



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS

**“CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA ANTE SITUACION DEL DESASTRE CON SALDO
MASIVO DE VICTIMAS”**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE:

EMERGENCIAS Y DESASTRES

PRESENTADO POR:

FRIDA ADELA GUTIÉRREZ CARRANZA

CHINCHA-ICA-PERU, 2015

INTRODUCCIÓN

El Perú es un país que está permanentemente amenazado por eventos naturales y provocados por el hombre, los cuales han generado incontables emergencias y desastres a lo largo de nuestra historia ocasionando daños a la vida, a la salud y a la infraestructura productiva y de servicios. Cómo olvidar el terremoto ocurrido aquí en 1970, el Fenómeno El Niño 1982-1983 y 1997-1998; así como otros eventos que han marcado nuestra vida republicana.

Las emergencias y desastres generan mayores demandas de atención de salud al incrementar el riesgo de aparición y propagación de enfermedades a través de los diferentes mecanismos de transmisión. Para el caso específico de los terremotos, se presenta una probabilidad media de aparición de las enfermedades transmitidas de persona a persona (tuberculosis, infecciones respiratorias); de las transmitidas por el agua (cólera, shigellosis y paratifoidea); de las transmitidas por alimentos (fiebre tifoidea, cólera) y de las transmitidas por vectores (dengue, malaria, fiebre amarilla y peste); así mismo se requieren mayores recursos para atender los lesionados por los efectos directos del evento adverso. Ante ello, los establecimientos de salud deben mantener su operatividad y estar preparados para atender las necesidades de salud.

Las situaciones de emergencia exigen que los profesionales de la salud impongan toda su capacidad técnica y su iniciativa en la solución de los problemas, que la situación así lo amerite.

Las unidades de salud deben estar preparadas para enfrentar situaciones repentinas de contingencias por desastres. Algunos acontecimientos del pasado, demostraron su vulnerabilidad, consecuentemente, ahora sabemos que en el sitio del desastre se genera confusión y anarquía en el manejo de víctimas, las acciones tomadas por las instituciones, son competitivas pero poco efectivas. Se observa con frecuencia falta de organización y estabilización del paciente, adiestramiento insuficiente para dispersar atención médica oportuna, distribución

inapropiada de los pacientes a los hospitales, fallas en la coordinación de las comunicaciones y ausencia de autoridad.

Además, el personal de salud (médicos, paramédicos o brigadas de rescate) pueden estar potencialmente expuestos al riesgo de sufrir accidentes en el mismo lugar del desastre, debido a fugas de gases tóxicos, asfixia por humo, incendios secundarios, explosiones, derrumbes, descargas eléctricas, etc. Es por ello, que el personal de salud debe estar adecuadamente preparado para confrontar y adoptar sus propias medidas de seguridad en conjunto con un grupo de unidades, organizaciones y sectores que funcionan aplicando procedimientos institucionalizados, para reducir al mínimo las discapacidades y la pérdida de vidas ocasionadas en desastres que generan demanda masiva mediante la utilización eficaz de todos los recursos existentes.

La preparación para emergencias y desastres ha sido preocupación mundial desde hace muchos años, haciéndose presente en los años setenta en Latinoamérica en el sector salud a través del Programa de Preparativos para Desastres y Emergencias de la Oficina Panamericana de la Salud, lo que a la actualidad se ha descuidado un poco.

En los países latinoamericanos se ha hecho manifiesto esta preparación basándose en las experiencias adquiridas, a través de los años, en las múltiples situaciones de emergencias y desastres vividas en los diferentes países y en donde se ha podido demostrar las grandes debilidades en cuanto a preparación, prevención, mitigación, respuesta, reconstrucción y rehabilitación para casos de desastres.

Los desastres pueden ser situaciones eventuales para una comunidad o un país, las emergencias cada día se hacen más comunes, pero para dar respuesta adecuada a estas situaciones debe existir una planificación previa, una organización o sistema de respuesta adecuada, sobre todo en el campo médico asistencial.

Los Sistemas de Atención Médica de Emergencia, requieren una infraestructura y organización acordes a las comunidades, con delimitación de tareas y funciones en el campo de atención prehospitalaria, hospitalaria y rehabilitación a la sociedad lesionada, asimismo amerita la preparación del recurso humano como los especialistas técnicos y profesionales preparados para la atención de la emergencia.

La preparación no sólo debe ser del Profesional de Enfermería, sino de todo el Equipo de Salud y en esta área es primordial, pues en una situación de desastre, el personal de salud mejor preparado para la atención de los lesionados serán los profesionales dedicados a la atención de emergencias. Sin embargo, no todos los desastres son sinónimos de afluencia masiva de lesionados, existen aspectos de Salud Pública, ambientales y de otros órdenes que gravitan y hacen de cada desastre un evento único y particular.

Las situaciones de catástrofes tienen muchos aspectos en las cuales, de tomarse las medidas pertinentes sino pueden prevenirse, por lo menos pueden neutralizarse o minimizarse, disminuyendo el riesgo de las comunidades vulnerables o afectadas.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA:

1.1.1. Identificación del Problema:

Las características geográficas y demográficas del Callejón de Huaylas, y en especial de la ciudad de Huaraz, exponen a esta región a una alta probabilidad de ocurrencia de desastres naturales.

Estos eventos catastróficos ponen en evidencia la capacidad de organización y respuesta de la población, y en especial de los profesionales de la salud, implicados en los sistemas de respuesta a eventos adversos con masivo compromiso de víctimas.

Esta realidad nos lleva a cuestionarnos sobre el nivel de conocimientos y capacidad de respuesta que tienen las enfermeras del Hospital II – ESSALUD de Huaraz para afrontar estas situaciones imprevisibles pero a la vez posibles de controlar.

1.1.2. Descripción del Problema:

Los desastres provocados por fenómenos naturales siguen siendo la amenaza más común para los países de América Latina y el Caribe. Independientemente de la frecuencia, intensidad y magnitud de las amenazas, en términos generales, se reconoce que la vulnerabilidad de los países está aumentando como consecuencia de las prácticas de desarrollo poco seguras.

El documento Salud en las Américas presenta un estimativo preocupante: aproximadamente 73% de la población y 67% de los puestos de salud y hospitales en 18 países de las Américas, se encuentran en zonas de alto riesgo

(1).

El Perú se ubica en una de las zonas sísmicamente más activas del mundo, en el plano de subducción de la Placa de Nazca y la placa Sudamericana. La franja costera occidental del país es escenario de grandes sismos que ocurren en periodos promedio entre 7 a 10 años, que han destruido muchos pueblos a lo largo de la historia.

Las evidencias históricas, muestran que el territorio peruano ha sufrido grandes catástrofes a lo largo de su historia, como producto de eventos de gran magnitud e intensidad, como los terremotos, el Fenómeno El Niño, inundaciones, olas de frío intenso, sequías, etc. que en muchas ocasiones causaron la desaparición de pueblos y obligó a la migración de los sobrevivientes. Un ejemplo reciente fue el sismo y posterior aluvión que sepultó a la ciudad de Yungay en el año 1970.

Los desastres se han incrementado drásticamente en los últimos años no solamente por la mayor recurrencia de eventos naturales, sino por la ocupación desordenada e inapropiada del territorio. Los eventos de mayor impacto en el Perú, en los últimos 30 años han sido: Fenómeno El Niño (1982-83 y 1997-98), terremoto de Nazca en noviembre de 1996, terremoto de Ocoña en junio del 2001, que tuvo una magnitud de 6.9 y afectó las regiones Arequipa y Moquegua, el terremoto de Pisco en agosto del 2007 que afectó parte de las regiones de Ica, Lima y Huancavelica.

El departamento de Ancash tiene una trágica experiencia de desastres. En esta parte del país han ocurrido algunos de los peores sismos, aluviones y otras desgracias de gran magnitud; así tenemos que, en el año 1970, la combinación de un sismo y los aluviones que sobrevinieron al movimiento causó la muerte a 69 000 personas.

Las tres ciudades principales del Callejón de Huaylas han sido escenarios de desastres destructivos en los últimos setenta años: Huaraz fue destruida en 1942 como consecuencia del desborde de una laguna, causado a su vez por desprendimientos de nevados; Ranrahirca fue arrasada en 1962 y afectada en 1970 por sendos aluviones; y Yungay, en 1970, fue sepultada por un gigantesco alud de roca y nieve que mató a la mayor parte de sus habitantes. Pequeños

centros poblados rurales también tuvieron esta misma suerte y han sido reconstruidos reocupando progresivamente las zonas de alto riesgo, aumentando por lo tanto su grado de vulnerabilidad.

Para hacernos una idea de la frecuencia de los desastres en nuestro departamento, entre 1970 y 2005 se tienen registrados como 1 500 desastres, evidenciándose un marcado incremento de los mismos en los últimos años.

Pero los desastres no solo cobran víctimas sino también producen enormes daños en la economía, líneas de comunicación, vías de acceso, infraestructura en general.

Se tiene la idea que los establecimientos de salud (hospitales, centros y puestos) son dotados de máximas garantías de seguridad ante desastres, pero ante la ocurrencia de estos eventos han delatado que esconden una gran vulnerabilidad, incluso en situaciones cotidianas, que representan un preludio de lo que pueda ocurrir cuando sus estructuras y funciones quedan expuestas a las fuerzas de fenómenos naturales o la acción destructora del hombre. En el caso de hospitales y centros de salud cuya estructura es insegura, los desastres ponen en peligro la vida de sus ocupantes, donde también se encuentra el personal sanitario asistencial, lo que limita la capacidad de la institución para proveer servicios a las víctimas.

Los hospitales y los establecimientos de la salud en general son sistemas expuestos que pueden sufrir graves daños como consecuencia de la ocurrencia de fenómenos naturales intensos; hecho que se evidencia en el Hospital II – ESSALUD de Huaraz, donde se hace necesario revisar o construir nuevas edificaciones con requisitos adecuados de acuerdo con las amenazas naturales de cada zona y así poder atender a las víctimas en masa durante la ocurrencia de estos eventos.

