vulnerabilidad Funcional:** Hace referencia a las condiciones de organización y capacitación tanto individual como institucional, la existencia de brigadas de emergencia y recursos disponibles para la atención de los eventos adversos.
- d. **Índices de Vulnerabilidad:** Mediante el registro de las amenazas y sus posibles consecuencias se puede lograr priorizar de una manera objetiva el grado de riesgo que genera cada una para la institución y de esta manera planear medidas efectivas de mitigación.

Los siguientes son algunos factores que influyen en la vulnerabilidad hospitalaria:

- A. **Complejidad:** Los establecimientos de salud son edificios complejos que cumplen con diferentes funciones internas, entre ellas,

hospitalización, zonas de oficina, áreas de procedimientos como el laboratorio clínico o los servicios de radiología, cocina, almacén, calderas, u otros.

- B. Ocupación:** Los hospitales son edificios con un alto índice d ocupación, pues las 24 horas del día alojan pacientes que requieren ayuda y cuidado especializado en forma continua (soporte de vida) que están rodeados de equipamiento especializado y utilizan diferentes insumos, entre los que se encuentran gases potencialmente peligrosos.
- C. Instalaciones o servicios básicos:** Ninguna institución depende tanto de los servicios públicos en líneas vitales como los hospitales, sin electricidad, agua, gases, red de vapor, oxígeno, combustibles, recolección de basura, comunicaciones, etc., difícilmente pueden llegar a cumplir su verdadera razón de ser y principalmente cuando más se requieren, es decir, en casos de desastre.
- D. Materiales peligrosos:** Los productos químicos y materiales radiológicos existentes en un hospital serán peligrosos por su toxicidad, si se derraman o liberan, tanto en forma líquida como gaseosa; pueden iniciarse explosiones o incendios por acción de químicos, escapes de gases o exposición a materiales usados en el laboratorio clínico.
- E. Equipamiento:** La ubicación de equipos médicos y otro tipo de elementos o mobiliario en diferentes lugares pueden representar algún grado de amenaza.

Resiliencia: referido como la capacidad de un sistema, comunidad o sociedad potencialmente expuesta a riesgos o peligros para adaptarse, resistiendo o cambiando para alcanzar un nivel aceptable de funcionamiento y estructura; esto está determinado por el grado en que este sistema social es capaz de organizarse para incrementar su capacidad aprendiendo de los desastres anteriores, mejorando la protección hacia el futuro e implementan medidas de reducción de riesgos.

Riesgo: daño, destrucción o pérdida esperada obtenida de la relación de la probabilidad de ocurrencia de eventos peligrosos y de la vulnerabilidad de los elementos expuestos a tales amenazas. El riesgo está siempre en función del tiempo y el espacio.

Tipos de amenazas:

- a. **Amenazas de origen natural:** Las fuerzas de la naturaleza ocasionan múltiples desastres, debido a que sus mecanismos de origen son muy difíciles de neutralizar como ocurre con los terremotos, erupciones volcánicas y vientos fuertes; algunas como las inundaciones, sequías y deslizamientos pueden llegar a controlarse o atenuarse mediante obras civiles.
- b. **Amenazas Antrópicas:** Son ocasionadas por la intervención del hombre en la naturaleza y el desarrollo tecnológico; pueden ser originadas intencionalmente por el hombre, por imprevisión o por faltas de carácter técnico. Las amenazas antrópicas se pueden categorizar en:
 - Tecnológicas: Explosiones, incendios, accidentes de forestación, contaminación, colapsos estructurales, materiales peligrosos.
 - Socio-organizativas: Conflictos armados, terrorismo, diferencias raciales, desplazamiento forzado de la población, inseguridad, etc.

Tipos de emergencia hospitalaria

- a. **Emergencias externas:** Son las generadas ya sea por amenazas antrópicas o naturales que afectan la comunidad y que demandan la intervención oportuna y eficaz de las instituciones de salud, con el fin de disminuir su impacto y sus consecuencias a mediano y corto plazo.
- b. **Emergencias Internas:** Son generadas por amenazas antrópicas o naturales que dependiendo de la vulnerabilidad de la institución pueden ocasionar daños o pérdidas en la misma, los pacientes y/o el personal en turno. Dentro de los aspectos a considerar se debe tener en cuenta la vulnerabilidad estructural y no estructural de la institución, las condiciones biosanitarias y las condiciones de seguridad industrial.

Grados de compromiso de las emergencias

En concordancia con la magnitud del desastre, se definen los niveles de preparación que irán desde la autosuficiencia, hasta la solicitud de ayuda externa, así:

Nivel I: Es necesario convocar todos los recursos del hospital para atender eficazmente la situación.

Nivel II: Es necesario convocar todos los recursos del hospital para atender eficazmente la situación.

Nivel III: Se sobrepasa la capacidad hospitalaria, y es necesario solicitar apoyo externo.

Fases y etapas de los eventos adversos

El manejo de los eventos adversos se estudia como una secuencia cíclica de etapas que se relacionan entre sí, y que se pueden agrupar a su vez en tres fases: antes, durante y después.

- **Antes:** Prevención, Mitigación, Preparación y Alerta o Alarma.
- **Durante:** Respuesta.
- **Después:** Rehabilitación, Reconstrucción.

Las siguientes son algunas definiciones relacionadas con el contexto de los Planes Hospitalarios para Emergencias, tomadas como referencia del Manual de Planeamiento Hospitalario para Desastres preparado por parte de OPS/OMS.

EN EL ANTES:

Prevención: Conjunto de acciones para evitar o impedir la ocurrencia de daños a consecuencia de un evento adverso, para lo cual se debe intervenir la amenaza, la vulnerabilidad o ambas, hasta eliminar el riesgo. La prevención es posible en algunos casos, dependiendo del riesgo específico.

Mitigación: Conjunto de acciones para reducir el riesgo. En este caso, el objetivo es minimizar los daños, para lo cual es necesario intervenir uno o los dos factores de riesgo, es decir, disminuir la vulnerabilidad o intervenir directamente la amenaza. Algunos ejemplos de mitigación son: la construcción sismo resistente o el reforzamiento de las estructuras, el reemplazo de equipos, redes e instalaciones deterioradas, así como el mantenimiento adecuado de las líneas vitales del hospital, entre ellas el suministro de agua, energía, gases medicinales y comunicaciones. La mitigación no elimina completamente el riesgo, por lo que es probable la ocurrencia de daños siendo necesario complementarla con sesiones de preparación.

Preparación: Conjunto de medidas y acciones para reducir al máximo la pérdida de vidas humanas y otros daños organizando oportuna y

adecuadamente la respuesta y la rehabilitación. En esta etapa se preparan todas las acciones que serán aplicadas en el “durante” y comprende la gestión de recursos, la formación y entrenamiento del talento humano, así como la planeación y organización para ejecutar las acciones. Son ejemplos de esto, la elaboración e implementación del Plan Hospitalario para Emergencias, el desarrollo de simulacros y simulaciones, la definición de una cadena de llamadas y el desarrollo de actividades de formación.

Alerta: Situación declarada para tomar acciones específicas debido a la probable y cercana ocurrencia de un evento adverso. La declaratoria de alerta debe ser inmediata, clara, coherente, accesible y adoptada formalmente al interior del hospital.

Alarma: Es la señal o aviso de la ocurrencia inminente de un evento adverso. Exige la respuesta inmediata de la institución para atender las necesidades de la población afectada. Las alarmas pueden ser audibles o visibles. Cada institución debe establecer el tipo de alarma más apropiada en función de los recursos disponibles, efectividad y fácil comprensión, cuidando que el talento humano la conozca y entienda su significado.

EN EL DURANTE:

Respuesta: Acciones llevadas a cabo durante la ocurrencia de un evento adverso. La respuesta se debe centrar en proteger a las personas, atender los daños a la salud y controlar la situación ante réplicas o sucesos secundarios. La principal herramienta con la que se cuenta en la respuesta es la aplicación del Plan Hospitalario para Emergencias previamente elaborado. La respuesta está íntimamente vinculada a la preparación: cuanto mayor sea el nivel de preparación de las instituciones de salud más eficiente y efectivo será su desempeño en la atención de una emergencia o desastre. Algunas de las acciones de respuesta son la protección en zonas externas de seguridad, búsqueda y rescate, primeros auxilios, atención de heridos y control del evento principal y de eventos secundarios.

EN EL DESPUES:

Rehabilitación: Restablecimiento rápido de los servicios básicos de la comunidad e inicio de la reparación del daño físico, social y económico. Esta etapa prioriza la reparación de los daños sobre aquellos servicios que son vitales para la comunidad. En el caso del hospital, en esta etapa se debe garantizar la disponibilidad inmediata de los recursos mínimos necesarios para prestar los servicios de salud requeridos. Tal es el caso de agua potable, gases medicinales, medicamentos e insumos médico-quirúrgicos y talento humano entre otros.

Reconstrucción: Proceso de reparación a mediano y largo plazo del daño físico, social y económico, a un nivel de protección superior al existente antes del evento. Esta etapa se convierte en una buena oportunidad para fortalecer la gestión del riesgo y hacer prevención, mitigación y preparación, cerrando de esta forma el ciclo de los desastres. En los hospitales, esta etapa implica la reparación definitiva de los daños causados por el evento adverso ocurrido, incluyendo el reforzamiento estructural, si es necesario. En caso de pérdida total de la infraestructura, esta etapa implica una construcción nueva acorde con las normas y estándares vigentes de sismo resistencia, sistemas contra incendios y diseño hospitalario.

1.5.4 Comité Hospitalario para Emergencias

El Comité Hospitalario para Emergencias, (CHE) es la instancia responsable de planear, dirigir, asesorar y coordinar las actividades hospitalarias relacionadas con los preparativos para desastres que se hayan formulado en el Hospital Central, promoviendo la participación de todos los funcionarios y personal de servicio, en las diferentes actividades de Preparación y Respuesta de posibles eventos adversos.

1.5.4.1 Responsabilidades del comité hospitalario de emergencia

Son responsabilidades del Comité Hospitalario para Emergencias (CHE) del Hospital Central:

- Velar por que se realice el análisis de las amenazas internas y externas, de la vulnerabilidad funcional en el contexto hospitalario.

- Verificar la señalización de las instalaciones internas y externas, para facilitar la identificación de las áreas, servicios, rutas de evacuación y en general la disposición funcional del hospital.
- Verificar las necesidades de insumos o suministros, estableciendo el período de autonomía del hospital con base en sus reservas de medicamentos, agua, combustible, equipos y alimentos.
- Determinar la capacidad del hospital para recibir y atender lesionados provenientes de la situación crítica.
- Proponer y supervisar que se realicen las acciones necesarias para reducir el riesgo y mitigar los efectos de probables emergencias internas o externas que puedan afectar al hospital.
- Proponer áreas externas e internas para expandir la capacidad de los servicios en caso de emergencia, en donde se vea afectada la comunidad cercana al hospital.
- Facilitar el enlace y coordinación del hospital, con el Comité Local de Emergencias y Secretaría de Salud del Distrito.
- Apoyar la consolidación del Plan Hospitalario para Emergencias (PHE) del hospital.
- Plantear alternativas para la disposición del personal de refuerzo por turnos y áreas críticas en caso de situaciones de emergencias tanto internas como externas del hospital.
- Verificar la disponibilidad de recursos del hospital y determinar la necesidad de solicitar apoyo externo si fuese el caso.
- Evaluar la cancelación de cirugías programadas, consulta externa y salida de pacientes dados de alta en observación.
- Coordinar la referencia y contra referencia de pacientes.
- Determinar la conveniencia y necesidad de enviar personal de salud al lugar del evento.
- Elaborar boletines de prensa con información acerca de pacientes hospitalizados, remitidos o ambulatorios atendidos por el hospital.
- Participar en labores de recuperación física, mental, social y ocupacional de la población afectada.
- Participar en la identificación de medidas de atención médica, saneamiento y vigilancia epidemiológica, en alojamientos temporales.

- Velar por la continuidad de los programas de atención primaria en salud.

1.5.4.2 Coordinador de Emergencias Hospitalarias.

Toda respuesta a situaciones de emergencia o desastre, independientemente de su magnitud y complejidad, debe tener un único responsable quien, llegado el momento, asume la dirección y coordinación de las acciones en el hospital.

El coordinador de emergencias puede apoyarse en otros funcionarios según sea la necesidad, para el desempeño de funciones que le son propias.

Se sugiere que esta responsabilidad sea asumida por la máxima autoridad presente en la institución al momento de la emergencia.

1.5.4.2.1 Características del Coordinador.

El perfil de la persona designada debe tener en cuenta su afinidad por el tema, su capacidad en la toma de decisiones, su reconocido liderazgo en el hospital, la capacidad de trabajar bajo presión, las buenas condiciones generales de salud y una condición física adecuada.

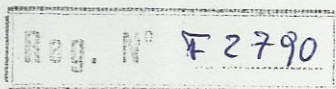
1.5.4.2.2 Requisitos del Coordinador.

Debe reunir además los siguientes requisitos:

- Tener conocimiento en el manejo de situaciones de emergencia o desastre.
- Conocer en detalle el Plan Hospitalario para Emergencias del Hospital.
- Conocer sobre las emergencias de posible ocurrencia.
- Conocer los recursos internos y externos necesarios para el control y atención de las emergencias.
- Conocer las instalaciones, sistemas y redes de servicio del hospital.
- Conocer el funcionamiento administrativo del hospital.

1.5.4.2.3 Responsabilidades del Coordinador.

- Mantener permanentemente comunicación con los diferentes grupos que atienden la emergencia.
- Impartir las instrucciones correspondientes a cada grupo.
- Autorizar el ingreso de grupos de apoyo siempre que sea necesario, dando aviso a la brigada para emergencias.



- Designar un responsable para el manejo de la información y las relaciones públicas.
- Activar el Plan Hospitalario para Emergencias, activando la cadena de llamadas que se haya acordado previamente.
- Informar a la red de salud local, sobre la emergencia ocurrida, estableciendo un canal de comunicación para proporcionar información o solicitar apoyo adicional.
- Si lo considera necesario convocará a sesión al Comité Hospitalario para Emergencias, para tomar las decisiones correspondientes. Superada la emergencia, convocará al Comité Hospitalario para Emergencias, para establecer las necesidades prioritarias en la rehabilitación de las diferentes áreas internas que hayan sido utilizadas para expansión de los servicios.
- Gestionar la reposición de insumos e implementos para garantizar las condiciones de funcionabilidad del hospital en situaciones posteriores.
- Si el evento afectó sistemas, instalaciones o la funcionalidad de áreas, debe gestionar las reparaciones o reposiciones necesarias para garantizar su recuperación.

1.5.5 Brigada para emergencias.

Es responsabilidad del hospital organizar y entrenar una Brigada para Emergencias, integrada con personal de las diferentes áreas y turnos, para efectuar la primera respuesta ante situaciones que puedan afectar tanto al personal como a sus instalaciones.

La conformación de la brigada del hospital estará orientada por las siguientes condiciones:

- La Brigada se activará en caso de un evento crítico que ocurra al interior del hospital, de acuerdo con el mecanismo de alerta establecido en el Plan Hospitalario para Emergencias.
- Las situaciones de emergencia en las cuales se deba controlar incendios declarados, inundaciones y en general situaciones que excedan la capacidad y entrenamiento de la brigada, deben ser atendidas por el personal de socorro especializado, el cual debe ser alertado oportunamente por el hospital.

- Ante eventos externos de emergencia o desastre en los cuales el hospital deba activarse e implementar procedimientos como triage o atención de lesionados en gran escala, la Brigada para Emergencias puede activarse siempre con el objetivo de apoyar al hospital en su organización interna, dado que las acciones de salvamento efectuadas en la zona del impacto sólo serán efectuadas por los organismos de socorro correspondientes

Los integrantes de la Brigada para Emergencias efectuarán un monitoreo permanente de las situaciones de riesgo, tanto en su área de trabajo, como en general en las instalaciones del hospital, dando aviso inmediato a las personas que corresponda sobre las condiciones encontradas.

1.5.5 1 Funciones de los brigadistas frente a la evacuación

Los brigadistas son facilitadores del desarrollo del plan de evacuación sin crear dependencias de los ocupantes hacia ellos. El plan debe funcionar aun sin la presencia del brigadista del área. Las funciones de los brigadistas a la evacuación son:

1.5.1.1 Antes de la emergencia:

- Verificar que los pasillos, puertas y rutas de salida estén despejados. Cualquier novedad debe ser reportada a Salud Ocupacional.
- Mantener actualizada la lista de personal del área bajo su responsabilidad.

1.5.1.2 Funciones durante la evacuación:

Si se da la voz de alarma o se da la orden directa de evacuación:

- Iniciar el proceso de evacuación con las personas de su área.
- Mantener contacto verbal con su grupo, con las palabras tranquilizantes y de orientación; como: No corra, no se detengan, no se devuelvan.
- Impedir el regreso de personas.
- En caso de humo indicar a los ocupantes que se agachen y gateen.
- Auxiliar oportunamente a aquellas personas que lo requiera.
- En caso de encontrarse ante una puerta cerrada, tóquela para verificar su temperatura. Si está caliente podría indicar fuego o altas

temperaturas y acumulación de gases al otro lado de la misma. En dicho caso, no abra por ningún motivo la puerta y busque una salida alterna. Si no está caliente ábrala y luego ciérrela a su paso sin llave o seguro.