Aunando los hospitales seguros durante la los hechos catastróficos inesperados, exigen que los profesionales de la salud y personal preparado en el área, de emergencia principalmente, enfoquen toda su capacidad técnica y su iniciativa en

la solución de problemas bajo condiciones críticas, donde no siempre están disponibles las facilidades y los medios que se ofrecen en situaciones normales.

Dentro del amplio conjunto de necesidades y su complejidad, la organización de la asistencia sanitaria constituye sin duda el punto focal de la coordinación de la respuesta del sector salud, ya que la atención inmediata y oportuna juega un papel crucial para salvar vidas. Esta atención en salud pese a ser oportuna, podría resultar insignificante si es desorganizada e incoherente y por tanto ineficaz e ineficiente.

El error común en el que caen las instituciones rectoras de salud en sus políticas enfoca sus esfuerzos en favor de la atención del paciente afectado, sin criterios de emergencia y del desastre específico. Durante la realización de nuestras labores cotidianas, En el Hospital II – ESSALUD, se puede observar que este no resistiría un desastre o colapsaría durante la atención de víctimas en masa, además de poner en riesgo también las vidas del personal de salud durante la atención de los heridos por las siguientes razones: 1) Se desconoce la existencia de un Plan de Atención Frente a Desastres y/o Emergencias; 2) Infraestructura y distribución de ambientes inadecuados: sin necesidad de tener conocimientos en ingeniería civil y/o arquitectura, se observa que la infraestructura física no resistiría un desastre y los heridos serían derivados al Hospital “Víctor Ramos Guardia” del Ministerio de Salud, que posiblemente por ser un hospital viejo e infraestructura también precaria, tampoco resistiría un embate de la naturaleza; 3) Número de camas insuficientes: En total se cuenta con 69 camas y 10 camillas para los pasillos, así tenemos que Hospitalización Medicina – Cirugía cuenta con 26 camas y 3 camillas, Hospitalización Pediatría – Ginecología – Obstetricia cuenta con 28 camas, 3 camillas y 6 incubadoras, en Recuperación de Centro Quirúrgico cuenta con 4 camas y 3 camillas, en Emergencia cuenta con 11 camas y 5 camillas (1 en Trauma Shock y 4 pasillo); 4) Insuficiente dotación de recursos humanos: Se cuenta con 45 enfermeras para la atención de los usuarios de todo el Hospital; 5) Nula o casi nula capacitación en planes de intervención en las diferentes fases de un desastre; 6) Poca participación del personal de salud en los simulacros organizados por Defensa Civil; 7) No cuenta con Plan de Respuesta

Hospitalario para Emergencias o Desastres, o al menos si lo tiene, no lo socializa; 8) Déficit en tiempo y cantidad en la dotación de insumos, material biomédico y medicinas; y 9) No se cuenta con Comité o Comando de Operaciones de Emergencias y Desastres.

Es palpable y demasiado evidente que nuestro Hospital no está en la capacidad de la atención de víctimas en masa producto de un desastre, al menos en infraestructura física y organizativamente. Con este estudio se va a determinar si la enfermera(o) tiene el conocimiento y capacidad de respuesta necesarios para la atención de víctimas en masa.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

1.2.1. Delimitación Espacial:

Hospital II – ESSALUD de Huaraz – Av. Independencia S/N – Urbanización “Sarita Colonia” – Localidad de Vichay Bajo – Distrito de Independencia – Provincia de Huaraz – Departamento de Ancash – Perú.

1.2.2. Delimitación Social:

Profesionales de Enfermería que laboran en el Hospital II – ESSALUD de Huaraz.

1.2.3. Delimitación Conceptual:

Definición de los términos básicos y variables del estudio, además se realizará en base a las teorías de enfermería relacionadas al tema.

1.3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.3.1. Problema Principal:

¿Cuál es la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería ante situación del desastre con saldo masivo de víctimas –Hospital II – ESSALUD – Huaraz – 2015?

1.3.2. Problemas Secundarios:

- ¿Cuál es la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en nivel de conocimientos ante situación del desastre con saldo masivo de víctimas en conocimientos de desastres – Hospital II – ESSALUD – Huaraz – 2015?
- ¿Cuál es la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en actitudes ante situación del desastre con saldo masivo de víctimas – Hospital II – ESSALUD – Huaraz – 2015?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

1.4.1. Objetivo General o Principal:

Determinar la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería ante situación del desastre con saldo masivo de víctimas –Hospital II – ESSALUD – Huaraz – 2015.

1.4.2. Objetivos Específicos:

- Establecer la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en nivel de conocimientos ante situación del desastre con saldo masivo de víctimas en conocimientos de desastres – Hospital II – ESSALUD – Huaraz – 2015.
- Establecer la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en actitudes ante situación del desastre con saldo masivo de víctimas – Hospital II – ESSALUD – Huaraz – 2015.

1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN:

1.5.1. Justificación:

Cuando nos enteramos a través de los medios de comunicación de la ocurrencia de un evento de desastre, sea natural o no, el sistema de salud colapsa, debido a que el personal de salud no está preparado para atender múltiples víctimas a la vez, o la capacidad del hospital no se abastece con gran número de víctimas a la vez o tal vez porque sus instalaciones tampoco soportaron el desastre.

Son muchos los argumentos para justificar esta investigación, aclarando que **no tiene una justificación teórica**, por ser una investigación aplicada; **pero sí los tiene metodológicamente, en la práctica, en lo legal y ético.**

Su justificación práctica y metodológica se sustenta en que este estudio permitirá o contribuirá a: 1) Determinar un diagnóstico situacional de la capacidad de respuesta de las enfermeras frente a un desastre; 2) En base a lo anterior, planificar y aplicar programas de intervención integrales y sostenidas; 3) Destacar la importancia de la creación de un Comité para Emergencias y Desastres, que establezcan procesos de control como medida para evaluar el desempeño de las enfermeras en casos de desastres; 4) Reconocer la importancia de un abastecimiento oportuno y adecuado de insumos, material biomédico y medicinas; 5) Trabajar en coordinación con diferentes instituciones, como Defensa Civil, Gobierno Regional, etc.; 6) En Universidades o Institutos Superiores promover, en cierto grado, la actualización y ampliación de los contenidos curriculares, fortaleciendo y renovando las estrategias de intervención y formación de los recursos de salud, encaminadas hacia la atención en situaciones de emergencias y/o desastres y; 7) Ser utilizado como base para la realización de otros estudios.

Su justificación legal es un aporte importante, ya que la preocupación del gobierno por mitigar los efectos de los desastres, crea, a través de la Ley N° 29664, el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SINAGERD), donde estipula en su Artículo 3° que: *“La Gestión del Riesgo de Desastres es un proceso social cuyo fin último es la prevención, la reducción y el control permanente de los factores de riesgo de desastres en la sociedad, así como la adecuada preparación y respuesta ante situaciones de desastre...”*.

Pero, para reducir la vulnerabilidad de la población y sus medios de vida, tiene una herramienta fundamental para la gestión del riesgo de desastres en el país que el Plan de Acciones en Gestión del Riesgo de Desastres Priorizados para el Período 2015-2016 alineadas al Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (PLANAGERD) 2014-2021⁽²⁾.

Además su justificación legal se encuentra enmarcada dentro de la misma Ley del Trabajo de la Enfermera(o) N° 27669, donde estipula que la enfermera(o) está facultada para participar en la prestación de los servicios de salud en situaciones de emergencias o en situaciones de desastres. Esta atención debe ser integral, lo que exige a la enfermera a estar preparada y dispuesta para estas eventualidades.

De otro lado, también es importante su justificación ética porque en el Código de Ética y Deontología del CEP estipula en su Artículo 15º: *“La enfermera(o) debe cumplir los deberes cívicos y cooperar con la participación ciudadana en defensa de la salud y la vida de la persona, familia y comunidad”*. Para fines del estudio, este artículo se complementa con el 17º que dice: *“Es deber de la enfermera(o) prestar sus servicios solidarios a la comunidad en circunstancias de emergencias y desastres”*⁽³⁾. Los resultados de este estudio permitirán saber si las enfermeras del Hospital II – ESSALUD de Huaraz están en la capacidad de responder a estas necesidades ante situaciones de desastres y cumplir con las disposiciones de nuestro Código de Ética y Deontología.

1.5.2. Importancia:

El profesional de Enfermería desde el comienzo de su formación académica va adquiriendo conocimientos y destrezas sobre cómo afrontar situaciones de desastres y emergencias con saldo masivo de víctimas; por lo tanto se espera que su actuación en estas circunstancias sea la adecuada.

No siempre las enfermeras tienen una adecuada capacidad de respuesta a desastres, ya que ello demanda que esté en constante aprendizaje y entrenamiento, que muchas veces no es posible debido a múltiples causas que inician en la propia motivación y lo infrecuente que son estos eventos, sin contar muchas otras más.

Pero, no sólo se pide que la enfermera adquiera el dominio de esta temática de desastres, sino también que deba contribuir a la preparación del recurso para que en la eventualidad de un desastre podamos mitigar el sufrimiento y que sus efectos sean menos devastadores para nuestra población.

La presente investigación busca identificar, precisamente, cuál es la capacidad de respuesta de las enfermeras del Hospital II – ESSALUD de Huaraz ante la ocurrencia de desastres naturales o provocados por el hombre, con saldo masivo de víctimas; ya que el Callejón de Huaylas tiene una larga y trágica historia de desastres, debido a sus características geográficas, demográficas, sociales, económicas, etc., lo que pone en estado de alerta ante el alto grado de probabilidad que se repitan estos eventos catastróficos.

Además la importancia del presente estudio es porque son escasos los antecedentes del estudio, por lo que se hace necesario abordar este tema ya que es muy importante en el dominio de las competencias. A nivel internacional hay muy pocas investigaciones al respecto; sí se han realizado trabajos de Medicina de Catástrofes y Emergencias, estudios de riesgos y escenarios sísmicos, vulnerabilidad de las edificaciones esenciales. En nuestro país y específicamente en esta región, no se han realizado trabajos similares; a pesar que vivimos en una zona altamente sísmica y con riesgo de desglaciamientos y desbordes de lagunas; lo que destaca la originalidad y el carácter innovador de esta tesis y servirá como punto de partida para posteriores investigaciones, y contribuirá a tomar conciencia de nuestro actuar y si de verdad estamos en la capacidad de responder adecuadamente ante estos desastres. Estamos, sin duda, ante la necesidad de una profunda reflexión y revisión de nuestro actuar, para corregir o mejorar las condiciones en las que cumplimos funciones.

Además con este estudio se pretende concienciar a los directivos del Hospital sobre la importancia de la educación del personal, a través de la implementación de programas de capacitación, de intervención y simulacros, porque es totalmente necesario estar preparados ante la posible llegada de un evento destructor en la Provincia de Huaraz y Callejón de Huaylas, que en la actualidad afectaría a una población más numerosa que la afectada en 1970. La experiencia nos demuestra que la preparación en desastres es necesaria para minimizar los daños producidos por las catástrofes y sobre todo para salvar el mayor número posible de víctimas y minimizar el grado de secuelas, pero desde una base estructurada y organizada, intentando suplir las posibles carencias de antaño y dejando el menor margen posible a la improvisación.

1.5.3. Limitaciones:

La negativa de algunos profesionales de Enfermería para la aplicación de los instrumentos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

Durante la ocurrencia de un desastre es importante la eficiencia de los grupos y personas que responden ante este evento; pues no sólo depende de cómo desempeñen sus funciones, sino que se vuelve primordial permitir que todos realicen sus actividades de forma organizada., se necesita ver su capacidad de respuesta.

En busca de los objetivos del presente trabajo, se revisó los antecedentes sin encontrar estudios específicos del tema, sino que se relacionan directamente y son escasos.

En el ÁMBITO INTERNACIONAL, tenemos que:

En el 2001, Silver para estudiar el estado de preparación de la ciudad de New York-USA en la atención de desastres a gran escala, evaluó a través de los directores de los 51 hospitales adscritos al 911. Antes y después del recibimiento del año las actividades del hospital en relación a contingencias, protocolos, y a niveles de la confianza en la capacidad de manejar incidentes críticos, incluyendo las armas de destrucción masivas. Se obtuvo que el 97,8% tuvieran contingencias para la pérdida de servicios esenciales, 87,0% instituyó su plan del desastre por adelantado, 90,0% utilizaron un sistema del comando de incidente. El terrorismo potencial, influenció el estado de preparación de estos en un 84,8%. Posterior al recibimiento del año 2000, se encontró que la amenaza del terrorismo influyo en el mantenerse preparado para el futuro; 73,3% tenían protocolos específicos para el producto químico; 62,2% para los acontecimientos biológicos; 51,1% no eran o solamente levemente confiables en la atención de incidentes con saldos masivos; y 62,2% con capacidad de manejar a víctimas de un acontecimiento químico, pero solamente 35,6% se sentían confiable en manejo sobre víctimas de un incidente biológico. Por otra parte, el 80% expreso la importancia del gobierno en la preparación, educación y protección a las instituciones y de la necesidad de financiamiento para la realización de los mismos. Por lo que se concluye, que

aunque los hospitales se encuentran en un estado permanente de alarma, los directores de los departamentos de las emergencias no tienen confianza en su capacidad de evaluar y de manejar a víctimas de los incidentes de saldos masivos, especialmente exposiciones biológicas. De aquí que se considera que la experiencia de la ciudad de New York, es un ejemplo para el resto de la nación para subrayar la necesidad del entrenamiento y de la educación adicionales en los planes del estado para la atención de víctimas con saldos masivos ⁽⁴⁾.

Ivelte A. (2003) realizó un trabajo titulado “Nivel de Preparación del Equipo de Salud ante situación de desastre con saldo masivo de víctimas en el Ambulatorio Urbano Tipo III, La Carucieña Junio – Noviembre 2003”; cuyo objetivo fue: Determinar el nivel de conocimiento y preparación del Equipo de Salud del Ambulatorio Urbano Tipo III, La Carucieña ante situación de desastre con saldo masivo de víctimas en el, a través de un estudio descriptivo de corte transversal, tomando como población a 169 personas que laboran en el ambulatorio, organizados en dos grupos médico–asistencial y obrero–administrativo, concluyendo que los resultados obtenidos en el presente estudio permitió demostrar que el nivel de conocimiento sobre generalidades (89%) y prevención (86,5%) tienen una categoría satisfactoria. Aunque en el Ambulatorio como tal, su estructura física y financiera, sería insuficiente para la atención de situación de desastres con saldo masivo de víctimas; y la inexistencia de un plan de respuestas a estas situaciones coloca al Ambulatorio en un nivel de preparación no adecuado, titulándolo como hospital no seguro ⁽⁵⁾.

Venegas, Rodríguez y Uzcategui realizaron un estudio con la finalidad de determinar el nivel de conocimiento del personal de Enfermería sobre manejo de víctimas resultantes de desastres de la Unidad de Emergencia General “Dr. Rui Medina” del Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda” Barquisimeto Junio-Noviembre 2004. Se aplicó una encuesta que constó de 5 partes: a) Identificación; b) Generalidades en Desastres, donde el 73,8% de respuestas correctas tiene conocimiento y el 26,1% de respuestas incorrectas no tienen conocimiento; c) Atención y Manejo de Múltiples Víctimas en Situación de Desastre, el 71,6% de respuestas correctas tiene conocimiento y el 28,3% de

respuestas incorrectas no tienen conocimiento; d) Uso de Sistema de Código de Colores para la Referencia de Víctimas en caso de Desastre, obteniendo 65% de respuestas correctas tienen conocimiento y 35% de respuestas incorrectas no tienen conocimiento y; e) Acciones brindadas en Situación de Desastre (durante y después), donde un 51,6% de respuestas correctas tienen conocimiento y un 48% de respuestas incorrectas no tienen conocimiento. Se llegó a la conclusión que el Personal de Enfermería que labora Emergencia del Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda” tienen conocimiento sobre manejo de víctimas en casos de desastres ya que los resultados arrojaron que más del 50% de la muestra encuestada las respuestas fueron correctas, lo que significa que tienen conocimiento sobre manejo de víctimas resultantes de un desastre. Por lo que recomiendan principalmente al Ministerio de Salud capacitar constantemente al equipo de salud en prevención, atención y mitigación en situación de desastre, evaluándolos periódicamente con la finalidad de reforzar conocimientos y/o detectar fallas ⁽⁶⁾.

En Tailandia, Leiba & col. realizaron una investigación, con el objetivo de aprender sobre la respuesta sanitaria de los hospitales tailandeses a desastres y establecer las pautas para ayudar a otros hospitales y prepararse para los desastres futuros. El departamento médico del comando de las fuerzas de la defensa israelí (CA) (HFC) envió una delegación a los hospitales tailandeses en estudio para observar: 1) estado de preparación del hospital pre-acontecimiento; 2) evacuación y triage de pacientes; 3) refuerzo del personal y del equipo; 4) modos usados para la alarma y el reclutamiento del personal del hospital; 5) reorganización interna de hospitales; y (6) admisión, descarga, y transferencia secundaria de pacientes. Los hospitales tailandeses fueron preparados y entrenados para un incidente total general de la muerte, que implicaba hasta 50 muertes. Sin embargo, un sistema de control para medir el éxito de éstos entrenamientos no fue identificado, y los hospitales tailandeses no fueron preparados para ocuparse de los aspectos únicos de un tsunami o para recibir a millares de víctimas. Los hospitales reclutaron personal rápidamente y organizaron el departamento de la emergencia para el triage, el tratamiento, y la transferencia de pacientes si estuvieron necesitados. Aunque el estado de

preparación era deficiente, los sistemas del hospital se realizaron bien. La gerencia del desastre debe centrarse en primeros auxilios y triage basado en el campo, y la evacuación rápida a los hospitales secundarios ⁽⁷⁾.

En España, a partir del 2007 se establece a través de decreto la “Norma Básica de Autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados actividades que pueden dar origen a situaciones de emergencia”, lo que constituyó el marco legal para que los establecimientos de salud tengan la obligación de elaborar, implantar y mantener operativo los planes de respuesta ante situaciones de desastres. Por tal motivo se diseñó un trabajo para poner en marcha dicho plan específicamente en las Unidades de Cuidados intensivos de las instituciones de salud, como un marcador de calidad, con la sugerencia de no solo de disponer de un plan de evacuación, sino que este sea conocido por todo el personal y actualizado mediante la realización de simulacros periódicos (Sánchez, 2010)⁽⁸⁾.

En el ÁMBITO NACIONAL no se han encontrado estudios similares al respecto.

Sin embargo, Morales & Sato (1997), al evaluar la respuesta ante los desastres en los Hospitales de Perú obtuvo que los recursos humanos tienen experiencia en la atención de emergencias pero no actualizan su capacitación en la administración de desastres en forma permanente, que a pesar de disponer de planes de evacuación no es conocido por todo el personal, a pesar de haber realizados simulacros del mismo, sugiere mantener la capacitación y simulacros específicos de acuerdo a la vulnerabilidad de la zonas (terremotos y maremotos) con la asignación de un presupuesto para el mismo ⁽⁹⁾.

En Trujillo, Ávalos (2008) realizó una revisión bibliográfica de las atenciones que se brindan y se deben brindar a heridos y lesionados en caso de desastres y se ha evaluado la capacidad de respuesta de nuestros hospitales locales frente a pacientes de demanda masiva, llegándose a concluir que: 1) A pesar de nuestra vulnerabilidad y riesgos, nuestras autoridades locales no toman conciencia de los peligros que puede ocasionar los desastres; 2) Se cuenta con Planes operativos

de emergencia, pero no existe coordinación para la ejecución de los mismos, 3) La capacidad de respuesta de los profesionales médicos y paramédicos, a pesar de no contar con capacitación en desastres, son adecuadas tanto en número como en profesionalismo y; 4) No existe una capacidad de respuesta adecuada de los hospitales de la ciudad para atención de pacientes de demanda masiva; recomendando que se hace necesaria y urgente su evaluación y tomar medidas correctivas para evitar hechos de desgracia que más tarde se tendrían que lamentar ⁽¹⁰⁾.