- Recordar a los ocupantes la salida, ruta de evacuación y sitio de reunión final.
- Indicar cambios en la ruta de salida en caso necesario.
- Verificar que el área bajo su cuidado ha quedado evacuada completamente.

1.5.1.3 Después de la evacuación:

- Llegar al sitio de reunión final acordado previamente, verificando que todas las personas de su área hayan logrado salir.
- Notificar novedades referentes a personas que no evacuaron o están atrapadas al Coordinador del Punto de encuentro.
- Esperar instrucciones.

1.5.6 Activación del Plan Hospitalario para Emergencias.

El objetivo de este apartado del Plan Hospitalario para Emergencia (PHE), es coordinar en forma adecuada cada una de las acciones que el grupo interdisciplinario del hospital debe realizar para afrontar una situación originada por amenazas de tipo natural o antrópicas, garantizando la atención rápida de lesionados a través de la optimización de los recursos disponibles y la expansión de la capacidad hospitalaria.

1.5.6.1 Alerta

Se tienen en cuenta los siguientes tipos de alerta:

Alerta Verde: Situaciones previsibles, conocidas con anterioridad y/o programadas. Este grado de alerta implica una explicativa y disponibilidad del personal de urgencias en sus dominios con el fin de poderse desplazar rápidamente hasta el hospital si hay un cambio en el estado de la situación. Igualmente se espera que durante el código verde repasen los procedimientos de la Alerta Roja.

Alerta Amarilla: Eventos imprevisibles fuera del hospital que eventualmente puedan requerir de nuestra capacidad hospitalaria. Tal es el caso de

catástrofes naturales o actos terroristas en las áreas de influencia del hospital. Este grado de alerta implica el alistamiento de todos los recursos sin desencadenar cambios fundamentales en el funcionamiento el hospital, pero con la presencia física del personal de disponibilidad de urgencias en la institución. Se debe revisar completamente el manual de Alerta Roja en conjunto con el personal del área.

Alerta Roja: Corresponde al grado máximo de alerta dentro del plan de emergencia y se activa sólo en el momento en que los eventos catastróficos demandan de todos los recursos disponibles en el hospital. No sólo se requiere de la presencia física de todo el personal médico y paramédico del hospital sino que se deben cambiar los procedimientos de atención u ubicación de pacientes con miras a atender un volumen desbordante de heridos y enfermos que requieren atención inmediata.

Una vez declarada la alerta roja todas las órdenes serán impartidas exclusivamente por el Jefe de la Alerta Roja y transmitidas a cada uno de los trabajadores del hospital por intermedio de los miembros del Comité Hospitalario de Emergencias.

1.5.6.2 Organización del personal y distribución de las Áreas.

Urgencias debe apoyarse en las demás áreas del hospital para contar con el personal asistencial necesario en cualquier eventualidad, de tal manera que permitan realizar una atención adecuada para las víctimas de la emergencia que ingresen al hospital y de la misma forma a los pacientes previamente hospitalizados.

1.5.6.3 Triage:

Es un método de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Trata por tanto de evitar que se retrase la atención del paciente que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención.

Triage en desastres

Esta clasificación, que se ha ido empleando en la guerra, se ha extendido para las catástrofes. En estas se clasifica a los pacientes por colores:

- negro: cuando es cadáver o las posibilidades de recuperación son nulas.

En algunos triage diferencian el negro que es el paciente agonizante del blanco en que ya ha fallecido

- rojo: cuando el paciente tiene posibilidad de sobrevivir y la actuación médica debe ser inmediata.

Ejemplos: Paciente en shock, estado epiléptico o convulsivo, paro cardiaco o respiratorio, dificultad para respirar, fracturas o golpes graves, traumas (cráneo, cadera), heridas graves, parto en curso, intento de suicidio, abuso sexual, embarazada con sangrado Se atiende inmediatamente

- amarillo: Pacientes que presentan una situación de urgencia con riesgo vital.

Puede complicarse en cualquier momento. Ejemplos: Tos con expectoración y fiebre sin mejora después de una consulta médica, cuerpo extraño en ojo, en oído, dolor de cabeza, con síntomas asociados, signos de infección de herida quirúrgica, heridas que necesitan puntos que no involucre un órgano vital, embarazadas sin sangrado, dolor en el pecho de más de 5 días, dolor abdominal de más de 5 días. Promedio de espera para la atención 1-2 horas.

- verde: paciente levemente lesionado, que puede caminar y su traslado no precisa medio especial.

Ejemplos: Vomito sin sangre, diarrea sin deshidratación, alergias, enfermedades crónicas, enfermedades en menores de 5 años sin complicaciones, esguince, espasmo muscular, tos seca y malestar general, trauma menor. Promedio de espera para la atención hasta 6 horas

El buen manejo de esta clasificación va a permitir que la identificación de las víctimas sea más ordenada y que la atención sea más efectiva y rápida a aquellas personas que así lo requieran.

1.5.7 Simulacros:

En determinadas zonas que son propensas a catástrofes se deben llevar a cabo simulacros de evacuación para esta situación ¿Qué es un simulacro?, es aquella acción que se realiza imitando un suceso real para tomar las medidas necesarias de seguridad en caso de que ocurra realmente.

Una catástrofe puede ser causada por múltiples sucesos: incendios, terremotos, catástrofes naturales, atentados, colapso estructural. Para que la misma sea afrontada de manera eficaz es necesaria la participación multidisciplinaria, siendo estos: médicos, enfermeros, bomberos, policía, Defensa Civil, que llevando a cabo una correcta interacción podrán mejorar o disminuir las consecuencias de dicha eventualidad, apoyados por los medios de comunicación.

Toda organización de salud debe contar con un protocolo o guía de catástrofe que permita orientar las acciones del personal de salud hacia la mejora y disminución de complicaciones en dicha situación y sobre todo que lleven a cabo simulacros de manera periódica para estar preparados.

En caso de un servicio cerrado como es la unidad de Terapia Intensiva del Hospital Central debe estar preparado y capacitado para afrontar estas situaciones debido a la complejidad de los pacientes que allí se encuentran, la mayoría con asistencia respiratoria mecánica. Tampoco se debe olvidar las características geográficas propias de la zona y algo aún más importante: los factores de riesgo propios de la localidad e incluso de situación edilicia, la cual debe poder responder adecuadamente.

Existen cuatro etapas para que la realización de un simulacro sea adecuada: la planificación que determina aquellos centros hospitalarios que sean capaces de afrontar tal situación.

Se debe establecer un comité Hospitalario de Defensa Civil en cada uno de estos centros y que exista una fluida comunicación entre los mismos que permita articular de manera eficiente en caso de tal eventualidad, y también otras instituciones cooperarán: policía, bomberos, Defensa Civil.

Delimitar roles y tareas es fundamental ya que esto evitará demoras y conflictos entre los profesionales y disminuirá las complicaciones. En muchos casos evaluar la antigüedad de los profesionales de la salud, es decir que las personas con mayor antigüedad tienen más experiencia y pueden servir de guía ante un simulacro o una verdadera catástrofe para aquellos que no la tienen y agilizar la instrucción.

Otro aspecto es la capacitación para la comunidad ya que esto disminuirá las demoras y les permitirá participar y ayudar a las víctimas, es decir brindar la información adecuada a la comunidad acerca de cómo actuar frente a un siniestro. Esto permitirá que las personas estén preparadas y sepan cómo afrontar y actuar, instruir a la población acerca de estas eventualidades es fundamental para evitar el colapso en los centros asistenciales y evitar que las personas entren en pánico. La participación y capacitación hacia la comunidad en siniestros es sinónimo de personas entrenadas e informadas capaces de accionar y disminuir los daños y poder ayudar a aquellas personas que lo requieran, aliviando la carga de los centros de salud en lo que se refiere a primeros auxilios.

Los medios de comunicación facilitarán la capacitación y serán de gran importancia, los mismos serán los encargados de informar de la situación posterior a un siniestro, de los daños y las necesidades de la población. Los medios deben ser capaces de brindar información confiable y veraz acerca de lo sucedido como así también poder establecer el nexo entre los responsables del gobierno. Ellos serán quienes darán un informe de la situación y a su vez determinarán cuáles son los daños, pérdidas y damnificados, los recursos con los que se cuenta y también poder solicitar a través de los medios de comunicación ayuda a otras provincias en caso de ser necesario. Es necesaria la función de los medios ya que brindarán datos fiables y se logrará que la población afectada pueda expresar sus necesidades y poder ser atendidas.

Dentro del centro hospitalario también se debe tener un plan de evacuación para los servicios en mayor complejidad, también establecer una ruta de evacuación para las personas que ahí trabajan y que los pacientes puedan ser trasladados.

Otra de las etapas es la organización: "se realizan las acciones del ejercicio, pero es necesario conocer la magnitud del ejercicio, la cantidad de participantes y la organización propiamente dicha..."¹.

Se debe continuar con la ejecución: es cuando se lleva a cabo el simulacro, cada uno de los profesionales que participarán deben realizar la tarea que se les ha asignado, de esta manera se observa si el equipo está realmente coordinado y capacitado para cumplir los objetivos propuestos.

Para finalizar se encuentra la etapa de evaluación, aquí se verá la calidad del desempeño de cada uno de los profesionales que han participado del simulacro. También se evalúan todos aquellos factores necesarios como los medios de comunicación, transporte y así determinar qué factores se deben mejorar.

La seguridad estructural es fundamental, ya que la misma es la que responderá a una catástrofe.

Aquí se evalúa la estructura material, antecedentes del centro hospitalario que permitirá conocer la estabilidad y resistencia del mismo.

También establecer los recursos con los que cuenta cada servicio (matafuegos, mangueras, detectores de humo, señalización para vías de evacuación).

Otro aspecto a tener en cuenta es la seguridad no estructural, se refiere a aquellos elementos que pueden caerse o volcarse (mobiliario y equipo) también ventanas y puertas.

Todos estos aspectos deben tenerse en cuenta para llevar a cabo un plan de evacuación efectivo y que el daño producido por un siniestro sea el menor posible, tanto para los profesionales que desempeñan sus funciones en el centro hospitalario como así también para el edificio que posterior a un siniestro será el encargado de albergar a las víctimas.

¹-Isaac Gonzales Yaipen, Manual de simulacros, año 2005, página n°9.

Se presenta el relato de una persona que participó de un simulacro de incendio en el Hospital pediátrico Dr. Humberto Notti hace seis años, fuente Diario Los Andes:

“Por más de media hora, una parte del hospital pediátrico Humberto Notti simuló estar en llamas. Cuando la sirena sonó, el personal se movilizó para apagar el fuego, llamar a los bomberos y a la policía, evacuar a las personas que se encontraban en las zonas afectadas y aledañas y rescatar a las víctimas que quedaron atrapadas en el siniestro”.

Los objetivos de semejante despliegue fueron poner a prueba el sistema de contingencia del lugar, evaluar cómo se desempeña el personal que fue capacitado para responder a estas situaciones críticas y al mismo tiempo, detectar falencias en el trabajo para mejorar la actividad.

La idea de comenzar en el Notti fue porque a ese sitio recurren cientos de niños para ser internados y atendidos. Es por eso que el año pasado, unos 120 profesionales y empleados realizaron un curso de preparación hospitalaria para ocasiones de desastre, que estuvo a cargo del Plan de Emergencias Médicas y Catástrofes del Ministerio de Salud de la provincia. (PEMYC).

Esta actividad a su vez fue reforzada durante este año por personal de los Bomberos del Cuartel Central. Ellos fueron los encargados de capacitar a 80 personas para que aprendieran a usar los extintores de fuego y manipular las mangueras especiales a medida que combatían incendios en prácticas reales.

Toda esta antesala sirvió para que en el hospital quedaran conformadas dos brigadas especiales, una de incendio y otra de evaluación para casos de posibles amenazas.

“El incendio es un evento que se presenta como el más probable en los hospitales, ya que para trabajar correctamente dependen, por ejemplo, de suministros vitales para los pacientes críticos, como los grupos electrógenos, que requieren para su funcionamiento de combustible que se almacena en el

lugar. También existen depósitos de gases medicinales que se transforman en materiales peligrosos”, explicó la coordinadora de (PEMYC), Irma Lehoux”.

1.5.7.1 Crónica de un día agitado.

El fuego simulado comenzó en el depósito de materiales de laboratorio, ubicado en el subsuelo del hospital. Allí un equipo de técnicos envolvió el ambiente con humo y sonidos de llamas que dieron un aspecto más real a la situación. Así, una empleada que bajó para abrir la puerta del lugar detectó el humo y fue la encargada de activar la alarma. Sin embargo en ese momento una explosión le provocó una caída y quedó atrapada en la escalera de acceso al lugar.

De esta manera, empezó a desarrollarse una serie de maniobras tendientes a actuar con celeridad durante los minutos previos a la llegada de los bomberos.

“Mi tarea es ordenar a los brigadistas, repartirles los extintores y máscaras, ir al lugar del siniestro para verificar el tipo de situación y detectar víctimas para llamar al equipo de evacuación. Después, se debe desplegar la manguera y bomba (hidrante) para apagar el fuego”, detalló Víctor Morales, médico cirujano y jefe de la brigada de incendio, luego de llevar a cabo su misión”.

El escenario del simulacro abarcó, además del área noreste del subsuelo, las zonas de guardia y farmacia. El resto del personal del hospital también colaboró para evacuar a las personas que estaban en esos sectores y despejó la entrada de Calle Bandera de Los Andes. En este sentido para no alarmar a la gente, varios minutos antes del despliegue se fue recordando por altoparlante que a las 13.00hs se iba a realizar un simulacro de incendio.

El cuadro se completó con la llegada real de los bomberos, que al hacer su trabajo detectaron una segunda víctima atrapada en el sitio y una ambulancia que simuló trasladar a una pequeña con politraumatismos. En el simulacro estuvieron presentes autoridades del Ministerio de Salud y del

hospital, personal de Defensa Civil de la provincia y de Guaymallén, bomberos voluntarios de ese departamento y del Cuartel Central, y policía de la seccional 25. Las próximas medidas alcanzarán a los hospitales Sícoli de Lavalle y Paroissien de Maipú”.

Estar preparados para afrontar un siniestro es necesario para evitar pérdidas humanas y materiales, y demostrar la importancia de la preparación de un centro asistencial que pueda responder ante estos sucesos.

Esto sucedió en el Sanatorio Argentino ubicado en San Martín el día 8 de Julio de 2008, relato del suceso y testimonios. Fuente: Diario Los Andes. “Tres personas muertas fue el saldo del trágico incendio que en tarde de ayer afectó la instalaciones del Sanatorio Argentino, en la ciudad de San Martín”.

“El fuego comenzó pasada las 18, en el segundo piso del establecimiento ubicado en Almirante Brown 83, por causas que ahora son motivo de investigación.

Sin embargo versiones indicaban que las llamas habrían tenido su inicio en la sala de los médicos, que se encuentra al lado de terapia intensiva. Un corto circuito o la explosión de una estufa habrían motivado el comienzo del siniestro, que en pocos minutos abarcó gran parte de esa planta.

Con el auxilio de los propios profesionales y enfermeros se logró evacuar a tres de las seis personas internadas en ese sector de cuidados intensivos. Una explosión y el corte de energía hicieron estéril todo intento posterior de llegar al segundo piso, situación que se agravó por efecto del humo y el calor.

Horas después se pudo confirmar que las víctimas fatales fueron: Adela Bustos (69), Etelvina Fabiana Ortega (80) y Nelly Luna (75). El resto de los enfermos, unos treinta, que se encontraban internados en el sanatorio pudieron ser evacuados y trasladados al hospital Perrupato y otros centros, ubicado en el mismo departamento.

También se supo que otro paciente, Alejandro Saurini, fue trasladado de urgencia al hospital Central como consecuencia de haberse intoxicado con monóxido de carbono, mientras que un policía de Seguridad Vial (Fabián Olivares) debió ser asistido después de que las llamas le quemaran el uniforme.

Tras el alerta inicial una dotación completa de Bomberos de San Martín, con el apoyo de camiones con agua provista por Defensa Civil de la zona Este, logró extinguir las llamas en un par de horas de una intensa labor.

Textuales

"Vi fuego en una puerta que está al lado de la terapia y usé un matafuegos que encontré pero no alcanzó", relataba visiblemente nervioso Humberto Domínguez, sobrino de Adela Bustos, una de las víctimas fatales del incendio.

"Junto con otra gente empezamos a alzar a los pacientes y a bajarlos por las escaleras. Era todo caos y griterío. A mi tía la alcancé a sacar hasta el pasillo junto al ascensor, pero cuando iba a volver por las escaleras a buscarla, hubo una fuerte explosión y todo quedó a oscuras. De ahí en más ya no pudimos subir y todo se llenó de un humo espeso que no dejaba respirar", relató el hombre, en medio de decenas de personas y familiares que buscaban información.

Pegada al sanatorio Argentino, por calle Almirante Brown, hay una playa de estacionamiento y a las 18.30 Daniel Valdivia estaba lavando un auto. "En eso sentí una fuerte explosión. Levante la vista y vi que salía fuego del último piso del sanatorio. En un momento un hombre se asomó por la ventana a pedir auxilio, pero enseguida se metió otra vez".

Pasadas las 20, llegó el ministro de Salud Sergio Saracco, y un rato después comentaba a la prensa que "determinar el origen del incendio es algo que está investigando la Justicia", y aunque hubo tres víctimas fatales no dudó en afirmar que la evacuación del sanatorio había sido "muy rápida y eficiente".