En el ÁMBITO REGIONAL Y LOCAL no se han realizado investigaciones de ningún tipo relacionado al tema.

2.2. BASES TEÓRICAS:

GENERALIDADES SOBRE DESASTRES:

Definición de Desastre:

El desastre puede definirse como un evento de gran magnitud, que altera la estructura básica y el funcionamiento normal de una sociedad o comunidad, ocasionando víctimas y daños o pérdidas de bienes materiales, infraestructura, servicios esenciales o medios de sustento a escala o dimensión más allá de la capacidad normal de las comunidades o instituciones afectadas para enfrentarlas sin ayuda, también se considera, si existe una perturbación ecológica abrumadora que acaece a escala suficiente para que se necesite auxilio⁽¹¹⁾.

Para la Organización de las Naciones Unidas (ONU) un desastre es todo “evento concentrado en tiempo y espacio en el cual una comunidad sufre daños severos cuyas pérdidas afectan a sus miembros y pertenencias físicas de forma tal que se resiente la estructura y las principales funciones de la sociedad”. O bien, “es la destrucción, parcial o total, transitoria o permanente, actual o futuro, de un ecosistema y, por tanto, de vidas humanas, del medio y de las condiciones de subsistencia. Asimismo, indica que un desastre es resultado de la manifestación

de un fenómeno de origen natural, socio natural o antrópico, que al encontrarse con condiciones de vulnerabilidad, causa alteraciones temporales o permanentes, intensas, graves y extendidas en la estabilidad y condiciones de vida de la población afectada ⁽¹²⁾.

Según la OPS, "Un desastre se puede definir como un evento que ocurre en la mayoría de casos abruptamente e inesperadamente, causando disturbios severos a las personas o los objetos afectados por él, y resultando en una pérdida de vida y daño a la salud de la población, la destrucción y pérdida de propiedad comunitaria, y/o daños severos al medioambiente. Una situación así causa una interrupción en el patrón normal de la vida, generando mala fortuna, desesperanza y sufrimiento, efectos sobre la estructura socioeconómica de una región o un país, y/o una modificación del medioambiente hasta el exento a que hay una necesidad para la asistencia y para intervención inmediata desde afuera" ⁽¹²⁾.

Desde el punto de vista de los prestadores de Salud, un desastre se debe definir con base en sus consecuencias sobre la salud y los servicios de salud. De manera general, es el resultado de una ruptura ecológica entre los humanos y su medio ambiente, un evento serio y súbito de tal magnitud que la comunidad golpeada necesita esfuerzos extraordinarios para hacerle frente, a menudo con apoyo externo o ayuda internacional. Desde la perspectiva de la Salud Pública, los desastres se definen por su efecto sobre las personas ⁽¹³⁾.

Clasificación de los Desastres:

Según su ORIGEN ⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾:

a. Naturales: Son los desastres producidos por los efectos de la naturaleza.

Dentro de los cuales tenemos:

→ Meteorológicos:

- Ciclones.
- Huracanes tropicales.

- Tifones.
- Fuertes temporales locales.
- Tornados.
- Tormentas y tronadas.
- Granizadas.
- Marejadas.
- Ondas frías.
- Ondas cálidas.
- Sequías.

→ **Topográficos:**

- Inundaciones.
- Avalanchas.
- Derrumbes.

→ **Telúricos y Tectónicos:**

- Terremotos.
- Erupciones volcánicas.
- Maremotos o tsunamis.

b. Antrópicos: Son los que se producen por la acción del hombre, sea eventual o intencional. Dentro de los cuales tenemos:

→ **Guerras/Accidentes:**

- Terrorismo.
- Conflictos armados y Explosiones.
- Incendios.
- Derrame químico.
- Accidente industrial.
- Accidentes de tránsito (aéreo, terrestre y marítimo).
- Desplazamientos de población.
- Concentraciones humanas y/o huelgas.
- Fallas de construcciones.

→ **Contaminación de fuentes:** Accidental o continua:

- Degradación ambiental.
- Deforestación.
- Desertización.
- Exposición crónica a sustancias tóxicas: desechos de las fábricas o mineras en los ríos, lagunas, mar.
- Infestación por plagas.

Según DAÑOS POTENCIALES o DAÑO QUE PUEDEN CAUSAR ⁽¹⁴⁾:

a. Peligro para el hombre:

- Pérdida de vidas durante el evento.
- Propagación de enfermedades infectocontagiosas (epidemias).
- Envenenamientos.

b. Desorganización de servicios:

- Paralización de servicios.
- Destrucción de obras públicas.
- Trastorno de actividades normales.

c. Pérdidas económicas:

- Daños y pérdidas mayores.
- Pérdidas y efectos menores.

Ciclo de los Desastres:

El manejo de desastres incluye un amplio espectro de actividades, en etapas, que deben ser atendidas de una manera adecuada y eficiente a fin de reducir su impacto dañino en la población. Estas actividades se agrupan atendiendo al llamado ciclo de los desastres. Sus fases ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁶⁾:

a. Primera fase: ANTES

Actividades que se desarrollan antes de que ocurra el evento.

→ **Prevención:**

Conjunto de actividades, acciones y medidas (administrativas legales, técnicas organizativas u otras) realizadas anticipadamente tendientes a evitar al máximo el impacto adverso de un fenómeno destructor y que este se transforme en un desastre causando daños humanos y materiales, económicos y ambientales en una comunidad y territorio determinado.

→ **Mitigación:**

Medidas estructurales y no estructurales de intervención emprendidas con anticipación a la ocurrencia ante un fenómeno o evento potencialmente destructor de origen natural o antrópico para reducir o eliminar al máximo el impacto adverso (riesgo) en las poblaciones, medios de subsistencia, sociedad y ambiente.

→ **Preparación:**

Actividades y medidas tomadas anticipadamente para reducir la vulnerabilidad y asegurar una respuesta eficaz ante el impacto de amenazas incluyendo la emisión oportuna y efectiva de sistemas de alerta temprana, la evacuación temporal de la población, la creación o reforzamiento de capacidades, el establecimiento de políticas, estándares, arreglos de organización y planes operativos, la protección de propiedades del área amenazada, entre otros, así como prever y planificar la mejor forma de cómo se llevara a cabo la transición entre la emergencia y la recuperación y reconstrucción post desastre.

→ **Alerta:**

Mensaje meteorológico emitido con el propósito de comunicar sobre una posible situación adversa para un área.

→ **Alerta temprana:**

Previsión de información anticipada, oportuna y eficaz a través de instituciones y actores claves del desarrollo local, que permite, a individuos y comunidades expuestas a una amenaza y en condiciones de vulnerabilidad, la toma de

acciones a fin de evitar o reducir al máximo el riesgo y prepararse para una respuesta efectiva en caso de ocurrir un fenómeno destructor.

→ **Alarma:**

Aviso o señal que se da para seguir instrucciones específicas debido a la presencia real o inminente de un evento adverso.

b. Segunda fase: DURANTE

Se refiere a las actividades de atención al desastre o respuesta ante tal evento.

→ **Respuesta:**

Etapas de atención inmediata, que corresponde a la ejecución de las acciones previstas en la etapa de preparación y que, en algunos casos, ya han sido adelantadas por actividad de alistamiento y movilización, motivadas por la declaración de diferentes estados de alerta.

Corresponde a la acción inmediata para la atención oportuna de la población.

c. Tercera fase: DESPUÉS

Son las actividades, generalmente posteriores al desastre, correspondientes al proceso de recuperación. Corresponde las etapas de:

→ **Evaluación:**

Etapas que permiten priorizar las acciones tras el desastre.

→ **Rehabilitación:**

Medidas y acciones de carácter provisional para restablecer los servicios vitales del funcionamiento, la infraestructura básica y mitigar los efectos en una sociedad o comunidad afectada por un desastre, de manera que pueda comenzar a funcionar en el plazo más corto posible.

→ **Reconstrucción:**

Proceso de reparación, a mediano y largo plazo, del daño físico, social y económico, a un nivel de desarrollo igual o superior al existente antes del evento. Es decir, consiste en la reparación de la infraestructura y la restauración del sistema de producción, a mediano o largo plazo, con miras a alcanzar o superar el nivel de desarrollo previo al desastre.

Efectos de los Desastres en Salud:

En el pasado se creía que los desastres súbitos no solo causaban mortalidad generalizada sino que, además, producían un trastorno social masivo y brotes de epidemias y hambrunas, dejando a los sobrevivientes totalmente a merced del socorro exterior. La observación sistemática de los efectos de los desastres sobre la salud humana permitió llegar a conclusiones muy distintas, tanto en lo que se refiere a los efectos de los desastres sobre la salud como en cuanto a las formas más eficaces de proporcionar asistencia humanitaria.

Los efectos de los desastres en las comunidades perduran por largo tiempo y dificultan su desarrollo. Todos los desastres son únicos y tienen efectos diferentes, ya que cada región afectada tiene condiciones sociales, económicas, políticas y bases de salud específicas.

Los desastres pueden considerarse como un problema de salud pública por varias razones:

- a.** Pueden causar un número inesperado de muertes, lesiones o enfermedades en la comunidad afectada que exceden las capacidades terapéuticas de los servicios locales de salud y requerir ayuda externa.
- b.** Pueden dañar o destruir la infraestructura local de salud como los hospitales, los cuales, además, no serán capaces de responder ante la emergencia. Los desastres pueden, también, alterar la prestación de servicios rutinarios de salud y las actividades preventivas, con las consiguientes consecuencias a largo plazo, en términos de incremento de morbilidad y mortalidad.

- c.** Algunos pueden tener efectos adversos sobre el medio ambiente y la población al aumentar el riesgo potencial de enfermedades transmisibles y peligros ambientales que incrementarán la morbilidad, las muertes prematuras y pueden disminuir la calidad de vida en el futuro.
- d.** Pueden afectar el comportamiento psicológico y social de las comunidades afectadas. El pánico generalizado, el trauma paralizante y el comportamiento antisocial raramente se presentan después de los grandes desastres y los sobrevivientes rápidamente se recuperan del choque inicial. Sin embargo, se puede presentar ansiedad, neurosis y depresión luego de emergencias de inicio súbito o lento.
- e.** Algunos desastres pueden causar escasez de alimentos con severas consecuencias nutricionales, como un déficit específico de micronutrientes – deficiencia de vitamina A.
- f.** Pueden causar grandes movimientos de población, espontáneos u organizados, a menudo hacia áreas donde los servicios de salud no pueden atender la nueva situación con el consecuente incremento de la morbilidad y la mortalidad. El desplazamiento de grandes grupos de población también puede aumentar el riesgo de brotes de enfermedades transmisibles en las comunidades desplazadas y anfitrionas, donde los grandes grupos de población de personas desplazadas pueden estar hacinadas y compartir condiciones insalubres o agua contaminada. Después del impacto de un desastre, tienden a ocurrir problemas específicos en el campo médico y de la salud en diferentes momentos. Por tanto, las lesiones severas que requieren atención inmediata del trauma ocurren en el momento y el lugar del impacto, mientras que los riesgos de mayor transmisión de enfermedades pueden ser más lentos con un peligro mayor en aquellas áreas donde están presentes el hacinamiento y el saneamiento deficiente. La respuesta efectiva en medicina y en salud pública depende de la anticipación a tales problemas médicos y de salud a medida que se presenten y del desarrollo de las intervenciones apropiadas en el momento y el lugar precisos. Después de un desastre, el patrón de las necesidades de cuidado en salud cambiará rápidamente en los desastres de impacto súbito, más gradualmente en situaciones de hambruna o refugiados - desde el manejo de casos y de pacientes

agudos hasta la provisión de servicios de atención primaria. Las prioridades también cambiarán después de la fase de emergencia, desde el cuidado en salud a asuntos de salud ambiental como el suministro de agua, la disposición de excretas y desechos sólidos, y el aseguramiento de la seguridad alimentaria, la provisión de albergues, la atención de las necesidades de higiene personal y el control de vectores, la atención de las lesiones que resulten de las actividades de limpieza y la conducción de la vigilancia en salud pública.

También se requieren frecuentemente intervenciones en salud mental y la planeación de la rehabilitación ⁽¹⁷⁾.

El impacto a largo plazo de los desastres se expresa de varias formas. Por ejemplo, la infraestructura económica de la comunidad puede estar tan severamente deteriorada que la capacidad de suministrar servicios de salud a la comunidad pudiera estar seriamente disminuida por varios años. Bajo tales condiciones, un desastre catastrófico puede hacer virtualmente imposible el desarrollo sostenible. En consecuencia, más gente podría morir del impacto a largo plazo del desastre que por causa de su impacto inicial ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾.

Mitos y realidades de los Desastres:

La OPS ha identificado algunos mitos y creencias erróneas que se asocian ampliamente con el impacto de los desastres en salud pública; todos los planificadores y ejecutores de desastres deben estar familiarizados con ellos. Incluyen los siguientes ⁽¹³⁾:

a. Mito 1: Se necesitan voluntarios médicos extranjeros con cualquier tipo de entrenamiento médico.

Realidad: La población local casi siempre cubre las necesidades inmediatas para salvar vidas. Solamente se necesita personal médico con habilidades especiales que no se encuentre disponible en el país afectado.

b. Mito 2: Se necesita cualquier tipo de ayuda internacional... y se necesita ahora!

Realidad: Una respuesta apresurada que no esté basada en una evaluación imparcial, únicamente contribuye al caos. Es mejor esperar hasta que se hayan establecido las necesidades verdaderas. De hecho, la mayoría de las necesidades son atendidas por las víctimas mismas, su gobierno y sus agencias locales y no por intervenciones foráneas.

c. Mito 3: Las epidemias y las plagas son inevitables post desastre.

Realidad: Las epidemias no ocurren espontáneamente después de un desastre y los cadáveres no conllevan epidemias catastróficas de enfermedades exóticas. La clave para prevenirlas es mejorar las condiciones sanitarias y educar al público.

d. Mito 4: Los desastres sacan a relucir lo peor del comportamiento humano (por ejemplo, los saqueos y los amotinamientos).

Realidad: Aunque existen casos aislados de comportamientos antisociales, la mayor parte de la gente responde espontánea y generosamente.

e. Mito 5: La población afectada está muy golpeada y es incapaz de tomar la responsabilidad de su propia supervivencia.

Realidad Por el contrario, mucha gente renueva su fuerza durante una emergencia, como lo han evidenciado miles de voluntarios que espontáneamente se unieron en la búsqueda de víctimas entre los escombros después de terremotos.

f. Mito 6: Los desastres son asesinos al azar.

Realidad: Los desastres golpean más fuertemente a los grupos más vulnerables, los pobres y, especialmente, mujeres, niños y ancianos.

g. Mito 7: La mejor alternativa es ubicar las víctimas de los desastres en alojamientos temporales.

Realidad: Esa debe ser la última alternativa. Muchas agencias usan fondos normalmente gastados en carpas, para la compra de materiales de construcción, herramientas y otros suministros de construcción en el país afectado.

h. Mito 8: Siempre se requiere la ayuda alimentaria en los desastres naturales.

Realidad: Los desastres naturales sólo raramente causan la pérdida de las cosechas. Por consiguiente, las víctimas no requieren asistencia masiva de alimentos.

i. Mito 9: Siempre se necesita ropa usada para las víctimas de desastres

Realidad: Casi nunca se necesita ropa usada; casi siempre es culturalmente inapropiada y, aunque las víctimas de los desastres la aceptan, no la usan.

j. Mito 10: Las cosas retornarán a la normalidad en pocos días o semanas.

Realidad: Los efectos de un desastre duran mucho tiempo. Los países afectados por un desastre reducen mucho sus fuentes financieras y recursos materiales en la fase inmediata post-impacto.

Los programas de ayuda exitosos son los que orientan sus operaciones teniendo en cuenta que el interés internacional disminuye cuando las necesidades y la escasez se tornan más urgentes.

Definición de Peligro:

Es la probabilidad de ocurrencia de un fenómeno (natural o tecnológico) potencialmente dañino, de una magnitud dada, para un período específico y en una localidad o zona conocida. Algunos de los peligros a los que estamos expuestos son terremotos, maremotos, actividad volcánica, inundaciones, aluviones, deslizamientos, derrumbes, hundimientos, contaminación ambiental ⁽¹⁹⁾.

Definición de Riesgo:

Magnitud probable del daño a las personas y sus bienes, en un territorio o ecosistema específico (o en algunos de sus componentes) en un período o momento determinado, relacionado con la presencia de una o varias amenazas potenciales y con el grado de vulnerabilidad que existe en ese entorno ⁽¹⁶⁾.

Otra definición de riesgo, es la estimación matemática de probables pérdidas, de daños a los bienes materiales, a la economía, para un periodo específico y área conocida. Es la probabilidad de que el desastre suceda ⁽¹⁹⁾.

Factores de Riesgo:

a. Amenaza:

Factor externo de riesgo, con respecto al sujeto o sistema expuesto vulnerable, representado por la potencial ocurrencia de un suceso de origen natural o generada por la actividad humana, con una magnitud dada, que puede manifestarse en un sitio específico y con una duración determinada, suficiente para producir efectos adversos en las personas, comunidades, producción, infraestructura, bienes, servicios, ambientes y demás dimensiones de la sociedad ⁽¹⁶⁾.

Según la OPS, las amenazas se categorizan en tres grupos son:

→ Amenaza de origen natural:

Procesos o fenómenos de la dinámica terrestre que tienen lugar en la biosfera y pueden transformarse en un evento perjudicial y destructor ante la exposición de personas o instalaciones físicas, que pueden causar la muerte, lesiones, daños materiales, interrupción de la actividad social y económica o degradación ambiental de un territorio o comunidad⁽¹⁶⁾. Así tenemos los terremotos, maremotos, huracanes, tornados, erupciones volcánicas y deslizamientos.

→ Amenazas derivadas de la actividad humana:

Son aquellas relacionadas con el peligro latente generado por la actividad humana en el deterioro de los ecosistemas, la producción, distribución, transporte y consumo de bienes y servicios, así como la construcción y el uso de edificaciones. Así tenemos: los accidentes aéreos, acuáticos y de tránsito, las guerras, contaminación del ambiente, incendios, terrorismo, huelgas, saqueos, etc.

→ Amenazas derivadas de la interacción de la actividad humana y la naturaleza:

Es una consecuencia del mal accionar del ser humano en su relación con el medio ambiente. Estos son sequías e inundaciones ⁽²⁰⁾.

b. Vulnerabilidad:

Factor complejo interno de riesgo o sistema que corresponde al grado de exposición a sufrir algún daño por la manifestación de una amenaza específica, ya sea de origen natural o antrópico, debido a su disposición intrínseca de ser dañado. Tienen un carácter multidimensional, el cual se expresa a través de diversas dimensiones: físico, cultural, psicosocial, ambiental, económico, político e institucional ⁽¹⁶⁾.

La Oficina de Defensa Nacional considera cuatro niveles de vulnerabilidad, según los condicionantes que ocasionan los efectos: Baja (< 25%), Alta (26 a 50%), Media (51 a 75%) y muy alta (76 a 100%) ⁽²⁰⁾.

Los tipos de vulnerabilidad son: ambiental y ecológica, física, económica, social, educativa, cultural e ideológica, política e institucional, y ciencia y tecnología ⁽²⁰⁾.