Saracco señaló que los 32 pacientes que fueron evacuados del lugar resultaron "ilesos. Solamente algunas intoxicaciones leves por humo, pero han sido atendidos y están perfectamente".

Estos aspectos llevan a reformularse sobre la importancia de llevar a cabo de forma periódica simulaciones o simulacros para afrontar los distintos tipos de siniestros a los que no solo se enfrenta un centro asistencial de salud, sino también una población y de la importancia que representa la preparación tanto de profesionales de la salud como las distintas áreas intervinientes en tal situación, para mitigar los daños y pérdidas humanas y materiales.

La importancia de la evacuación del centro hospitalario que será el encargado no solo de la población afectada, sino de los pacientes que se encuentran en el nosocomio que se ven afectados y con la imposibilidad de movilizarse por sus propios medios lo que llevará a prestar mucha atención a este aspecto: el de evacuación de pacientes de servicio cerrado tales como la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Central teniendo en cuenta su estructura y equipo fundamentales para una evacuación.

1.5.8 Protocolo

Para hacer frente a una catástrofe se planifican simulacros para facilitar el accionar y la evaluación no solo de los pacientes sino también del personal

de salud; pero para que esto se lleve a cabo de manera correcta debe apoyarse en un protocolo.

Se entiende por protocolo al conjunto de procedimientos destinados a estandarizar un comportamiento humano o sistemático artificial frente a una situación específica.

En la actualidad Mendoza hace frente a estas situaciones y emergencias con una ley que fue sancionada el primero de Marzo de 1972, que no ha sido actualizada. Esta ley fue sancionada durante el mandato de Francisco Gabrielli; se creó el Centro de Operaciones de Emergencia Provincial (COEP), que trabaja con la Dirección de Defensa Civil y la Dirección de Desarrollo Social y Derechos Humanos dependiente del Ministerio de Seguridad y Desarrollo Social.

*Ley 3796 de 1972: que establece

Artículo n°1: el gobernador de la provincia de Mendoza, tendrá a su cargo la planificación, organización, promoción, coordinación, control y dirección de la defensa civil, y eventualmente la conducción de las operaciones de emergencia dentro del ámbito provincial, conforme a las directivas que al efecto imparta el poder ejecutivo nacional.

Artículo n°2: la Defensa Civil desarrollará su acción en todo el territorio de la provincia, en base a sus propios medios.

Artículo n°3: los funcionarios a cargo de las reparticiones provinciales descentralizadas, autárquicas o autónomas, a través de las instrucciones que les impartan al que estén vinculadas, son responsables del cumplimiento de las previsiones y medidas de Defensa Civil.

Artículo n°4: los intendentes municipales, dentro de su jurisdicción territorial, tendrán análoga responsabilidad que la establecida en el artículo n°1

de la presente ley para el gobernador de la provincia, debiendo cumplir las instrucciones y directivas que este imparta. Los funcionarios o delegados de reparticiones públicas descentralizadas, autárquicas y autónomas que desempeñen funciones dentro de cada departamento, tendrán igual responsabilidad que los funcionarios mencionados en el artículo n°3 de la presente ley.

Artículo n°11: para el cumplimiento de la presente ley, crease la junta provincial de Defensa Civil, presidida por el gobernador o sustituto legal, organismo de asesoramiento, que tendrá por misión específica asistir al mismo, en todo lo que se refiera a la planificación, organización y ejecución del servicio civil de defensa siendo esta junta integrada por los jefes de los servicios de protección civil; cuando la circunstancia así lo aconseje, podrán formar parte de dicha junta los titulares de reparticiones, centralizadas, descentralizadas, autárquicas y autónomas, como así también los directivos de entidades privadas cuyos fines tengan vinculación con la Defensa Civil.

Artículo n°12: como organismo coordinador y permanente de trabajo dependiente administrativamente del señor gobernador, a quien asistirá en el ejercicio de sus responsabilidades, crease la Dirección Provincial de Defensa Civil. El poder ejecutivo determinará su misión, funciones y estructura orgánica de la misma, en la reglamentación de la presente ley.

Artículo n°13: para el cumplimiento de las responsabilidades establecidas en el artículo n°4 de la presente ley, el intendente municipal de cada departamento será asistido por la Junta Municipal de Defensa Civil. Esta Junta Municipal será presidida por el intendente e integrada por funcionarios municipales, con acreditada capacitación y experiencia en el tema, que se desempeñen en los servicios de protección civil, dirigentes de organismos oficiales o privados, cuyas actividades tengan vinculación con la Defensa Civil.

Para la presente ley la única modificación que se realizó fue en el año 2002 y es la siguiente:

*Ley 7083; Mendoza 23 de Diciembre.

Artículo n° 13: para el cumplimiento de las responsabilidades establecidas en el artículo 4 de la presente ley, el intendente municipal de cada departamento será asistido por la Junta Municipal de Defensa Civil. Esta junta municipal será presidida por el intendente e integrada por funcionarios municipales, con acreditada capacitación y experiencia en el tema, que se desempeñan en los servicios de protección civil, dirigentes de organismos oficiales o privados, cuyas actividades tengan vinculación con la Defensa Civil.

Defensa Civil es el conjunto de medidas y actividades no agresivas que tienden a evitar, anular o disminuir los efectos causados por la guerra, los agentes de la naturaleza o cualquier desastre de otro origen sobre la población y sus bienes.

Es parte de la Defensa Nacional organismo creado para lograr objetivos específicos: el de crear un vínculo con la comunidad a fin de lograr explicar y hacer conocer los factores de riesgo a los que se encuentra expuesta la comunidad y así lograr conciencia.

La Defensa Civil se encuentra organizada por el Estado y la comunidad, en la primera encontramos la organización hospitalaria y los centros de salud, asistencia para los evacuados, la comunicación y ejercicios de simulación. Para la segunda encontramos la formación de voluntarios, simulacros, llamadas al 911 y la organización de otros establecimientos (geriátricos, iglesias, guarderías, etcétera).

El Centro de Operaciones de Emergencia Provincial (COEP) dependiente de Defensa Civil se encarga de investigar amenazas; de la ingeniería de la mitigación de riesgo; uso del suelo; manejo operativo de emergencias. Un siniestro tiene un ciclo donde encontramos: la fase de mitigación: evaluación de riesgo (prevención y preparación); posteriormente se encuentra la fase de desastre y por último la fase en respuesta: donde se destacan el socorro, rehabilitación y reconstrucción.

Defensa Civil frente a una catástrofe debe pensar en hipótesis; es decir, lo que puede haber generado esta situación: daños a las personas; heridos y además la infraestructura.

“Es mejor estar preparados para algo que tal vez suceda, a que suceda algo para lo que no estamos preparados”².

El Hospital Central cuenta con su propio comité y protocolo de emergencia de catástrofe. El comité se encuentra conformado por distintos profesionales que desempeñan sus funciones en el hospital; entre ellos encontramos médicos; licenciados en enfermería; ingenieros; farmacéuticos. Los mismos se reúnen semanalmente los días jueves a las 09:30 horas.

El comité de Emergencias del Hospital Central se encuentra conformado por:

Presidente: Dr. José Miguel Áscar.

Coordinador General: Dr. Juan Moyano.

Los miembros son distintos trabajadores del centro de atención que coordinan con todos los sectores del hospital entre ellos médicos, jefes de servicios, farmacia, descartables.

Sus reuniones se llevan a cabo para la discusión de todas aquellas situaciones que pueden llegar a ser catastróficas, no solo para el hospital sino para la comunidad. Además establecer el accionar frente a un siniestro y como mejorar aquellas situaciones deficientes, también se encargarán de la capacitación de los profesionales.

El Hospital Central se encuentra expuesto a múltiples amenazas: naturales, humanas, internas y externas; por tal razón cuenta con un plan de emergencias, se le da mayor importancia a la vulnerabilidad presente y los principales encargados de este plan son: la Dirección del establecimiento y el Comité de Emergencias quien llevan a cabo la actualización del documento y preparar al personal.

2- Crio Rafael Aldo Garay, Dirección Provincial de Defensa Civil de Mendoza.

1.5.8.1 Objetivos del plan de emergencias

- Poder dar respuestas a eventuales situaciones de emergencia como lo son: atención de víctimas múltiples, infectocontagiosas, sustancias peligrosas, sismos, incendio o colapso de algún servicio vital del edificio.
- Capacitar al personal del hospital involucrarlo y hacerlo participe de las modificaciones del plan si así se requiere.
- Informar a la comunidad sobre la importancia del “Plan de Emergencia del Hospital”.
- Minimizar las consecuencias del eventual accidente intra y extra hospitalario.

1.5.8.2 Alcances:

Exclusivamente a las instalaciones y unidades organizativas del Hospital Central, en lo respecta a su edificio principal y consultorios externos.

1.5.8.3 Responsable:

Director ejecutivo.

Directorio.

Comité de Emergencia.

1.5.8.4 Aspectos Generales

Establecimiento:

Hospital Central.

Misterio de Salud de Mendoza.

Alta complejidad.

Ubicación:

Leandro N Alem y salta. Mendoza. Ciudad de Mendoza.

Edificación:

Tipo: E

Número de pisos: 2 subsuelos, planta baja, seis pisos superiores y terraza.

Material de construcción: hormigón armado.

Año de construcción: 1940

Edad de áreas críticas: remodelación 1992-2000

Área de terreno: 36000 mts cuadrados

Área construida: 29800 mts cuadrados

Porcentaje de áreas libres: 85%

Influencias:

Geográfica: Región Cuyo

Política: Mendoza, San Juan, San Luis

Población: Gran Mendoza 1023000

Población regional vinculada: San Juan: 650000; San Luis: 390000

1.5.9 EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

1.5.9.1 Misión general

Atención médico quirúrgica a todos los enfermos o heridos que la requieran como consecuencia de la situación de desastre, la operación consiste en la recuperación del paciente proveniente de las circunstancias expuestas.

- ✓ Atención de víctimas múltiples.
- ✓ Víctimas con enfermedades infectocontagiosas.
- ✓ Víctimas con sustancias peligrosas.

1.5.10 EMERGENCIAS INTRAHOSPITALARIAS

El hospital debe contar con equipos para combatir incendios. Un plan de desastre intrahospitalario y de incendios, procedimientos de evacuación y contar con la ayuda del cuerpo de bomberos.

1.5.10.1 Algunas medidas a tomar:

1. Planes de asignación de personal para trabajos y responsabilidades específicas.
2. Instrucciones con el uso de sistema de alarmas y señalamiento.
3. Instrucciones sobre los métodos de combate de incendios.
4. Instrucciones de la localización del equipo de incendios.
5. Sistema de notificación al personal entrenado.
6. Especificación de procedimientos y rutas de evacuación.

Todo el personal debe conocer el plan de simulacros de lucha contra incendios y desastres internos, que se deben desarrollar al menos una vez al año, para:

1. Asegurar que el personal de todos los turnos esté preparado para estas situaciones.
2. Asegurar que todo el personal de todos los turnos conozca el manejo del equipo contra incendios con el que cuenta el hospital.
3. Evaluar la eficacia del plan, la evacuación es opcional.

Esto se utiliza para:

Sismos.

Incendios.

Terrorismo.

1.5.11 Servicios.

Además a la hora de una catástrofe se debe pensar en los servicios que se encuentran disponibles para afrontar tal situación.

Agua potable: en caso de contar con la fuente principal de abastecimiento es necesario, conocer donde se encuentran las fuentes alternas, sistemas de distribución y potabilidad del agua, que suministro existe en condiciones normales y de emergencia.

Energía eléctrica: poder localizar los paneles de control y la red de distribución eléctrica, tanto interna como externa y conocer los sitios donde se encuentran los generadores, que permitirán el flujo eléctrico a los sectores más importantes del hospital.

Gas: debe estar bajo control, se debe conocer por donde van las tuberías como así también la ubicación de las llaves de seguridad, ya que en caso de desastre; incluyendo terremotos, pueden provocarse incendios por chispas, prestar vital atención al derrame de material inflamable, que puede agravar aún más la situación de desastre.

Comunicaciones: se debe contener una lista actualizada con las direcciones y teléfonos del personal involucrado en este plan, también del personal voluntario. La comunicación intra y extra hospitalaria es vital.

El hospital debería contar con un equipo de radio ya sea VHF o UHF o de banda ciudadana, con equipo alternativo de energía (corriente alterna y baterías).

El hospital central cuenta con un plan de contingencia del año 2003. Es el principal efector de emergencias y alta complejidad en la provincia de Mendoza y la región.

Debido al recurso humano, físico y técnico con el que cuenta; puede comportarse como un centro de trauma de máximo nivel, pudiendo aplicar la atención inicial a cualquier tipo de víctima y atención definitiva a la mayoría de los pacientes adultos, exceptuando a los pacientes pediátricos, mujeres embarazadas y quemados.

1.5.12 Objetivo del plan

“Hacer frente a la atención de víctimas múltiples de causa intra y extra hospitalaria, que sea fácilmente aplicable y flexible para cada sector.”³

Es responsabilidad de cada sector:

- Definir roles, consignas y expansión del recurso humano.
- Constituir una guía rápida y eficaz de actuación operativa.
- Constituir una guía de relevamiento del equipamiento, material e insumos que pueden ser utilizados.
- Formular una metodología que asegure el permanente conocimiento del equipo de salud de cada sector.

El Comité de Emergencia de acuerdo a los eventos con mayor riesgo establece tipos de alarma para el hospital.

1.5.13 Tipos de alarma.

Alerta n° 1: (azul):

- El número de víctimas no supera a cinco y puede ser absorbido por la guardia del día.
- El jefe de guardia es el que inicia la ejecución del plan, e informará al jefe de servicio.
- El jefe de servicio modificará la alerta si lo considera oportuno.

Alerta n° 2:(amarillo):

- El número de víctimas no supera a veinte y puede ser absorbido por la guardia del día
- El jefe de servicio o el jefe de servicio de emergencia serán los responsables de ejecutar el plan y dar aviso al presidente del comité de emergencias.

- El presidente de Comité de Emergencia convocará a los responsables área y los miembros del comité que considere oportuno e informará a la dirección.
- Esta alerta puede modificarse de acuerdo a la multiplicación de víctimas o agotamiento de recursos.

Alerta n° 3:(naranja):

- La cantidad de víctimas supera la capacidad de la guardia del día.
- El presidente del Comité de Emergencias convocara a todos los miembros del Comité de Emergencia, que a su vez citará a los responsables de otras áreas o servicios que sean necesarios.
- Se informara de la situación a los servicios atención pre hospitalario y otras instituciones hospitalarias.

Alerta n°4:(rojo):

- Activada por el presidente del comité y consenso con sus integrantes.
- Se cita por tercios, según necesidad a todo el personal.
- Se evalúa la posibilidad de evacuación: interna o externa.
- Se constituirá un comando que incluye a los directores y que estará integrado por otros estamentos como el COEP y Defensa Civil.

1.5.14 Áreas físicas.

- Sectores de tratamiento: establecidos en subsuelos, áreas críticas, y quirófanos.
- Áreas específicas que ocupan los servicios de apoyo.
- El comando operativo funcionará en la jefatura de guardia o estar médico.
- El núcleo de información a los familiares será en el hall central y las oficinas de atención al usuario de planta baja. Aquí trabajarán un asistente social y un médico de psicopatología.
- La prensa será concentrada en la oficina de la jefatura de admisión. Superada la situación podrán acceder al área de dirección.

1.5.15 Guía de tareas por servicio.

Cada servicio desarrollará su propia guía de tareas, que consistirá en la descripción de las acciones mínimas y responsabilidades de cada sector.

Hemoterapia:

- Rápida disponibilidad de 80 unidades de sangre grupo o (+) y o (-).
- Activar un plan de convocatoria propio para el personal de refuerzo.
- Activar plan de llamada de dadores.
- La recepción de dadores se hará en el núcleo informativo desde donde serán acompañados para su selección y eventual extracción en el servicio de hemoterapia.
- Tienen prioridad los pacientes en código rojo o servicios críticos.

Laboratorio:

- Suspenden la recepción de solicitudes programadas
- Activa su propio plan de refuerzos.
- Solo atenderá solicitudes de servicios críticos.

Farmacia de mono drogas y material biodescartable:

- Activa su propio plan de refuerzos.
- Aseguran la provisión y traslado de insumos a sectores de tratamiento.
- Construyen una lista de chequeo de insumos y equipo.

Diagnóstico por imagen:

- Suspenden prestaciones programadas.
- Se aseguran placas e insumos para revelado.

Servicio de admisión:

- Identificación de las víctimas y de un registro.
- Asegura el destino de los pacientes.

Servicio social y atención al cliente:

- Procura la identificación de víctimas que aún no han sido identificadas.
- Entrevista a los familiares facilitando la identificación y la información de las víctimas.
- Confección de un registro propio de víctimas y su destino.

Servicio de mantenimiento:

- Asegura la provisión de agua potable, energía eléctrica y oxígeno medicinal.

Servicio de seguridad:

- controla el ingreso al área de tratamiento.
- Aíslan el hall central de planta para familiares y prensa.

Servicios asistenciales con internación:

- Activa su propio plan de refuerzos.
- Construye una lista de chequeo de insumos y equipos.