Cada tipo de vulnerabilidad lo detallaremos a continuación:

→ **Vulnerabilidad ambiental y ecológica:**

Condiciones atmosféricas, composición y calidad del aire y del agua, condiciones ecológicas.

→ **Vulnerabilidad física:**

Material de construcción, localización de viviendas, características geológicas, calidad y tipo de suelo, leyes existentes.

→ **Vulnerabilidad económica:**

Actividad económica, acceso al mercado laboral, nivel de ingresos, situación de pobreza o desarrollo humano.

→ **Vulnerabilidad social:**

Nivel de organización, participación de la población en los trabajos comunales, nivel de relación entre las instituciones y organizaciones locales, tipo de integración entre las organizaciones e instituciones locales.

→ **Vulnerabilidad educativa:**

Programas educativos formales, prevención y atención de desastres PAD, programas de capacitación (educación no formal de la población en PAD), campañas de difusión (TV, radio y prensa sobre PAD), alcance de los programas educativos sobre grupos estratégicos.

→ **Vulnerabilidad cultural e ideológica:**

Conocimiento sobre la ocurrencia de los desastres, percepción de la población sobre desastres, actitud frente a la ocurrencia de desastres.

→ **Vulnerabilidad política e institucional:**

Autonomía local, liderazgo político, participación de la ciudadanía, coordinación de acciones entre autoridades locales y funcionamiento del Comité de Defensa Civil.

→ **Vulnerabilidad de ciencia y tecnología:**

Existencia de trabajos de investigación sobre desastres naturales en la localidad, existencia de instrumentos para medición (sensores) de fenómenos completos, conocimiento sobre la existencia de estudios, la población cumple las conclusiones y recomendaciones ⁽²⁰⁾.

Definición de Capacidades:

Es la combinación de todas las fortalezas y de todos los recursos disponibles dentro de una comunidad puestos a disposición para la reducción del riesgo de desastres. Incluye medios físicos, institucionales, sociales y económicos, así como el liderazgo y la capacidad de gestión ⁽²⁰⁾.

$$\text{RIESGO} = \frac{\text{AMENAZA x VULNERABILIDAD}}{\text{CAPACIDAD}}$$

Definición de Resiliencia:

Es la capacidad humana individual o colectiva para superar las adversidades y salir adelante. No solo consiste en soportar adversidades y crisis, sino en poder recobrase y salir fortalecido de ellas.

La Resiliencia comunitaria se refiere a la capacidad de las comunidades para superar las crisis y catástrofes (inundaciones, terremotos, ciclones, etc.). Entre los pilares de la Resiliencia comunitaria se encuentran la autoestima colectiva, la identidad cultural, la honestidad, la solidaridad, la organización y el liderazgo ⁽²⁰⁾.

Riesgos de Desastres en Huaraz:

Según INDECI ⁽²¹⁾, la ciudad de Huaraz fue creada en la época de la independencia como distrito de la Provincia de Huaraz (Ley del 25-07-1857); ubicada en el departamento de Ancash, se encuentra a una altura de 3,052 msnm, siendo sus coordenadas geográficas, 09°25' – 9°75' de Latitud Sur y 77°25'–77°75' de Latitud Oeste del Meridiano de Greenwich.

Las características del entorno de la ciudad de Huaraz corresponden a las de un valle interandino. Geográficamente, está localizado en el Callejón de Huaylas, limitado por las cordilleras Blanca y Negra, cuyo río principal es el Santa que la atraviesa y el Río Quillcay que cruza la ciudad de este a oeste.

En 1972 y 1981, la población urbana era de 31,382 y 44,883 habitantes respectivamente, con una tasa de crecimiento de 4.01%. En 1993 la población urbana era de 66,888 habitantes con una tasa de crecimiento de 3.38%; en el 2002 los habitantes urbanos son 93,268; comprobándose que en 33 años Huaraz ha triplicado su población urbana, con una tasa de crecimiento ascendente ⁽²¹⁾.

El Instituto de Defensa Civil ⁽²¹⁾ nos muestra los peligros naturales a los que está expuesta la ciudad, claro aparte de los de origen antrópico ya conocidos. En general, los peligros más importantes que se han identificado en el caso de la ciudad de Huaraz son los de origen geológico, climático y geológico-climáticos, los que amenazan la seguridad física de la ciudad:

→ **Heladas:**

Además de las sequías que afectan los cultivos causando pérdidas importantes, en altitudes superiores a los 3000 metros, suelen ocurrir heladas nocturnas que destruyen los campos de cultivo por descensos bruscos de temperatura después de días soleadas.

→ **Deslizamientos:**

Otros riesgos son los deslizamientos de materiales que recubren laderas que se producen en la estación lluviosa y la constante obstrucción de carreteras por derrumbes y “llocllas” o lavas torrenciales, erróneamente denominados huaycos.

→ **Sismos:**

Un riesgo siempre posible son los movimientos sísmicos que desencadenan derrumbes y caída de rocas sueltas que están acumuladas en las vertientes o laderas; originan igualmente caídas de cornisas glaciares y pueden también ocasionar la ruptura de los diques que han formado lagunas propiciando el inicio de aluviones destructivos.

En 1970, el 31 de mayo a las 3.23 de la tarde, se originó un sismo violentísimo, que en menos de un minuto convirtió en ruinas a las ciudades costeñas de la Región Ancash y a los pueblos del Callejón de Huaylas, incluyendo a su capital Huaraz. Las viejas casas de adobe y quincha se vinieron abajo sobre las calles angostas sepultando a miles de personas. El sismo provocó el desprendimiento de toneladas de rocas y nieve de la cumbre del Huascarán, formando un gigantesco aluvión que cayó sobre Yungay y Ranrahirca, sepultándolas con todos sus habitantes. El alud corrió por el río Santa causando destrozos a su paso.

El saldo fue de más de 70 mil muertos; 800 mil damnificados y millones de soles en pérdidas.

→ ***Alud-Avalancha:***

Desprendimiento de cornisas de hielo que originan aluviones como los que destruyeron Yungay y Ranrahirca. La existencia de lagunas al pié de los glaciares han causado también aluviones catastróficos como el que destruyó un importante sector de la ciudad de Huaraz.

→ ***Aluvión:***

Desplazamiento violento de una gran masa de agua, como los que destruyeron Yungay y Ranrahirca, con mezcla de sedimentos de variada granulometría y bloques de roca de grandes dimensiones. Se desplazan con gran velocidad a través de quebradas o valles en pendiente, debido a la ruptura de diques naturales y/o artificiales o desembalse súbito de lagunas, o intensas precipitaciones en las partes altas de valles y quebradas.

→ ***Derrumbes:***

Existen numerosas quebradas que en la estación de verano funcionan como colectoras y conductoras de corrientes de lavas torrenciales o llocllas, interrumpiendo constantemente el tráfico por carreteras. Igual sucede con los derrumbes originados por otras causas que obstruyen las vías.

En lo que respecta al medio ambiente, el sector andino de la región se ve afectado por un marcado deterioro ambiental, con la contaminación por relaves mineros de las aguas del río Santa, que se incrementa con los desagües y desechos sólidos de las ciudades de Recuay, Huaraz, Carhuaz, Yungay, Caraz y de otros centros poblados menores, los que vierten la basura recolectada por los camiones y sus aguas residuales al río sin ningún tipo de tratamiento previo.

El medio ambiente también se ve profundamente afectado por efecto de la erosión de los suelos en las laderas, lo que produce la disminución de su fertilidad y crea condiciones favorables para la formación de las mencionadas lavas

torrenciales o “llocllas”, lo que produce un tremendo impacto negativo en la flora y fauna de un territorio cuyo mayor capital (por lo atractivo) es justamente el paisaje (21).

Como se ha visto, son varios los peligros de origen natural que pueden afectar a la ciudad de Huaraz y su intensidad también puede variar. Y los efectos podrían ser los siguientes:

→ **Colapso de las edificaciones por fallas estructurales**, que compromete principalmente a las edificaciones de adobe inadecuadamente construidas y en mal estado de conservación, lo que implicaría la destrucción total de aproximadamente 2,285 viviendas, afectando a 15,136 habitantes, lo que representa el 16.25% de la ciudad.

→ **Daños considerables en 6,127 edificaciones**, afectando a 33,698 habitantes, lo que representa el 36.19% de la ciudad.

→ **Desabastecimiento de servicios básicos por colapso de los sistemas de agua potable, desagües, energía eléctrica y evacuación de residuos sólidos**, con los consiguientes problemas de salud y el incremento de enfermedades infecto-contagiosas. Probabilidad de epidemias.

→ **Restricción en el uso de los servicios de telefonía fija** por daños en el sistema.

→ **Reducción de la capacidad operativa de los servicios de emergencia por daños sufridos en las instalaciones**, unidades móviles y demás equipos de los centros de salud, postas médicas, estación de bomberos, comisarías, etc.

→ **Interrupción en los accesos a la ciudad por derrumbes en diversos sectores de las carreteras** de penetración y, principalmente, de la carretera longitudinal de la sierra.

- **Interrupción de los servicios educativos** por daños considerables a la infraestructura.
- **Reducción de las actividades productivas, comerciales, financieras y de servicios**, con los consiguientes problemas económicos para la población. Interrupción de la afluencia turística receptiva e interna.
- **Problemas en los términos del intercambio de productos** (incluyendo comestibles).
- **Desabastecimiento de productos procedentes de otras zonas** y serias dificultades para transportar los producidos en ésta. Especulación e incremento de precios ⁽²¹⁾.

CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA:

Definición:

Es la capacidad operativa más la capacidad estratégica de los Sistemas y organizaciones que responden a la situación de desastre. En los profesionales de enfermería es la capacidad, conocimientos, destrezas y habilidades que tienen para solucionar problemas de salud en situaciones de desastres, con el fin de minimizar la pérdida de vidas, la invalidez permanente y el impacto socio-económico sobre la salud ⁽¹⁰⁾.

Puntos críticos que limitan la capacidad de respuesta:

Existen ciertos puntos que limitan o entorpecen la capacidad de respuesta durante un desastre, estos son:

→ ***Trabajo en equipo:***

La realidad imperante en la zona de desastre, define que un grupo de profesionales de salud deben actuar como un equipo, sean del nivel asistencial o sanitario; se identificó que el personal asistencial hospitalario no compartía funciones en actividades no asistenciales; sean de logística de vida o de desplazamiento.

→ ***Inexistencia de un perfil:***

El personal acudía en brigadas u hospitales de campaña sin una selección previa, algunos participaban por necesidad financiera más que por la labor profesional, asimismo en la zona de desastre muchos eran sujetos de emociones que limitaban su accionar.

→ ***Permanencia en la zona:***

Al inicio se pensó que a mayor permanencia en la zona se garantizaba los procesos de salud, pero después de las 2 semanas la fatiga y el cansancio se traducían en menor productividad y somatización de problemas de stress.

→ ***Costos de operatividad.***

La experiencia nos demostró que el costo de desplazamiento, mantenimiento y función de Hospitales de Campaña eran elevados y aunque eran de mayor impacto social, era necesario aprovechar la infraestructura local existente con personal de mayor dinamismo; asimismo en muchas oportunidades los hospitales no eran técnicamente necesarios ⁽¹⁰⁾.

ATENCIÓN DE VÍCTIMAS EN MASA:

Definición:

Conjunto de acciones de salud brindadas a las víctimas de un evento adverso con un saldo numeroso de heridos, su objetivo es salvar la mayor cantidad de vidas y brindar el mejor tratamiento de salud para reducir al mínimo las discapacidades de las víctimas ⁽²⁰⁾.

Esta atención debe ser:

- **Oportuna;** en brindar atención a los heridos en los primeros minutos, lapso de tiempo u “Hora de oro” a nivel de la atención prehospitalario,
- **Adecuada;** atender al tipo y magnitud de los daños sobre la salud,
- **Selectiva;** en la atención de los pacientes aplicando los criterios de prioridad del triaje ⁽²⁰⁾.

Definición de Triage:

Cuando la cantidad y la gravedad de las lesiones superan la capacidad operativa de los servicios de salud disponibles, es necesario adoptar un enfoque distinto del tratamiento médico. El principio de “tratar primero a quien llega primero”, tal y como se aplica en la asistencia médica de rutina, no es apropiado en las emergencias masivas. El **triaje** consiste en una clasificación rápida de los heridos según la gravedad de sus lesiones y la probabilidad de supervivencia si reciben cuidados sanitarios rápidos. Debe ser adaptada a las capacidades disponibles localmente. La primera prioridad son las víctimas cuyo pronóstico inmediato o a largo plazo puede mejorar significativamente con un cuidado intensivo sencillo. La prioridad más baja se aplica a los pacientes moribundos que necesitan muchísima atención (con beneficios dudosos). El **triaje** es el único enfoque que puede proporcionar un beneficio máximo al mayor número posible de lesionados en una situación de desastre ⁽¹⁸⁾.

El Triage es la evaluación médica rápida de víctimas para determinar prioridades de atención según su gravedad y canalizarlas al ambiente correspondiente. El lugar de triaje de preferencia será una zona amplia y cercana a la recepción de las víctimas y al servicio de emergencia, será realizado por un personal altamente calificado y con experiencia. En el triaje hay que considerar cual es la presentación clínica y cual es el tiempo de atención que requiere en sus tres formas o trimodal:

- **Primera Onda:** De muerte a los primeros 15 minutos, pudiendo ser lesiones de grandes vasos, exposición de cráneo, entre otros.
- **Segunda Onda:** De muerte TEC, hemoneumotórax, laceración hepática y/o esplénica, fracturas múltiples, taponamiento cardíaco.
- **Tercera Onda:** Muerte después del quinto día. Estas enfermedades son infecciones, sepsis, falla multiorgánica ⁽²⁰⁾.

Tipos de Triage:

Existen 4 tipos de triaje: a) Por su Ubicación (Prehospitalario y Hospitalario); b) Por Niveles (I: Primario, II: Secundario, III: Terciario), c) Por prioridad de atención y; d) Por código internacional ⁽²⁰⁾.

De acuerdo a la problemática planteada en el estudio, solo trataremos los dos últimos tipos.

- **Triage por Prioridad de Atención:** La clasificación se hace en base a tarjetas de colores:
 - Prioridad I: Emergencia súbita extrema. Tarjeta color ROJA.
 - Prioridad II: Urgencia mayor. Tarjeta color AMARILLA.
 - Prioridad III y IV: Urgencia menor y patología aguda común, respectivamente. Tarjeta de color VERDE.

➤ Prioridad V: Cadáver. Tarjeta color NEGRA.

→ **Triaje por Código Internacional:** La clasificación de las víctimas se hace de acuerdo al estado del paciente y con tarjetas de colores:

- Paciente estable: Tarjeta de color VERDE.
- Paciente puede esperar: Tarjeta de color AMARILLA.
- Paciente agudo no espera: Tarjeta color ROJA.
- Paciente muerto: Tarjeta color NEGRA ⁽²⁰⁾.

Atención Hospitalaria de las Víctimas:

Es el conjunto de acciones destinadas a brindar atención efectiva a las necesidades de salud en el hospital generadas por el evento adverso, el hospital entra en situación de emergencia, condición de excepción adoptada por el hospital para afrontar una contingencia que genera víctimas en masa ⁽²⁰⁾.

Los jefes de los departamentos y servicios de los hospitales son los responsables de participar obligatoriamente en los operativos de la respuesta. El personal del hospital durante la catástrofe no puede abandonar y estar ausente, por lo contrario debe presentarse obligatoriamente ⁽²⁰⁾.

Recepción y Tratamiento Hospitalario de las Víctimas:

A la llegada al hospital, el *triage* quedará bajo la responsabilidad de un médico o personal con mucha experiencia, ya que de su clasificación pueden depender la vida o la muerte del paciente. Éste determinará las prioridades y actividades de todo el personal.

→ **Estructura institucional:** El manejo más eficaz de un gran número de víctimas exige una organización de los servicios muy distinta de la de rutina. Dice que el “plan hospitalario en caso de desastre designa la estructura de mando que hay que adoptar en caso de desastre . . . [Un] equipo de mando (formado por un funcionario de alto nivel cualificado de las divisiones médica, de enfermería y

administrativa)... dirigirá al personal a los lugares de trabajo según el plan y movilizará al personal y a los recursos adicionales necesarios” (18).

→ **Utilización de procedimientos terapéuticos sencillos y uniformes:** Los procedimientos terapéuticos deben ser económicos, tanto en lo que se refiere a los recursos humanos como en cuanto a los materiales, y deben elegirse de acuerdo con este principio. El personal y los insumos de salud respaldarán estos procedimientos. Es necesario simplificar el tratamiento de primera línea con objeto de salvar vidas y evitar complicaciones o problemas secundarios graves. En muchos casos, personas con conocimientos limitados pueden llevar a cabo los procedimientos más sencillos con rapidez y eficacia. Algunas técnicas más complejas que requieren personal muy capacitado, equipo especial y mucho material no constituyen una inversión de recursos prudente en el manejo de situaciones con gran cantidad de víctimas (18).

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA:

Definición:

La enfermera es la profesional responsable de la atención, que promueve, conserva o restablece la salud de individuos, familias y comunidades en una amplia variedad de entornos, colabora en las funciones de liderazgo dentro de un sistema cambiante de atención de la salud, se socializa en una imagen profesional al incrementar la conciencia que tiene de sí misma y al fomentar el respeto hacia sus capacidades, al apreciar y reconocer la necesidad de la educación continua y al integrar los elementos cognoscitivos e interpersonales del yo profesional en los papeles de la enfermería (22).

Condiciones de la enfermera que participa en la atención de desastres:

Para que el profesional de enfermería esté en capacidad de participar con el equipo interdisciplinario en situaciones de desastres, debe tener una preparación

tanto a nivel personal como profesional que le permita realizar su trabajo de manera eficiente.

Dado que la atención de enfermería en situaciones de desastres es diferente a la atención tradicional, se requieren condiciones especiales que garanticen rendimiento y eficacia en la atención de la emergencia.

En un desastre, se trata de atender al mayor número de individuos en el menor tiempo posible, teniendo como principio el trabajo en medicina de desastres, que consiste en, atender en forma prioritaria aquellos lesionados con mayor posibilidad de sobrevivir.

Según Bedoya, et al. ⁽²³⁾, el profesional de enfermería debe reunir las siguientes condiciones:

- Capacidad para asumir su función en situaciones de mayor tensión.
- Capacidad para valorar adecuada y rápidamente a los lesionados.
- Conocimiento de las operaciones internas del Departamento de Enfermería.
- Capacidad para tomar decisiones rápidas y firmes.
- Habilidad para las comunicaciones.
- Capacidad para prever situaciones.
- Habilidad para la supervisión.
- Capacidad para impartir enseñanza incidental.
- Habilidad para realizar intervención en crisis.
- Habilidad en la prestación de primeros auxilios.
- Capacidad para tratar lesionados con problemas de comunicación.
- Conocimiento del sistema de atención de emergencia de la zona.
- Buenas condiciones físicas.

Es importante tener en cuenta que en la eventualidad de un desastre, el manejo de la situación depende de la efectividad de los individuos o grupos que responden; por lo tanto, es preciso que cada uno no sólo asuma sus responsabilidades, sino que permita que otros cumplan con sus tareas.

Los enfermeros), desde sus diversas posiciones y especialidades, aportan varias habilidades para la atención del desastre; esto debe ser atendido no sólo por los mismos profesionales de enfermería, sino también por fuera de la profesión, ya que la mayoría de las personas asumen que cada enfermero(a) sabe hacer todo en enfermería. Un principio fundamental, sobre todo en situaciones de desastre, es emplear las personas en funciones lo más estrechamente asociados con su trabajo diario.