1.5.16 Requisitos del plan.

La vigencia del plan exige requisitos mínimos:

- ✓ Someter el plan periódicamente a evaluaciones.
- ✓ Actualizaciones al menos mensuales, en base a las modificaciones que puedan haber con respecto al recurso humano, técnico o de planta fija.
- ✓ Compromiso real por parte de las autoridades y del personal.

Estas son las medidas que se deben llevar a cabo en caso de siniestro ya sea de naturaleza externa e interna, por todo el personal que desarrolla sus tareas y funciones dentro del hospital, es de vital importancia la red intercomunicación entre los miembros encargados de la realización de este protocolo y el personal lo que asegura que este se encuentre preparado y capacitado para afrontar una situación de siniestro y a su vez permite y

asegura que la permanente actualización del mismo, y la puesta en práctica para realizar la evaluación de efectividad del plan.

1.5.17.MANEJO DE DISPOSITIVOS DE EMERGENCIA

El manejo de dispositivos de emergencia es necesario para situaciones de siniestro o catástrofe, aquí se detalla en caso de incendio, cual es el procedimiento correcto para el manejo correcto de matafuegos o extintores.

Clases de fuego

Clase A: Fuego de materiales combustibles sólidos (madera, tejidos, papel, goma, etc.). Para su extinción requieren de enfriamiento, o sea se elimina el componente temperatura. El agua es la sustancia extintora ideal. Se usan matafuegos Clase A, ABC o espuma química.

Clase B: Fuego de líquidos combustibles (pinturas, grasas, solventes, naftas, etc.) o gases. Se apagan eliminando el aire o interrumpiendo la reacción en cadena. Se usan matafuegos BC, ABC, AFFF (espuma química)

Clase C: Fuego de equipos eléctricos de baja tensión. El agente extintor no debe ser conductor de la electricidad por lo que no se puede usar agua (matafuego Clase A ni espuma química). Se usan matafuegos Clase BC ó ABC. (Una vez cortada la corriente, se puede usar agua o extintores Clase A o espuma química AFFF).

Clase D: Fuego de ciertos metales combustibles (magnesio, titanio, zirconio, sodio, potasio, etc.). Requieren extintores con polvos químicos especiales.

Clase K: Fuego de ciertos metales combustibles (magnesio, titanio, zirconio, sodio, potasio, etc.). Requieren extintores con polvos químicos especiales.

Tipos de matafuegos

Extintores de agua Clase (A)

Los extintores Clase A contienen “agua” que actúa disminuyendo la temperatura y la reacción química del fuego. El agua está presurizada con un gas inerte. El agua sale por una manguera con un pico al final (para un chorro fino).

Aplicaciones típicas: fuegos de madera, papel, cartón, algodón, plásticos, gomas, telas, etc.

Extintores de espuma (AB)

Los extintores de espuma además de bajar la temperatura aíslan la superficie en llamas del oxígeno. El agua y la espuma conducen la electricidad y no deben usarse en fuegos Clase C. La espuma química conduce la electricidad y sale por una manguera provista de pico (chorro fino) Los extintores de agua con espuma AFFF son diseñados para proteger áreas que contienen riesgos de fuego Clase A (combustibles sólidos) y Clase B (combustibles líquidos y gaseosos). Aplicaciones típicas: Industrias químicas, petroleras, laboratorios, comercios de distribución de productos químicos, transporte, buques, aeronavegación, etc.

Extintores de dióxido de carbono (BC)

Desplazan o eliminan el oxígeno de la reacción química del fuego creando una atmósfera inerte y disminuyen el calor debido al enfriamiento que causa el dióxido de carbono al expandirse. Deben usarse únicamente para extinguir fuegos Clase B o C. Estos matafuegos son poco efectivos para fuego clase A, porque tienen pobre poder extintor aunque pueden usarse para fuegos chicos. Los extintores de dióxido de carbono son diseñados para proteger áreas que contienen riesgos de incendio Clase B (combustibles líquidos y gaseosos) y Clase C (equipos eléctricos energizados). Las toberas de salida son de plástico o goma, para evitar que a las personas se les congele la mano. Aplicaciones típicas: Industrias, equipos eléctricos, viviendas, transporte, comercios, escuelas, aviación, garajes, etc.

Extintores de Polvo Químico Seco (ABC)

Actúan interrumpiendo la reacción química del fuego. El polvo químico ABC es el extintor más utilizado en la actualidad y es efectivo para fuegos clase A, B y C. Sale por una manguera con un orificio de la misma sección que ella. En los fuegos clase A actúa enfriando la superficie en llamas ya que se funde, absorbiendo calor y además, crea una barrera entre el oxígeno del aire y el combustible en llamas. Tiene que saberse que como desventaja, el polvo químico es algo tóxico para las personas, ensucia mucho y es oxidante de metales y circuitos electrónicos. Para equipos electrónicos sofisticados, se recomienda matafuego ABC de gas HCFC 123 (gas Halon o Freón, ecológicos). Los extintores de polvo químico seco son diseñados para proteger áreas que contienen riesgos de fuego Clase A (combustibles sólidos), Clase B (combustibles líquidos y gaseosos), Clase C (equipos eléctricos energizados). Aplicaciones típicas: Industrias, oficinas, viviendas, transporte, comercios, escuelas, garajes, etc.

Extintores para fuegos Clase K (a base de de Acetato de Potasio) (K)

Estos extintores contienen una solución acuosa a base de acetato de potasio, para ser utilizados en la extinción de fuegos de aceites vegetales o grasas animales, no saturados, para los que se requiere un agente extintor que produzca un agente refrigerante y que reaccione con el aceite produciendo un efecto de saponificación que aísla la superficie del oxígeno del aire. La fina nube vaporizada que sale del extintor, previene que el aceite salpique o salte encendido, atacando solamente la superficie del fuego. Los extintores a base de acetato de potasio para fuegos de clase K fueron creados para extinguir fuegos de aceites vegetales en freidoras de cocinas comerciales o incendio de grasas en acopios industriales o en restaurantes o cocinas industriales. La solución sale pulverizada. Aplicaciones típicas son: restaurantes, cocinas industriales, etc.

Extintores a base de productos Halogenados (ABC)

Actúan, al igual que los extintores a base de polvo, interrumpiendo la reacción química del fuego. Tienen la ventaja de ser agentes limpios, no ensucian (es un gas) y son aptos para fuegos de las clases A, B y C. Por ello

se los recomienda en centros de cómputos, equipamientos sofisticados electrónicos (audio, aparatos científicos, computadoras, televisión, etc.)

Los extintores de HCFC 123 bajo presión son diseñados para proteger áreas que contienen riesgos de fuego Clase A (combustibles sólidos), Clase B (combustibles líquidos y gaseosos) y Clase C (equipos eléctricos energizados). El gas sale por una manguera con final con expansión. Aplicaciones típicas: áreas de computadoras, comunicaciones, bibliotecas, documentos, galerías de arte, laboratorios, etc.

Extintores de Polvo para fuegos clase D

Son similares a los de químico seco, pero actúan separando el oxígeno del combustible o eliminando el calor. El polvo sale por una manguera con un final con expansión. Solamente son efectivos para fuegos clase D metales combustibles.

Extintores de Agua Vaporizada (AC)

Los extintores de agua pulverizada son diseñados para proteger todas las áreas que contienen riesgos de fuegos Clase A (combustibles sólidos) y Clase C (equipos eléctricos energizados) en forma eficiente y segura. Son muy modernos.

Tienen una boquilla de salida especialmente diseñada para producir una salida del agua en forma de niebla, que sumado a que el agente extintor es agua destilada muy pura, lo convierten en un agente extintor que no conduce la electricidad y además no daña los equipos electrónicos que no son atacados por el fuego. El tanque del matafuego es de acero.

Aplicaciones típicas son: servicios aéreos, edificios de departamentos, bancos museos oficinas, hospitales, centro de cómputos, industrias electrónicas, centro de telecomunicaciones, escuelas, supermercados, etc.

Origen de un incendio

Los incendios siempre comienzan siendo pequeños, por lo general, por algún descuido humano o por problemas eléctricos y van adquiriendo mayor

dimensión e intensidad si encuentran oxígeno y combustibles disponibles. En el interior de un edificio puede que el oxígeno se agote a medida que crezca el tamaño del incendio. Si hay oxígeno suficiente y la combustión es relativamente completa, como resultado, el incendio es muy rápido. Las temperaturas llegarán a un orden de entre 350° y 400° C. En ella aumentan las llamas y la temperatura sube de 400° a 550° C. Se reduce drásticamente el contenido de oxígeno, retrocediendo el fuego a su punto de origen y se mantiene latente en forma de brasas, al no poder propagarse por falta de oxígeno. La producción de calor es muy elevada, con temperaturas de 550 hasta 1.100° C. En esta etapa, la combustión incompleta emite un humo denso, quedando atrapado en el interior del edificio junto con los gases combustibles sobrecalentados, estos gases se calientan por encima de su temperatura de inflamación, la que no se puede producir por falta de oxígeno. Si penetra aire en el lugar antes de desalojar los gases, éstos pueden inflamarse y provocar una explosión súbita llamada explosión de humo, que es la que tanto daño hace a las estructuras y a los bomberos.

Humo

En un incendio nuestro peor enemigo es el humo, es por ello, que debemos saber que hacer frente a esta situación. Causa más muertes primero, que el fuego mismo.

Manténgase cerca del piso para evitar el humo y los gases tóxicos. El mejor aire se encuentra cerca del piso. Los gases y el calor ascienden, la respiración se hace dificultosa cuanto más alta está la cabeza. Por ello es conveniente gatear o moverse arrastrándose por el piso (reptando). Si es posible, cubra su boca y nariz con un trapo húmedo para ayudar a su respiración. Las escaleras serán su ruta primaria de escape. Una vez que esté en la escalera, descienda (si no hay fuego) y nunca vaya hacia un piso más alto. A menos que no pueda descender, dirijase a las terrazas o trate de pasar en forma segura a las propiedades vecinas solicitando ayuda. No salte del edificio. Muchas personas mueren absurdamente en la desesperación. Espere a que llegue la ayuda que solicitó.

USO DE LOS MATAFUEGOS

Como utilizar un extintor portátil frente al fuego

- Gire el pasador o clavija, quite el pasador que traba el gatillo. Para ello gírelo y al girar rompa el precinto.
- Apunte la boquilla del extintor hacia la base de las llamas.
- Apriete el gatillo, manteniendo el extintor en la posición vertical.
- Mueva la boquilla de lado a lado, cubriendo el área del fuego con el agente extintor.

RECUERDE

- Si su ruta de escape se ve amenazada...
- Si se le acaba el agente extintor....
- Si el uso del extintor no parece dar resultados... • Si no puede seguir combatiendo el fuego en forma segura... ..

Abandonar el área inmediatamente!!!!!!

“La presente capacitación ante riesgos y siniestros está diseñado para formar personas que deseen precaverse y entrenarse para contrarrestar sucesos súbitos y desgracias”⁴

En lo que se refiere al uso de mangueras contra incendio es necesario que estos dispositivos sean utilizados por personal de bomberos, se deben asegurar que la presión de agua sea la adecuada y seguir una serie de pasos.

- Una persona debe apoyar a quien sostiene la boca.
- Conectar la manguera a la toma de agua.
- Una persona debe sostener la boca de la manguera.
- Apuntar el chorro de agua a la base del incendio.

En caso de que se presente una catástrofe el equipo de salud debe estar preparado para la atención inmediata de los pacientes y víctimas de esta situación, para esto es necesario el manejo de triage.

⁴. Lic. Marcelo Figueroa, Uso de Matafuegos, año 2008, página n°8

2. Diseño Metodológico

2.1. Tipo de Investigación: Esta investigación es de tipo cuantitativa y de tipo correlacional, ya que se busca determinar si existe una relación entre las variables de estudio. El diseño es cuantitativo porque se busca medir y analizar estadísticamente los datos obtenidos.

2.2. Área de estudio: Se centra en el estudio de la percepción de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus.

2.2.1. Ubicación: El estudio se realizará en el Hospital General de México, específicamente en el Departamento de Endocrinología y Metabolismo.

CAPITULO II

2.3. Métodos y Técnicas de Recolección de Datos: El método principal de recolección de datos es el cuestionario, el cual será aplicado a los pacientes con diabetes mellitus. Se utilizarán técnicas de muestreo aleatorio simple para seleccionar a los participantes de la muestra.

Variables: En esta investigación se utilizarán las siguientes variables:

Variables

• Variable dependiente: Calidad de vida percibida por los pacientes con diabetes mellitus.

• Variable independiente: Nivel de control de la diabetes mellitus.

• Operacionalización de variables:

• Operacionalización de la variable dependiente:

2 Diseño Metodológico.

2.1. Tipo de investigación: Esta investigación, de acuerdo a los objetivos planteados, tiene un alcance del tipo descriptivo-explicativo, ya que busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas sometidas al análisis, y explicar por qué ocurre este fenómeno y cuáles son los factores causales.

2.2. Área de estudio: Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Central de Mendoza.

2.2.1. Universo: La población está conformada por el personal interdisciplinario permanente de la Unidad de Terapia Intensiva del hospital central de Mendoza.

2.2.2. Muestra: 69 personas (Enfermeros Profesionales, Licenciados en Enfermería, Licenciados en Kinesiología, Médicos y Administrativos).

2.3. Métodos y Técnicas de Recolección: El enfoque de esta investigación es cuantitativo, ya que utiliza la recolección de datos y su consecuente análisis para contestar a la pregunta principal de la investigación, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento de la muestra.

Variables: En esta investigación se utilizaron tanto variables dependientes.

Variables:

- ❖ **Conocimiento de actuación ante catástrofes:** lo que se sabe acerca de cómo actuar frente a un siniestro con respecto a los procedimientos que se deben realizar.
- ❖ **El equipo de salud:** equipo interdisciplinario, que tiene del siniestro actuación dentro del servicio, es decir que llevan a cabo sus funciones a diario y que en caso de catástrofes van a participar de la misma.
- ❖ **Operacionalización de variables:**
- ❖ Conocimientos de actuación:

- Vías de escape: - ubicación, -luces de emergencia,- escaleras,- señalización.
- Traslado de pacientes: -conocimiento del procedimiento,-indicación biomédica,- medio de traslado (camillas , ascensores)
- Recursos: - disponibilidad,-ubicación.
- Aspectos legales: -ley de ejercicio,- conocimiento de la existencia de protocolo.

❖ Equipo de salud:

- Interdisciplinariedad: -médicos, -enfermeros,- auxiliares,- kinesiólogos.
- Edad:-21g-25,-26-30,-31-35,-36-40,-41-45,-46-50,-51-55,-56-60,-61-65.
- Antigüedad: -1-5,-6-10,-11-15,-16-20,-21-25,-26-30.
- Sexo: -masculino,- femenino.
- Dificultad para movilizarse:- obesidad, -dolencias crónicas.

Instrumento de recolección: encuesta directa

2.4. Codificación del nivel de instrucción y/o capacitación específica de las personas en estudio

A- Traslado urgente de pacientes críticos:

1. Sabe cómo trasladar pacientes críticos: a- si, b- no
2. Posee instrucción biomédica: a-sí, b- no
3. Tiene conocimiento sobre el triage: a-si, b- no
4. Tiene en su opinión el temple necesario para actuar en una situación catastrófica: a-mucha, b-poca, c-nada

B- Manejo de dispositivos de seguridad y emergencia.

5. Sabe cómo utilizar los dispositivos de seguridad y emergencia: a- sí, b- no
6. Cree usted que los dispositivos con los que se cuenta son suficientes: a- sí, b- no

7. Conoce la ubicación de estos dispositivos en su servicio: a-sí, b- no

C- Vías de escape:

8. Conoce las instalaciones del hospital: a-mucho, b-poco, c- nada

9. Conoce cuales son las vías de escape y su respectiva señalización:
a- sí, b- no

10. En su opinión cree que estas vías de escape son adecuadas y transmiten sensación de seguridad: a-sí, b-no

D- Aspectos legales:

11. Conoce usted la ley de ejercicio a la cual su profesión responde: a- mucho, b- poco, c- nada.

12. Sabe de las implicancias ético-legales que conllevan sus decisiones en este tipo de situaciones: a- si, b- no.

E- Guía de procedimientos:

13. Se le ha proporcionado alguna guía de procedimiento para emergencias y desastres: a-si, b- no

14. Sabe si existe un comité de catástrofe dentro del hospital: a-si, b- no

2.5. Codificación de la caracterización de los integrantes del equipo de salud:

F- Sexo:

15. Tipo de personal: a- masculino, b- femenino

G- Formación:

16. Tipo de formación: a- medico, b- enfermero profesional, c-licenciado en enfermería, d- licenciado en kinesiología, e- administrativo.

H- Edad:

17. Intervalo de edad: a-(21 a 25), b-(26 a 30), c- (31 a 35), d-(36 a 40), e(41 a 45), f(46 a 50), g-(51 a 55), h-(56 a 60), i- (61 a 65).

I- Antigüedad:

18. Tiempo de permanencia en el servicio: a-(1 a 5), b-(6 a 10), c-(11 a 15), d-(16 a 20), e-(21 a 25), f-(26 a 30).

J- Dificultad para moverse:

19. Dolencias crónicas: a- sí, b- no

20. Obesidad: a- sí, b- no

K- Criterios procedimentales:

21. Sabe cómo proceder ante una situación de catástrofe en su lugar de trabajo: a- sí, b- no

22. Tiene usted alguna instrucción previa sobre cómo actuar en una situación de catástrofe en su lugar de trabajo: a- sí, b- no

L- Instrucción pertinente en situaciones de catástrofes intra y extrahospitalarias:

Posee conocimiento de emergentología: a- mucho, b- poco, c- nada.

CAPITULO III

TABLAS UNIVARIADAS

2.1. Tabla N° 01 personas en estudio según "Personal Permanente" del Hospital Central, servicio de terapia intensiva, Mendoza, julio de 2014.

| Personal Permanente | |
|---------------------|------------|
| Categoría | Frecuencia |
| Intensivistas | 10 |
| Residentes | 10 |
| Enfermeras | 10 |
| Administrativos | 10 |
| Total | 40 |

CAPITULO III

3.1. Características del personal permanente



Como parte del personal permanente de UTI, se han egresado 12 personas, 14 en terapia intensiva y 2 en administración.

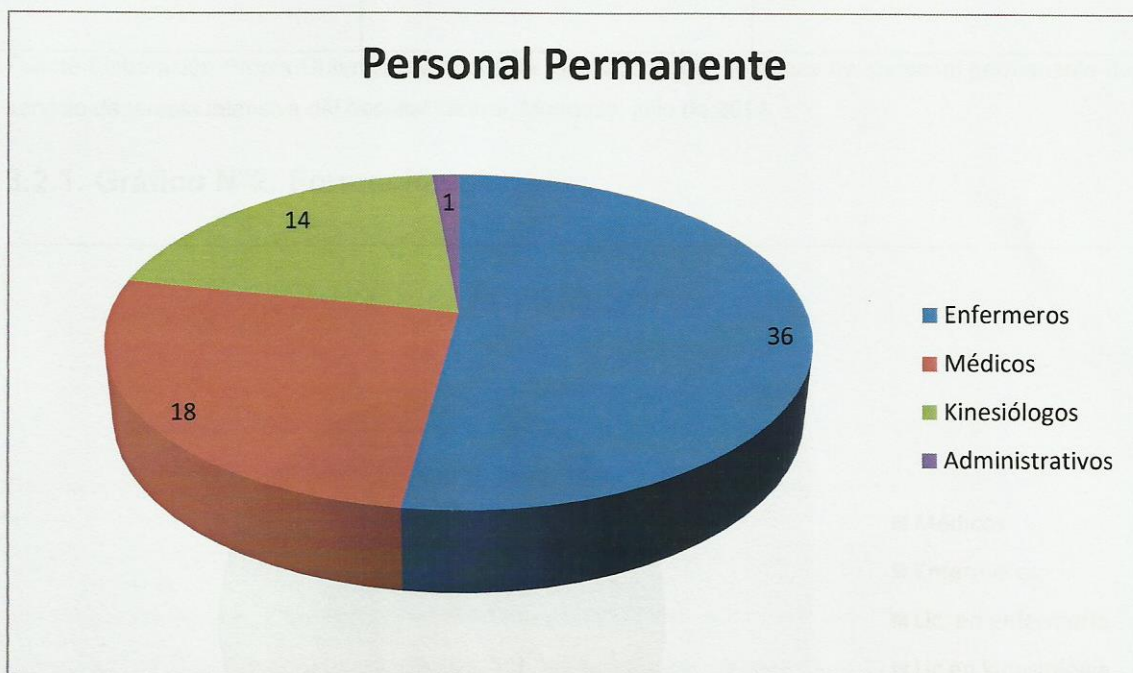
TABLAS UNIVARIADAS.

3.1. Tabla N°1: 69 personas en estudio según “Personal Permanente” del Hospital Central, servicio de terapia intensiva, Mendoza, julio de 2014.

| Personal Permanente | | |
|---------------------|-------------|------|
| | F. absoluta | F. % |
| Enfermeros | 36 | 53% |
| Kinesiólogos | 14 | 20% |
| Médicos | 18 | 26% |
| Administrativos | 1 | 1% |
| Total | 69 | 100% |

Fuente Elaboración Propia Obtenida de encuesta realizada a (69) personas del personal permanente del servicio de terapia intensiva del hospital central, Mendoza, julio de 2014.

3.1.1. Gráfico N°1: Personal Permanente



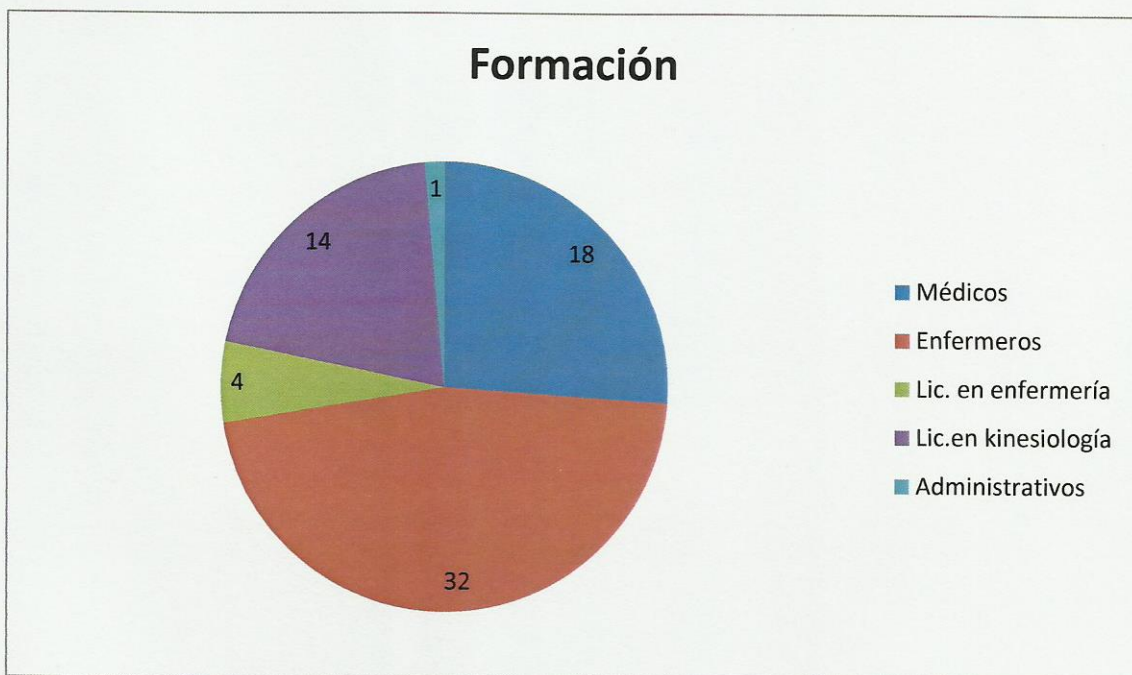
Comentario: Del personal permanente de UTI, 36 son enfermeros, 18 son médicos, 14 son kinesiólogos, y hay un administrativo.

3.2. Tabla N°2: 69 personas en estudio según “Nivel de Formación” del personal del Hospital Central, servicio de terapia intensiva, Mendoza, Julio 2014.

| Formación | | |
|-----------------------------|-------------|-------------------|
| | F. absoluta | F. porcentual (%) |
| Médicos | 18 | 26% |
| Enfermeros | 32 | 47% |
| Lic. en enfermería | 4 | 6% |
| Lic. en kinesiología | 14 | 20% |
| Administrativos | 1 | 1% |
| Total | 69 | 100% |

Fuente Elaboración Propia Obtenida de encuesta realizada a (69) personas del personal permanente del servicio de terapia intensiva del hospital central, Mendoza, julio de 2014.

3.2.1. Gráfico N°2: Formación



Comentario: Del personal de terapia intensiva del hospital central; 18 son médicos, 32 son enfermeros, 4 son Lic. en enfermería, 4 son Lic. en kinesiología, y uno es administrativo.

| Intervalos | Frecuencia | % |
|--------------|------------|------|
| 21 a 25 años | 3 | 6% |
| 26 a 30 años | 11 | 22% |
| 31 a 35 años | 20 | 40% |
| 36 a 40 años | 12 | 24% |
| 41 a 45 años | 18 | 36% |
| 46 a 50 años | 0 | 0% |
| 51 a 55 años | 1 | 2% |
| 56 a 60 años | 1 | 2% |
| 61 a 65 años | 0 | 0% |
| Total | 56 | 100% |

Gráfico 3.3.1: Distribución de personal de terapia intensiva del hospital central por edad.

El gráfico muestra la distribución de personal de terapia intensiva del hospital central por edad.

3.3.1. Gráfico N°3: Edad



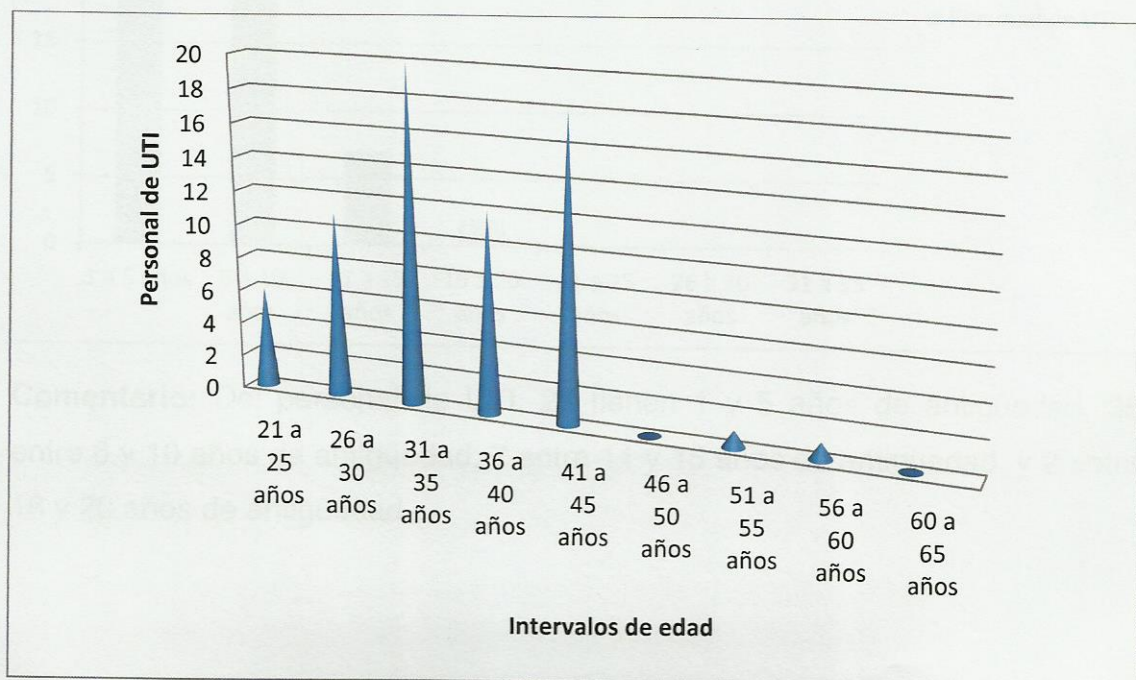
Comentario: Del personal de UCI, 6 son en rango 21 y 25 años, 11 entre 26 y 30 años, 20 entre 31 y 35 años, 12 entre 36 y 40 años, 18 entre 41 y 45 años, 1 entre 51 y 55 años, y 1 entre 56 y 60 años.

3.3. Tabla N°3: 69 personas en estudio sobre “Edad” del personal del Hospital Central, servicio de terapia intensiva, Mendoza, Julio 2014.

| Edad | | |
|--------------|-------------|-------------|
| Intervalos | F. absoluta | F. % |
| 21 a 25 años | 6 | 9% |
| 26 a 30 años | 11 | 16% |
| 31 a 35 años | 20 | 29% |
| 36 a 40 años | 12 | 18% |
| 41 a 45 años | 18 | 26% |
| 46 a 50 años | 0 | 0% |
| 51 a 55 años | 1 | 1% |
| 56 a 60 años | 1 | 1% |
| 60 a 65 años | 0 | 0% |
| Total | 69 | 100% |

Fuente Elaboración Propia Obtenida de encuesta realizada a (69) personas del personal permanente del servicio de terapia intensiva del hospital central, Mendoza, julio de 2014.

3.3.1. Gráfico N°3: Edad



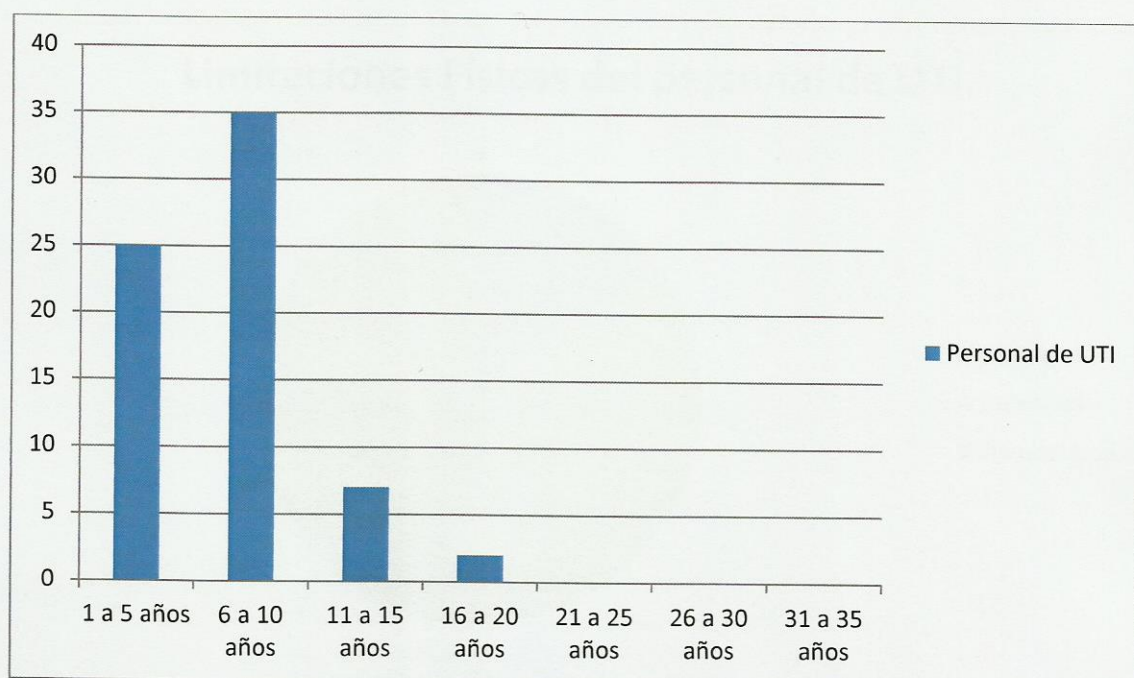
Comentario: Del personal de UTI, 6 tienen entre 21 y 25 años, 11 entre 26 y 30 años, 20 entre 31 y 35 años, 12 entre 36 y 40 años, 18 entre 41 y 45 años, 1 entre 51 y 55 años, y 1 entre 56 y 60 años.

3.4. Tabla N°4: 69 personas en estudio sobre “Antigüedad” del personal del Hospital Central, servicio de terapia intensiva, Mendoza, Julio 2014.

| | Antigüedad | |
|---------------------|-------------|-------------|
| | F. absoluta | F. % |
| 1 a 5 años | 25 | 36% |
| 6 a 10 años | 35 | 51% |
| 11 a 15 años | 7 | 10% |
| 16 a 20 años | 2 | 3% |
| 21 a 25 años | 0 | 0% |
| 26 a 30 años | 0 | 0% |
| 31 a 35 años | 0 | 0% |
| Total | 69 | 100% |

Fuente Elaboración Propia Obtenida de encuesta realizada a (69) personas del personal permanente del servicio de terapia intensiva del hospital central, Mendoza, julio de 2014.

3.4.1. Gráfico N°4: Antigüedad.



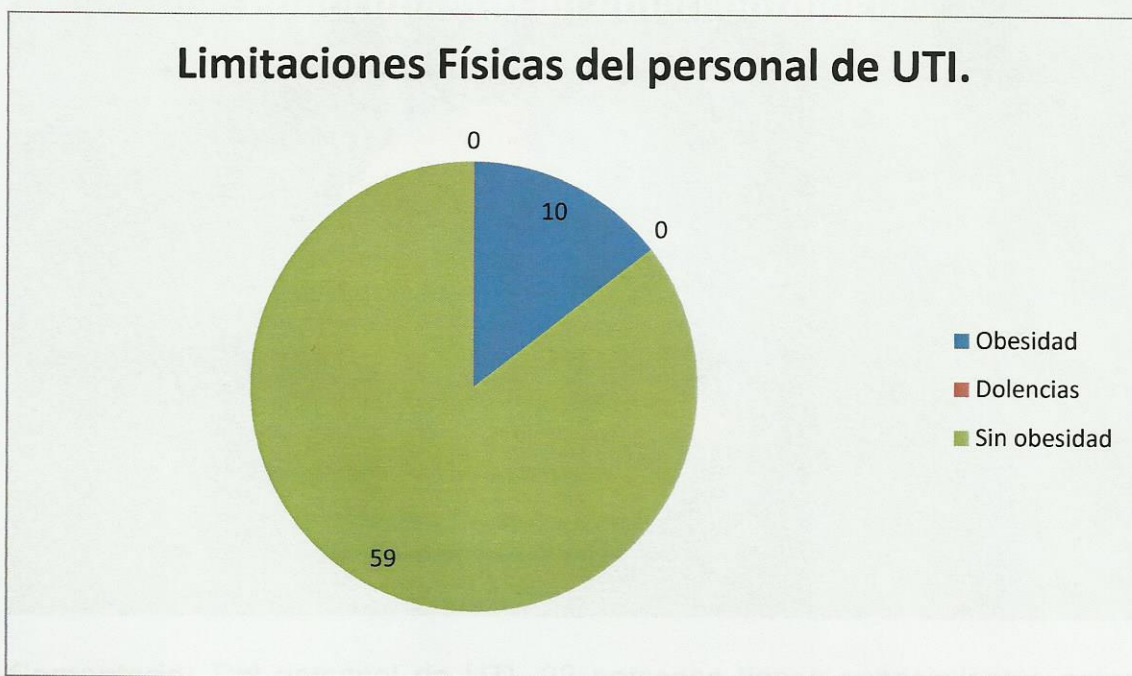
Comentario: Del personal de UTI, 25 tienen 1 y 5 años de antigüedad, 35 entre 6 y 10 años de antigüedad, 7 entre 11 y 15 años de antigüedad, y 2 entre 16 y 20 años de antigüedad.

3.5. Tabla N°5: 69 personas en estudio sobre “Limitaciones Físicas” del personal del Hospital Central, servicio de terapia intensiva, Mendoza, Julio 2014.

| Limitaciones Físicas. | | |
|-----------------------|-------------|-------------|
| | F. absoluta | F. % |
| Obesidad | 10 | 14% |
| Dolencias | 0 | 0% |
| Sin obesidad | 59 | 86% |
| Total | 69 | 100% |

Fuente Elaboración Propia Obtenida de encuesta realizada a (69) personas del personal permanente del servicio de terapia intensiva del hospital central, Mendoza, julio de 2014.

3.5.1. Gráfico N° 5: Limitaciones



Comentario: Del personal de UTI, 10 personas tienen obesidad, 59 no son obesos, y ninguna manifiesta dolencias.

3.6. Tabla N°6: 69 personas en estudio sobre “Conocimiento en emergentología” del personal del Hospital Central, servicio de terapia intensiva, Mendoza, Julio 2014.

| Conocimiento en emergentología | | |
|--------------------------------|-------------|------|
| | F. absoluta | F. % |
| Si | 22 | 32% |
| No | 47 | 68% |
| Total | 69 | 100% |

Fuente Elaboración Propia Obtenida de encuesta realizada a (69) personas del personal permanente del servicio de terapia intensiva del hospital central, Mendoza, julio de 2014.

3.6.1. Gráfico N°6: Conocimiento en emergentología



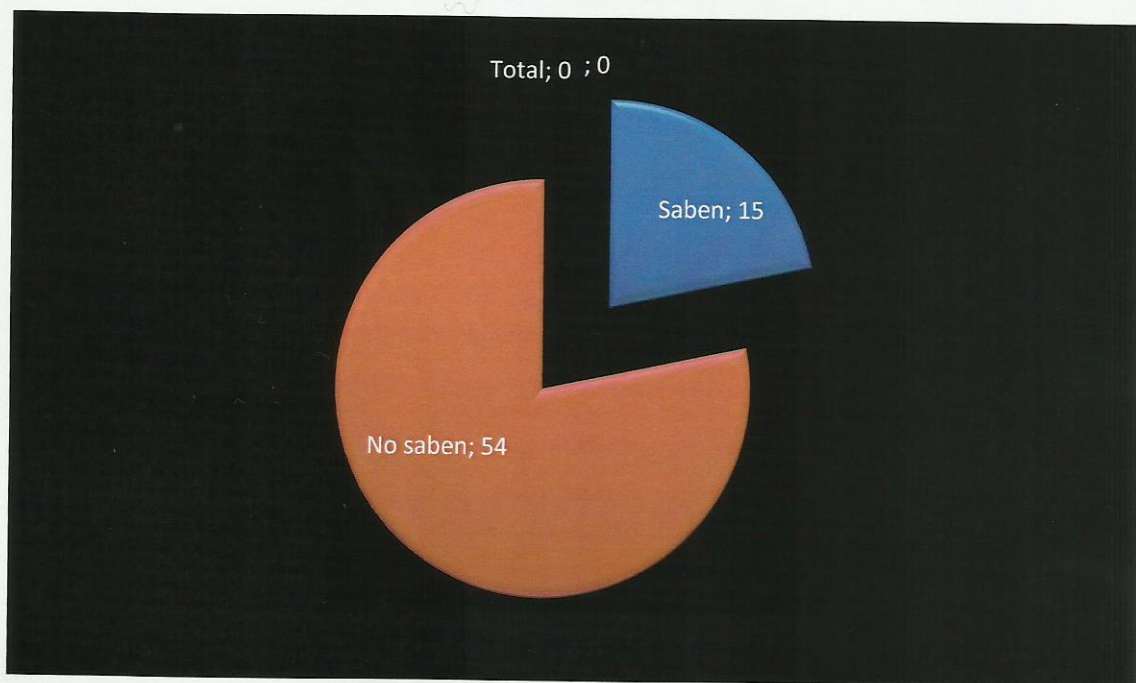
Comentario: Del personal de UTI, 22 personas tienen conocimientos sobre emergentología y 47 no tienen conocimientos.

3.7. Tabla N°7: 69 personas en estudio sobre “Conocimientos en triage” del personal del Hospital Central, servicio de terapia intensiva, Mendoza, Julio 2014.

| Conocimientos en triage | | |
|-------------------------|-------------|------|
| | F. absoluta | F. % |
| Saben | 15 | 22% |
| No saben | 54 | 78% |
| Total | 69 | 100% |

Fuente Elaboración Propia Obtenida de encuesta realizada a (69) personas del personal permanente del servicio de terapia intensiva del hospital central, Mendoza, julio de 2014.

3.7.1. Gráfico N°7: Conocimiento en triage.



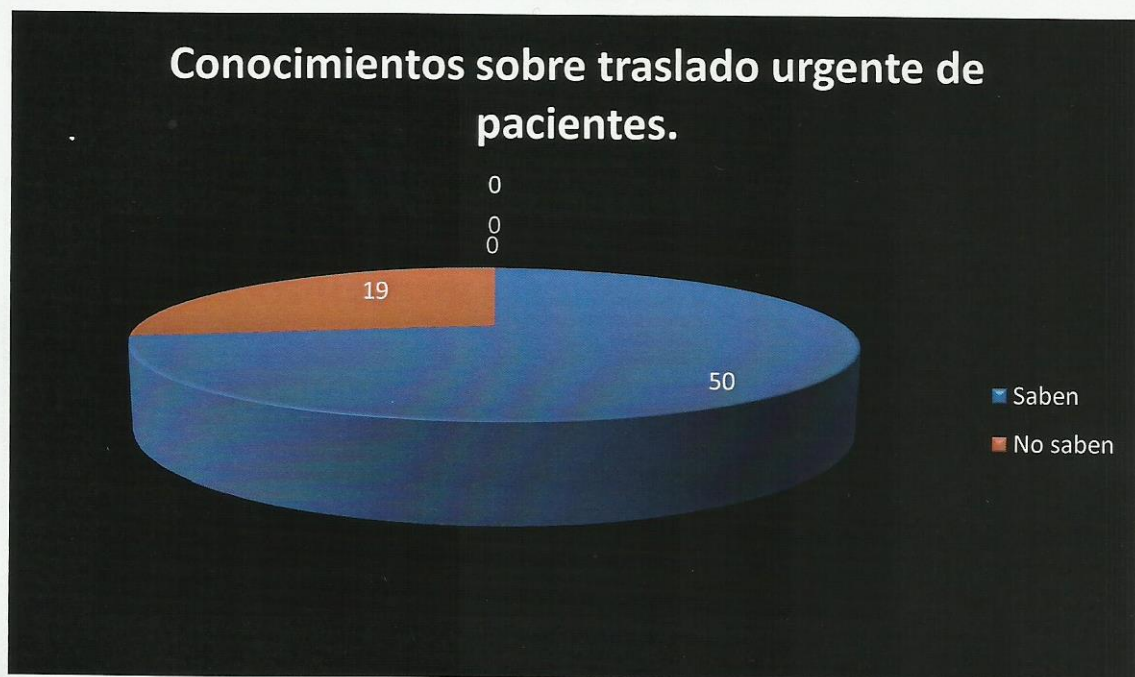
Comentario: Del personal de UTI, 15 personas saben de triage, y 54 no saben cómo llevar este procedimiento a cabo.

3.8. Tabla N°8: 69 personas en estudio sobre “Conocimientos en traslados urgentes de pacientes” del personal del Hospital Central, servicio de terapia intensiva, Mendoza, Julio 2014.

| Conocimientos sobre traslado urgente de pacientes | | |
|---|-------------|------|
| | F. absoluta | F. % |
| Saben | 50 | 72% |
| No saben | 19 | 28% |
| Total | 69 | 100% |

Fuente Elaboración Propia Obtenida de encuesta realizada a (69) personas del personal permanente del servicio de terapia intensiva del hospital central, Mendoza, julio de 2014.

3.8.1. Gráfico N°8: Conocimientos sobre traslados urgentes de pacientes.



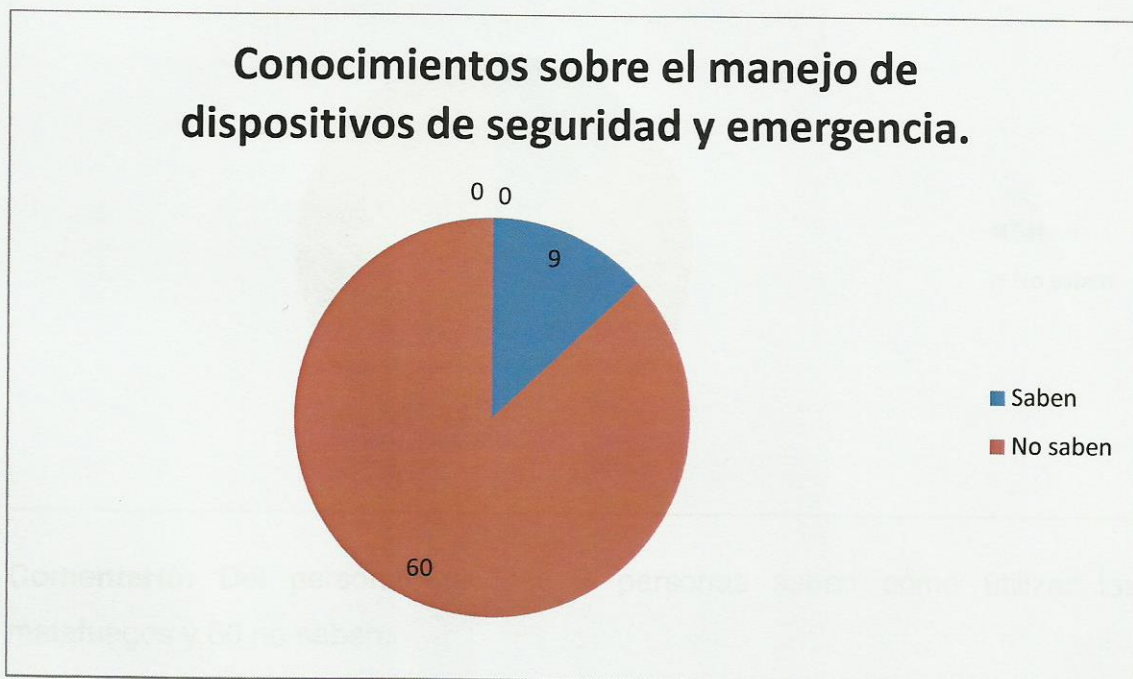
Comentario: Del personal de UTI, 50 personas saben cómo trasladar en forma urgente a un paciente, y 19 no saben.

3.9. Tabla N°9: 69 personas en estudio sobre “Conocimientos sobre el manejo de dispositivos de seguridad y emergencia” del personal del Hospital Central, servicio de terapia intensiva, Mendoza, Julio 2014.

| Conocimientos sobre el manejo de dispositivos de seguridad y emergencia. | | |
|--|-------------|------|
| | F. absoluta | F. % |
| Saben | 9 | 13% |
| No saben | 60 | 87% |
| Total | 69 | 100% |

Fuente Elaboración Propia Obtenida de encuesta realizada a (69) personas del personal permanente del servicio de terapia intensiva del hospital central, Mendoza, julio de 2014.

3.9.1. Gráfico N°9: Conocimientos sobre el manejo de dispositivos de seguridad y emergencia.



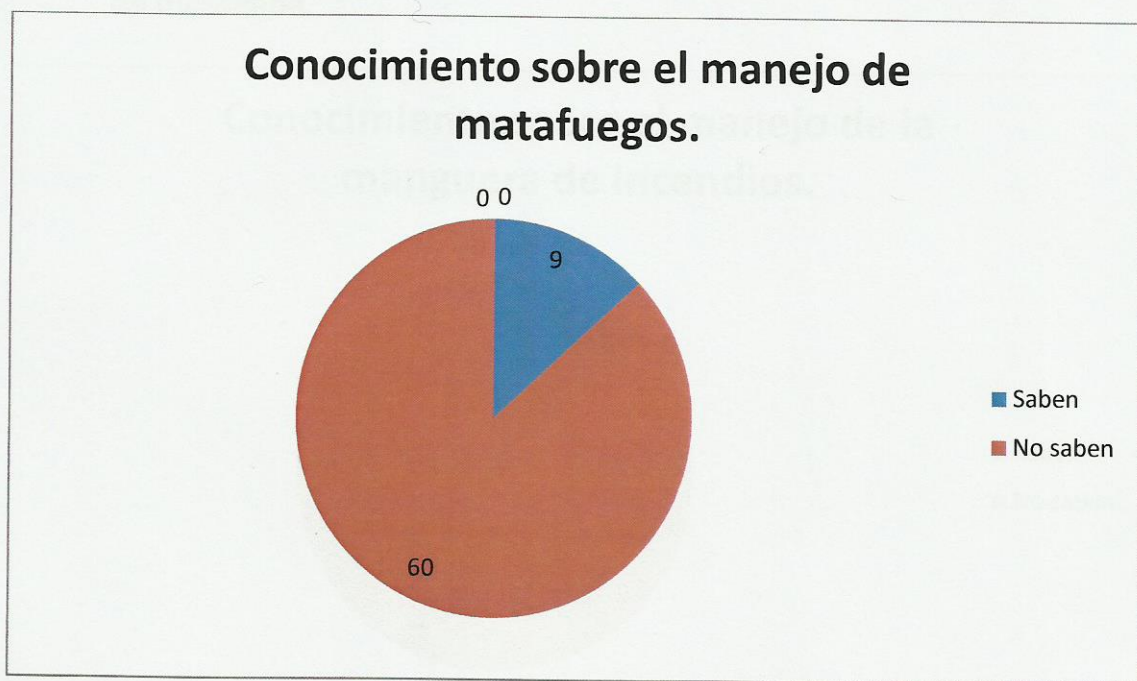
Comentario: Del personal de UTI, 60 personas no saben cómo manejar los dispositivos de seguridad y emergencia y 9 sí sabe.

3.10. Tabla N°10: 69 personas en estudio sobre “Conocimientos sobre el manejo de un matafuegos” del personal del Hospital Central, servicio de terapia intensiva, Mendoza, Julio 2014.

| Conocimientos sobre el manejo de matafuegos | | |
|---|-------------|-------------|
| | F. absoluta | F. % |
| Saben | 9 | 13% |
| No saben | 60 | 87% |
| Total | 69 | 100% |

Fuente Elaboración Propia Obtenida de encuesta realizada a (69) personas del personal permanente del servicio de terapia intensiva del hospital central, Mendoza, julio de 2014.

3.10.1. Gráfico N°10: Conocimiento sobre el manejo de matafuegos.



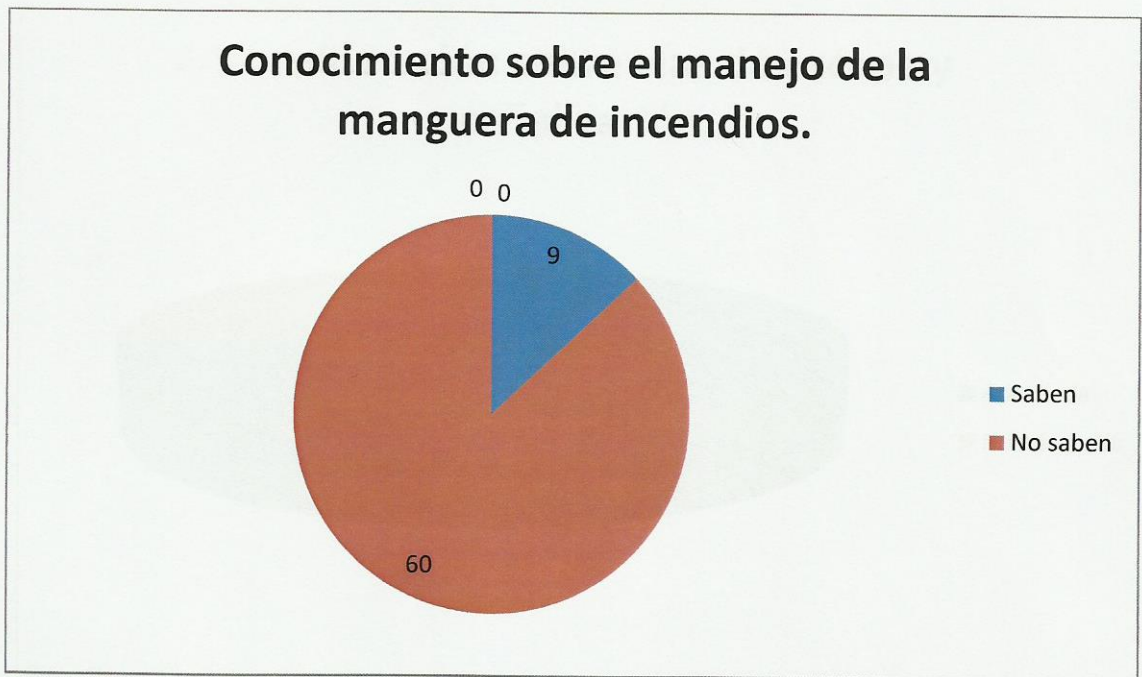
Comentario: Del personal de UTI, 9 personas saben cómo utilizar los matafuegos y 60 no saben.

3.11. Tabla N°11: 69 personas en estudio sobre “Conocimientos sobre el manejo de la manguera de incendios” del personal del Hospital Central, servicio de terapia intensiva, Mendoza, Julio 2014.

| Conocimientos sobre el manejo de la manguera de incendios | | |
|---|-------------|-------------|
| | F. absoluta | F. % |
| Saben | 9 | 13% |
| No saben | 60 | 87% |
| Total | 69 | 100% |

Fuente Elaboración Propia Obtenida de encuesta realizada a (69) personas del personal permanente del servicio de terapia intensiva del hospital central, Mendoza, julio de 2014.

3.11.1. Gráfico N°11: Conocimientos sobre el manejo de la manguera de incendios.



Comentario: Del personal de UTI, 9 personas saben cómo utilizar la manguera de incendios, y 60 no saben.

3.12. Tabla N°12: 69 personas en estudio sobre “Consideración sobre vías de escape y señalización” del personal del Hospital Central, servicio de terapia intensiva, Mendoza, Julio 2014.

| Consideración sobre vías de escape y señalización. | | |
|---|--------------------|-------------|
| | F. absoluta | F. % |
| Adecuada | 49 | 71% |
| No adecuada | 20 | 29% |
| Total | 69 | 100% |

Fuente Elaboración Propia Obtenida de encuesta realizada a (69) personas del personal permanente del servicio de terapia intensiva del hospital central, Mendoza, julio de 2014.

3.12.1. Gráfico N°12: Consideración sobre las vías de escape y señalización.



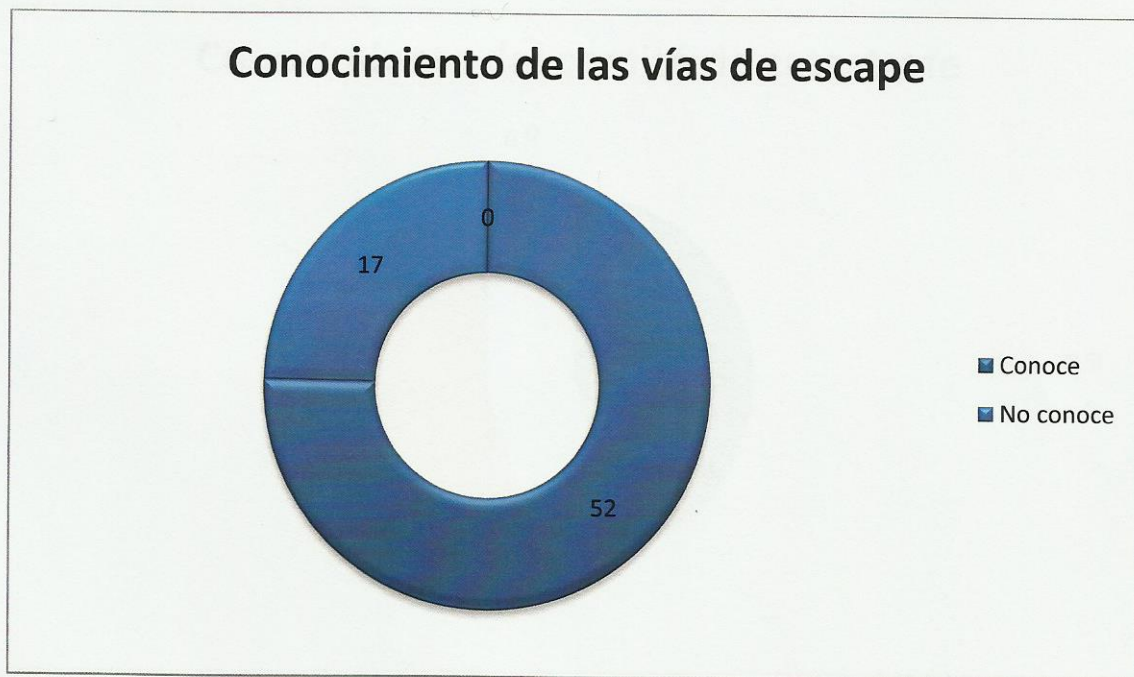
Comentario: Del personal de UTI, 49 personas opinan que las vías de escape y señalización son adecuadas, y 20 personas opinan que no son adecuadas y que la estructura no es la adecuada.

3.13. Tabla N°13: 69 personas en estudio sobre “Conocimiento de vías de escape” del personal del Hospital Central, servicio de terapia intensiva, Mendoza, Julio 2014.

| Conocimiento de vías de escape | | |
|--------------------------------|-------------|-------------|
| | F. absoluta | F. % |
| Conoce | 52 | 75% |
| No conoce | 17 | 25% |
| Total | 69 | 100% |

Fuente Elaboración Propia Obtenida de encuesta realizada a (69) personas del personal permanente del servicio de terapia intensiva del hospital central, Mendoza, julio de 2014.

3.13.1. Gráfico N°13: Conocimiento de las vías de escape.



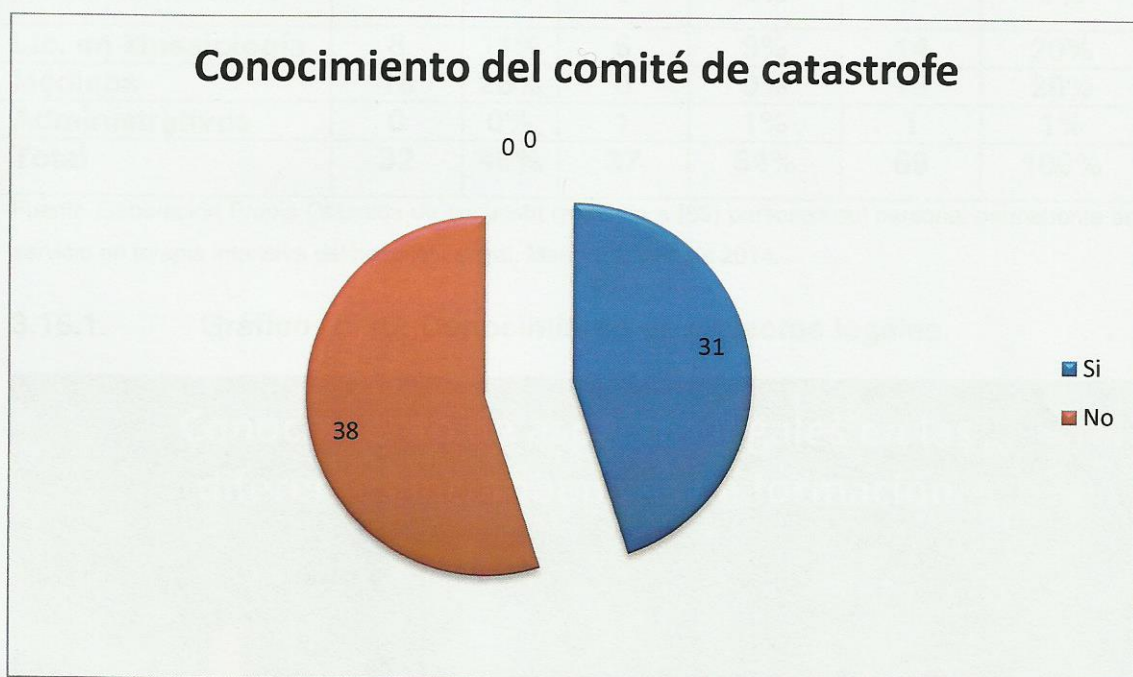
Comentario: Del personal de UTI, 17 personas no conocen las vías de escape del hospital y 52 si las conocen.

3.14. Tabla N°14: 69 personas en estudio sobre “Conocimiento del comité de catástrofe” del personal del Hospital Central, servicio de terapia intensiva, Mendoza, Julio 2014.

| Conocimiento | Comité de catástrofe | |
|--------------|----------------------|------|
| | F. absoluta | F. % |
| Si | 31 | 45% |
| No | 38 | 55% |
| Total | 69 | 100% |

Fuente Elaboración Propia Obtenida de encuesta realizada a (69) personas del personal permanente del servicio de terapia intensiva del hospital central, Mendoza, julio de 2014.

3.14.1. Gráfico N°14: Conocimiento del comité de catástrofe.



Comentario: Del personal de UTI, 31 personas conocen del comité de catástrofe del hospital y 38 no lo conocen o no se les ha informado de su existencia.

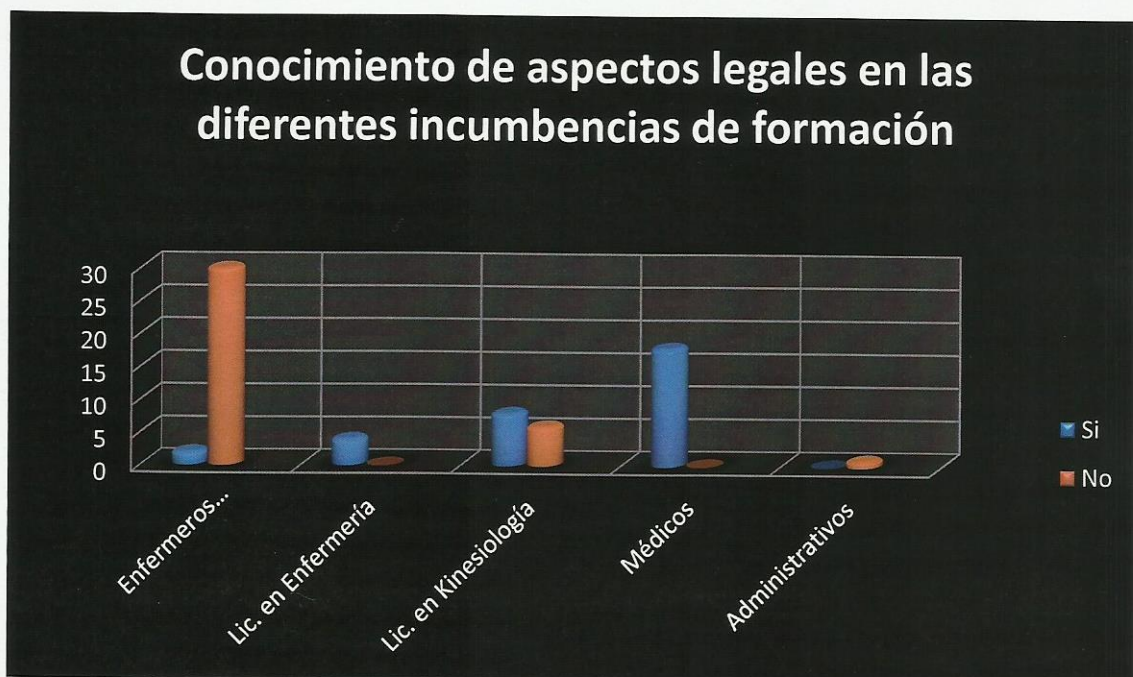
Tablas bivariadas

3.15. Tabla N°15: 69 personas en estudio sobre “Conocimiento De los aspectos legales y su incumbencia de acuerdo a los respectivos títulos habilitantes” del personal del Hospital Central, servicio de terapia intensiva, Mendoza, Julio 2014.

| Título habilitante Aspectos legales | Conocimiento | | | | | |
|---|--------------|------------|-----------|------------|-----------|-------------|
| | Si | | No | | Total | |
| | F. abs | F. % | F. abs | F. % | F. abs. | F. % |
| Enfermeros | 2 | 3% | 30 | 44% | 32 | 47% |
| Lic. en enfermería | 4 | 6% | 0 | 0% | 4 | 6% |
| Lic. en kinesiología | 8 | 11% | 6 | 9% | 14 | 20% |
| Médicos | 18 | 26% | 0 | 0% | 18 | 26% |
| Administrativos | 0 | 0% | 1 | 1% | 1 | 1% |
| Total | 32 | 46% | 37 | 54% | 69 | 100% |

Fuente Elaboración Propia Obtenida de encuesta realizada a (69) personas del personal permanente del servicio de terapia intensiva del hospital central, Mendoza, julio de 2014.

3.15.1. Gráfico N° 15: Conocimiento de aspectos legales.



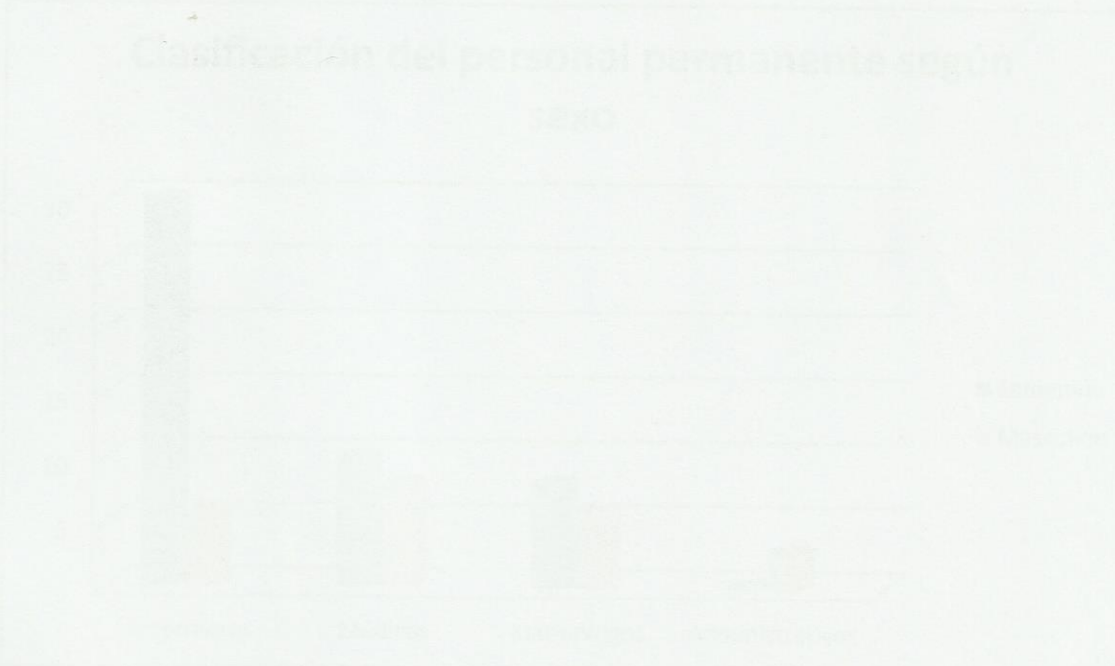
Comentario: Del personal de UTI, la mayor parte de enfermería desconoce los aspectos legales y las leyes que rigen su trabajo y en las cuales se encuentran los derechos y obligaciones que cada enfermero las cuales se encuentran

contempladas en la ley 24.004, kinesiología arroja un resultado dividido, la parte medica conoce en la totalidad de los encuestados los aspectos legales que le conciernen en cuanto a su práctica, derechos y obligaciones, y sin conocimiento en el sector administrativo ya que carece de contacto directo con los pacientes.

| Categoría | Clasificación | | | | |
|-----------------|---------------|------|-----------|------|-------|
| | Femenino | | Masculino | | Total |
| | F. abs. | F. % | M. abs. | M. % | |
| Medicos | 30 | 67% | 14 | 73% | 44 |
| Kinesiólogos | 10 | 45% | 14 | 73% | 24 |
| Administrativos | 5 | 23% | 3 | 15% | 8 |
| Total | 45 | 100% | 31 | 100% | 76 |

Fuente: Encuesta sobre el conocimiento de los aspectos legales de la práctica profesional de los kinesiólogos en el sector administrativo. Montevideo, junio de 2014.

Figura 2.10.1. Gráfico N° 10. Clasificación del personal permanente según sexo.

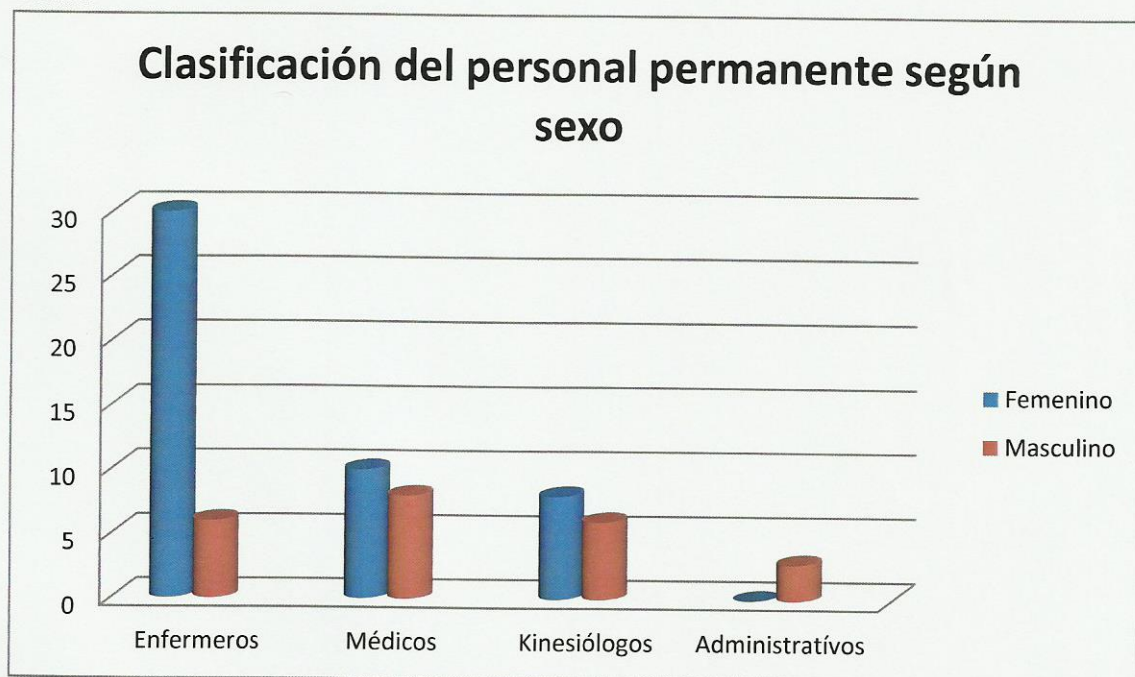


3.16. Tabla N°16: 69 personas en estudio según “Clasificación del personal permanente según sexo” del Hospital Central, servicio de terapia intensiva, Mendoza, julio de 2014.

| Sexo Personal Permanente | Clasificación | | | | | |
|--------------------------------|---------------|------------|-----------|------------|-----------|-------------|
| | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | F. abs. | F. % | F. abs. | F. % | F. abs. | F. % |
| Enfermeros | 30 | 43% | 6 | 7% | 36 | 53% |
| Médicos | 10 | 15% | 8 | 13% | 18 | 26% |
| Kinesiólogos | 8 | 12% | 6 | 9% | 14 | 20% |
| Administrativos | 0 | 0% | 1 | 1% | 1 | 1% |
| Total | 48 | 70% | 21 | 30% | 69 | 100% |

Fuente Elaboración Propia Obtenida de encuesta realizada a (69) personas del personal permanente del servicio de terapia intensiva del hospital central, Mendoza, julio de 2014.

3.16.1. Gráfico N: 16: Clasificación del personal permanente según sexo.



Comentario: Del personal que desarrolla sus actividades en la unidad de terapia intensiva del Hospital Central: el 53% es personal de Enfermería; presentando un plantel femenino de 30 y masculino de 6. El plantel médico compone el 26% con un plantel femenino de 10 y masculino de 8. Kinesiología representa el 20% del personal; y esta área se encuentra representada por 8 personas del sexo femenino y 6 de sexo masculino. Por último encontramos el área administrativa que está representada por una persona de sexo masculino.

Como resultado obtenemos que en todas las profesiones o especialidades se encuentre cubierto y desarrollado en un porcentaje superior por personal femenino, excepto la parte administrativa donde se observa una sola persona de sexo masculino como se mencionó anteriormente.

4. Conclusión general.

De la investigación realizada se obtuvo que el total de las personas encuestadas fueron 69; personal que desarrolla sus funciones dentro del servicio de Terapia Intensiva del Hospital Central de Mendoza, en el mes de julio del año 2014, entre los que encontramos personal de enfermería, médicos, kinesiólogos y personal administrativo.

Los porcentajes arrojados muestran que el 53% corresponde a personal de enfermería, el 20% son kinesiólogos, 26% a médicos y el 1% a personal administrativo.

El personal que desempeña sus tareas tienen rangos de edades distintas, el mayor porcentaje es de 29% que poseen entre 31 y 35 años, continua con un 26% de edades entre 41 y 45 años, el menor porcentaje es del 1% con edades entre 56 y 60 años, lo que lleva a la conclusión de que el personal en su mayoría son adultos mayores.

El 51% han desarrollado sus funciones en el servicio durante un periodo de 6 a 10 años, el 36% entre 1 y 5 años, el 10% entre 11 y 15 años y solo un 3% entre 16 y 20 años. Otro dato obtenido es que solo el 14 % posee obesidad.

Acerca del conocimiento sobre emergentología solo un 32% del personal encuestado sabe, y el 68 % manifiesta no tener conocimientos al respecto.

También se evaluaron determinados aspectos de emergentología como es el triage que arrojó que el 22% de personas encuestadas maneja y conoce la identificación de víctimas, mientras que el 78 % manifiesta no saber.

En traslado urgente de pacientes el 72% saben y un 28% no saben, determinando el traslado a través de un orden de pasos que se deben realizar.

Para el uso de matafuegos solo el 13% conoce el procedimiento correcto para el uso de extintores y el 87 % no sabe cómo utilizarlo, los mismos porcentajes se obtuvieron para el uso de mangueras contra incendio.

El 71% del personal considera que las vías de escape y señalización que posee el hospital son adecuadas y el 29% considera lo contrario. El 75% conoce cuales son las vías de escape.

Si bien el Hospital Central cuenta con un Comité de Catástrofe solo el 45 % del personal sabe de la existencia del mismo.

Con respecto a los aspectos legales que le corresponden a cada profesional, en caso de catástrofe solo el 46% de los profesionales sabe cuáles son sus obligaciones incluyendo médicos, kinesiólogos, enfermeros y personal administrativo. En su mayoría no saben que responsabilidades y obligaciones le corresponden en tal situación arrojando un porcentaje de 54%.

Un dato relevante obtenido a través de la encuesta es que el 70% corresponde a personal femenino: representado en un 43% de personal de enfermería, 15% de kinesiología y un 12% médicos; mientras que el 30% es personal masculino, con un 18% de médicos, 9 % de kinesiólogos, un 7 % de enfermería y 1% personal administrativo.

Se han abordado temas tales como actuaciones ante una catástrofe, cómo actuar, quiénes participan de dicho siniestro, qué hacer posterior a una catástrofe, quienes son los responsables de coordinar estas situaciones, la importancia de la realización de simulacros, que leyes son las que determinan a los responsables y los pasos a seguir.

Se detallan las etapas que establece el protocolo de contingencias del hospital, actividades por sectores, objetivos del mismo.

Se desarrollaron temas de emergentología necesarios para un efectivo accionar como es el manejo de elementos de seguridad que pueden ser utilizados en una catástrofe, como es el manejo de matafuegos o extintores y mangueras contra incendios, la identificación de pacientes y complejidad de los mismos para su posterior atención, la importancia de un buen manejo de triage por parte de todo el personal de salud.

Se logró caracterizar al equipo de salud, que funciones desarrollan y cuál es el conocimiento que poseen acerca de las actuaciones ante una catástrofe, generando interés y realizando propuestas que mejoren tales situaciones a través de prácticas y capacitación.

5. Resultado y discusión de variables.

VARIABLES

EQUIPO DE SALUD: se pudo caracterizar al equipo de salud que desarrolla las funciones, determinando que el 70% es personal femenino, que interactúan médicos, kinesiólogos, enfermeros y personal administrativo, en 55% el personal no sabe de la existencia de un protocolo, por lo tanto no poseen práctica. Solo un 14% del personal posee obesidad, esto puede llegar a condicionar el accionar de estas personas en una catástrofe; y en la totalidad de los encuestados no se manifestaron dolencias.

Si bien el porcentaje de personal que trabaja hace menos de 5 años desarrollando sus funciones en este servicio es del 36%, esta también es una característica que puede condicionar el accionar debido a la experiencia.

La falta de información por parte de los directivos genera que este servicio no cuente con un protocolo que guíe el accionar del equipo de salud en un siniestro.

CONOCIMIENTO DE ACTUACION ANTE UNA CATASTROFE: se evaluó el conocimiento de emergentología del equipo de salud que desarrolla sus funciones dando como resultado que solo el 32% tiene conocimiento, también se evaluaron aspectos específicos como el triage donde solo el 22% maneja la identificación y posterior atención de víctimas; en cuanto al traslado urgente de pacientes, se sabe que es un servicio de cuidados críticos por lo que el 72% tiene un buen manejo, con respecto al manejo de dispositivos y elementos de seguridad y emergencia solo el 13% lo sabe, el 49% del personal considera adecuadas las vías de escape y señalización, el 54% no conoce cuáles son sus responsabilidades y obligaciones ante una catástrofe, lo que da como resultado que en su mayoría el personal no sabe cómo afrontar un siniestro y que los jefes no tienen demasiado interés en la capacitación del equipo para afrontar una situación catastrófica y que el 55% del personal no posee conocimiento acerca de la existencia del Comité de Catástrofe del hospital.

6. Propuestas.

6.1.PROTOCOLO: si bien el Hospital Central cuenta con un protocolo de contingencias, el mismo no es conocido por todo el personal, que desarrolla sus actividades en el mismo.

Se propone evaluar el protocolo existente, determinar que situaciones contempla, como está compuesto y que establece el mismo.

Dialogar con los integrantes del comité de catástrofe, para poder tener acceso al protocolo y luego de ser evaluado y estudiado, proponer modificaciones, separar dicho protocolo en capítulos que contemple el accionar detallado de cada integrante del equipo de salud en cada situación.

6.2.COMUNICACIÓN: mantener una buena comunicación con todos los responsables a cargo del Hospital Central, como así también con los jefes de servicio; para que puedan expresar sus dudas e inquietudes acerca del protocolo, además los jefes de servicio serán los nexos, entre el comité y todo el personal de salud, esto permitirá que una vez que se establezca el protocolo correctamente, se entregará una copia a cada jefe de servicio, para que su equipo tenga acceso al mismo de manera periódica y cuando sea necesario, lo que permitirá que el protocolo sea conocido y manejado por todos.

Al realizarse las reuniones del comité, al finalizar las mismas, se debe comunicar a cada jefe de servicio, los temas que se han tratado, si existe alguna modificación o noticia que deba ser sabida por todo el personal, como lo son los simulacros programados de evacuación, se hace énfasis en esto ya que el personal permanecerá informado y además es participe activo.

6.3.CAPACITACION: poder realizar cursos periódicos de capacitación en primeros auxilios y atención inmediata de pacientes, que si bien el personal debe tener conocimientos sobre estos aspectos, se podrían entregar certificaciones a todas aquellas personas que participen de dicha capacitación, así se podría garantizar una mayor participación de la gente que trabaja en el hospital y que no es la responsable de la atención directa a los pacientes, pero que en caso de catástrofe puedan participar y ayudar de manera activa gracias a la capacitación.

6.4.SIMULACROS: la realización periódica de simulacros de sismos, incendio y atentados, facilitara la aplicación del protocolo; por parte de cada servicio dependiendo de la complejidad de los mismos y sus correspondientes evacuaciones. La utilización de los recursos disponibles, permitirá que cada integrante de un servicio se familiarice con la utilización del equipo y mejorara la práctica para el futuro. También se podrá observar a través de estas simulaciones como se trabaja en equipo y qué tipo de comunicación existe entre pares, en caso de observarse fallas; las mismas se podrán remarcar y corregir para evitar complicaciones y demoras si se presenta una catástrofe.

7. Bibliografía:

Noji, Eric y Col. "Impacto de los Desastres en la Salud 2000".

OPS/OMS Desastres, Preparativos y Mitigación en las Américas:
"Conferencia

Mundial sobre Reducción de Desastres Kobe", Japón Boletín 96 Jul. 2004.

MINSA/OGDN. "Plan sectorial de prevención y atención de emergencias y desastres del Sector Salud R.S".: 009-2004-SA Mayo 2004 Perú.

INDECI/ DND "Simulacro por sismo en el territorio nacional". Directiva Tres 03 Jul 1999.

OPS/OMS "Simulacros Hospitalarios de Emergencia Washington 1995".

Obando Z, Roxana. "Conocimiento de medidas preventivas en escolares en casos de sismo a través de ejercicios de Simulacros y difusión abierta en el Colegio Señor de los Milagros Magdalena 2003".

Feito Grande L. "La responsabilidad de la bioética". Bioética Complutense 2010. Boletín N°2

Diario los andes.com

"Manual de simulacros". Isaac Gonzales yaipen.2005

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL REPÚBLICA DE COLOMBIA.

"Manual de Planeamiento Hospitalario para Emergencias". Grupo Atención de Emergencias y Desastres, 2007.

DIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS BOGOTA DISTRITO CAPITAL. "Lineamientos para la gestión del riesgo en las Instituciones de salud del Distrito Capital". Versión 4, Junio de 2007.

Noji, Eric y Col. "Impacto de los Desastres en la Salud 2000".

OPS/OMS Desastres, Preparativos y Mitigación en las Américas:
"Conferencia Mundial sobre Reducción de Desastres Kobe", Japón Boletín 96 Jul. 2004.

MINSA/OGDN. "Plan sectorial de prevención y atención de emergencias y desastres del Sector Salud R.S".: 009-2004-SA Mayo 2004 Perú.

INDECI/ DND "Simulacro por sismo en el territorio nacional". Directiva Tres 03 Jul 1999.

OPS/OMS "Simulacros Hospitalarios de Emergencia Washington 1995".

Obando Z, Roxana. “Conocimiento de medidas preventivas en escolares en casos de sismo a través de ejercicios de Simulacros y difusión abierta en el Colegio Señor de los Milagros Magdalena 2003”.

Feito Grande L. “La responsabilidad de la bioética”. Bioética Complutense 2010. Boletín N°2.

Good L. **Ethical Decision making in Disaster Triage.** “Journal of Emergency Nursing” 2008; 34: 112-115

Subsecretaría de gestión ministerio de salud provincia de Mendoza “Plan de emergencias médicas y catástrofes 2009”

ANEXOS

FOM

Facultad de Ciencias Médicas

ANEXOS

Escuela de Enfermería

Ciclo de Licenciatura en Enfermería

Sede FCM

8. Encuesta del servicio de Terapia Intensiva del Hospital Central.

TEMA: Conocimiento de actuación del equipo de salud ante una catástrofe.

Agradecemos su colaboración. Somos estudiantes de la carrera de Licenciatura de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo. Desde ya agradecemos su tiempo y participación en nuestra investigación.

Marcar con un círculo lo correcto.

A- Caracterización del equipo de salud:

1- Personal permanente del servicio de UTI.

- Enfermero/a.
- Médico/a.
- Kinesiólogo/a.
- Administrativo.

2- Formación:

- Enfermero Profesional.
- Lic. en Enfermería.
- Lic. en Kinesiología.
- Médico.
- Administrativo.

- 3- Edad: -21 a 25 años, 26 a 30 años, 31 a 35 años, 36 a 40 años, 41 a 45 años, 46 a 50 años, 51 a 55 años, 56 a 60 años, 61 a 65 años.
- 4- Antigüedad: 1 a 5 años, 6 a 10 años, 11 a 15 años, 16 a 20 años, 21 a 25 años, 26 a 30 años, 31 a 35 años.
- 5- Limitaciones Físicas.
 - Obesidad: Si No
 - Dolencias: Si No
- 6- Clasificación del personal permanente de UTI.(Indique su sexo)
 - Femenino
 - Masculino

B- Instrucción en catástrofes:

- 7- ¿Tiene conocimiento en emergentología?
 - Si -No
- 8- En el triage indique con qué color se identifica cada atención.
 - Atención inmediata.
 - Requiere atención rápida.
 - No requiere atención inmediata.
 - Paciente fallecido.

C- Traslado urgente de pacientes.

- 9- Ordene de acuerdo a su importancia. (Dando mayor importancia a 1).
 - Sensor de oxígeno y cardiograma.
 - Asegurar vías aéreas.
 - Permeabilizar accesos vasculares.
 - Camilla con oxígeno.

D- Manejo de dispositivos de seguridad y emergencia.

- 9 ¿Sabe cómo utilizar el matafuegos?
 - Si -No

“En caso de responder NO pasar a la pregunta 12”

- 10-¿Cómo utiliza un matafuego ABC? Indique los pasos 1 a 3.
 - Colóquese a 3 metros y apunte a la base del fuego.
 - Quite el pasador que traba el gatillo.

- Apriete el gatillo manteniendo el extintor en forma vertical.

11- ¿Cómo debe manejar una manguera de incendio? Pasos de 1 a 4

- Una persona debe apoyar a quien sostiene la boca.
- Conectar la manguera a la toma de agua.
- Una persona debe sostener la boca de la manguera.
- Apuntar el chorro de agua a la base del incendio.

E- Escape y señalización:

12- ¿Considera que la señalización para evacuación que posee el hospital es adecuada?

- Si -No

13- Indique cuáles son las vías de escape del servicio.

- Escaleras Este y Oeste.
- Escaleras y ascensor del hall central.

F- Procedimientos:

14- ¿Sabe si en el hospital existe un comité de catástrofe?

- Si -No

“Si responde No pase a la pregunta 16”

G- Aspectos legales.

15- ¿Conoce su incumbencia de acuerdo a su grado de formación?

- Si -No

GRACIAS POR COLABORAR