Además, el papel del enfermero(a) en desastre depende también de dónde se encuentra ubicado(a) en el momento del impacto. Un enfermero(a) de emergencia que se encuentra cerca a la zona de impacto puede ser un recurso valioso para el rescate, evacuación y primeros auxilios. Posteriormente, puede prestar sus servicios a nivel hospitalario y comunitario.

Es importante que el enfermero(a) tenga capacidad de adaptación para el trabajo en situaciones de desastre. Con frecuencia el enfermero(a) está orientado(a) al ambiente hospitalario donde encuentra los equipos disponibles y donde existen unos protocolos de tratamiento que pueden no ser apropiados en una situación de masas, debido al gran número de víctimas que deben tratarse simultáneamente.

En un ambiente de emergencia normal, el enfermero(a) usualmente compromete en el cuidado de un lesionado grave, mucho tiempo y equipos; esto no es posible en casos de desastres, ya que se perderían víctimas que pueden ser recuperables. Es primordial que el enfermero(a) comprenda que no se debe gastar equipo y tiempo valioso en víctimas que no tienen esperanzas de recuperación dadas las limitaciones en un desastre. Las decisiones deben tomarse enfocando el tiempo y las energías hacia las víctimas que tienen mayores posibilidades de recuperación.

Otro aspecto importante, es la capacidad y voluntad que debe tener el profesional de Enfermería para improvisar y permanecer flexible en la atención de las víctimas, racionalizando los equipos y materiales disponibles que casi siempre son limitados o pueden tardar en llegar al sitio de atención.

El enfermero(a) que trabaja en desastres debe poseer seguridad y prever las situaciones. Las víctimas que han sufrido traumatismos, necesitan una acción inmediata por parte del enfermero(a), además hay que tener en cuenta que muchas víctimas con lesiones que amenazan sus vidas, pueden presentar signos sutiles o ningún signo que indique la seriedad de la lesión. El enfermero(a) debe tener la seguridad suficiente para observar y prever situaciones de víctimas que puedan sufrir deterioro si no se toman medidas pertinentes. En el momento de un desastre, el enfermero(a) debe actuar y observar estricta y prontamente las víctimas para tomar decisiones rápidas y apropiadas ⁽²³⁾.

Acciones de enfermería durante el desastre:

La etapa del impacto es el momento en que está ocurriendo el desastre. Evidentemente, las funciones de las enfermeras van a depender desde el lugar que vayan a responder. Por ejemplo, quienes trabajen en un hospital (si el funcionamiento del mismo no se ve alterado tras el desastre) deberán conocer el plan de desastre externo o de la comunidad, ponerlo en práctica, y dar asistencia dentro de unas condiciones en las que la demanda de recursos va a verse aumentada de forma considerable.

Según Freire ⁽¹⁵⁾ las tareas que debe realizar una enfermera durante un desastre se enuncian a continuación:

- **Evaluación rápida de necesidades:** Para determinar en el hospital el área afectada por el desastre, la operatividad de los servicios, la disponibilidad de camas, el posible número de víctimas, el estado de las principales instalaciones sanitarias, etc.

- **Triage hospitalario:** El triaje es una labor compleja que va a determinar la atención que las víctimas van a recibir, por lo que el personal encargado de llevarlo a cabo debe poseer experiencia y estar entrenado con esta práctica. La

clasificación de los heridos se hace en base a un código de colores que ya tratamos anteriormente.

→ **Cuidados de enfermería:** El patrón de lesiones de las víctimas va a depender, entre otros factores, de la intensidad del daño, la duración del mismo, la vulnerabilidad y la preparación del sistema sanitario. Lógicamente, la etiología del desastre también va a influir en la patología de los heridos, pues los efectos sobre la salud de aquellos afectados por un terremoto serán distintos de los que sufran las víctimas de un atentado terrorista. Los cuidados de Enfermería irán dirigidos al tratamiento de estas lesiones, aplicando todos los conocimientos disponibles y utilizando las técnicas e intervenciones de enfermería correspondientes. Además, será fundamental dar apoyo psicológico a los afectados.

Sin embargo, la labor asistencial durante un desastre no sólo se centra en las lesiones que aparecen en el período agudo de la emergencia: los enfermos crónicos también necesitarán acceder a sus tratamientos y curas habituales; y en caso de que aparezcan brotes de enfermedades transmisibles, las enfermeras tendrán un papel fundamental en los programas de inmunización ⁽¹⁵⁾.

Pero las acciones específicas en la atención del paciente crítico, las describe Rodríguez, Canabal y Leal ⁽²⁴⁾:

→ **Reconocimiento Primario:**

Este reconocimiento consiste en la identificación rápida de aquellas lesiones que pueden suponer un riesgo vital inmediato al paciente. Requiere la actuación reglada de un conjunto de maniobras de reconocimiento, no debiendo pasar al escalón siguiente hasta haber controlado la situación previa.

A. Asegurar la permeabilidad de la vía aérea con control de la columna cervical: Lo primero que debemos hacer es acercarnos a la víctima y preguntarle su nombre.

- Paciente consciente: Nos indica que su vía aérea está permeable y su cerebro perfundido. Entonces, administramos oxígeno a alto flujo (90-95%, máscara con bolsa de reservorio a 15 l/min).
- Paciente inconsciente: Se debe abrir la boca y mirar. La causa más frecuente de muerte evitable en traumatismos graves es la obstrucción de la vía aérea por la lengua al disminuir el nivel de conciencia. Se valorará la existencia de cuerpos extraños en la vía aérea, fracturas mandibulares y maxilofaciales, rotura de laringe y tráquea y posible lesión de la columna cervical. Si la vía aérea está obstruida por sangre o líquido, lo aspiramos; si son sólidos, se sacan con pinzas o con los dedos, y si es por la lengua se coloca un tubo de mayo. Si el problema no se resuelve, se procede a la intubación orotraqueal. Excepcionalmente si no se consigue la intubación, se realiza cricotirotomía o traqueotomía. Todas estas técnicas se realizan con riguroso control cervical.

B. Control de la respiración:

Tras permeabilizar la vía aérea, se procederá a desvestir el tórax y visualizar los movimientos respiratorios que deben ser simétricos en ambos hemitórax. Se comprueba la integridad de la pared torácica, así como la profundidad y frecuencia de la respiración.

Lo inmediato y urgente es descartar la presencia de neumotórax a tensión. El silencio absoluto en la auscultación o la presencia de enfisema subcutáneo rápidamente progresivo, con clínica de grave insuficiencia respiratoria, son datos sugestivos que se está presentando esta complicación.

Si existe este problema y sin necesidad de hacer radiografía de tórax, se procederá a colocar catéter tipo Abbocath grueso (Nº 14) en segundo espacio intercostal, línea medio clavicular, y posteriormente tubo torácico de drenaje pleural, en 4º ó 5º espacio intercostal, línea medio axilar.

C. Control de la circulación y de la hemorragia:

Se debe controlar inmediatamente la hemorragia externa aplicando compresión local directa.

La morbimortalidad del shock hipovolémico guarda relación directa con la duración del mismo. Para identificar la hipovolemia debemos explorar:

- Pulso: Fijándonos en su amplitud, frecuencia y regularidad.
- Piel: Una piel fría, pálida y diaforética nos indica hipoperfusión.
- Relleno capilar: Si es superior a dos segundos indica lo mismo.

La tensión arterial en las primeras fases del shock puede ser normal (“fase de compensación”), lo cual puede inducir a errores. Si se considera la víctima como hipovolémico se deben canalizar dos vías periféricas de grueso calibre e infundir rápidamente soluciones isotónicas (Ringer lactato o solución salina al 0,9%) en sobrecarga de 1000 a 2000 cc en diez minutos, valorando la respuesta hemodinámica del paciente y repetir si es preciso. En situaciones de difícil acceso venoso periférico, se usarán introductores vía venosa central o inclusive accesos intraóseos. Se extraen muestras de sangre para analítica de rutina y pruebas cruzadas.

Se monitoriza EKG.

En determinados casos será prioritario el control de la hemorragia más que el control del shock, tolerando una hipotensión permisiva durante la fase de resucitación, puesto que una reposición agresiva de fluidos puede favorecer el sangrado.

En trauma torácico penetrante es el caso más claro en el cual lo importante es disminuir al máximo el tiempo de sangrado y/o de traslado a un centro quirúrgico por encima de alcanzar objetivos de estabilización hemodinámica en el lugar del suceso.

Cuando no se produce corrección de los parámetros hemodinámicos con la expansión de volumen (2000 ml aproximadamente), administrar sangre compatible con el grupo sanguíneo.

Si no es posible se administrará sangre O Rh negativo.

D. Examen neurológico:

Se debe despistar con urgencia la presencia o no de focalidad neurológica y valorar la necesidad de TAC.

Se debe explorar Escala de Coma de Glasgow, tamaño y reacción pupilar y nivel de conciencia.

E. Exposición y maniobras anexas al reconocimiento primario (desnudar completamente a la víctima, monitorizar muestras de sangre y colocar sondas):

- Nasogástrica: En traumatismos faciales extensos colocar siempre por la boca por el peligro de introducirla en la fosa craneal media.
- Vesical: Evitar el sondaje cuando se vea sangre en meato o hematoma escrotal (24).

→ Reconocimiento Secundario:

Una vez salvada la urgencia vital se procede a un examen exhaustivo desde la cabeza a los pies, basado en la inspección, palpación y auscultación, realizando un balance global de las lesiones existentes por aparatos o sistemas orgánicos sin olvidar el orden secuencial utilizado en el reconocimiento primario (A, B, C, D, E).

Asimismo, se solicita como mínimo radiografía de tórax, lateral de cervicales y anteroposterior de pelvis.

Se realizará también inmunización antitetánica y se iniciará una anamnesis sobre las patologías previas del paciente y el mecanismo de lesión al del evento, que nos permita sospechar posibles lesiones asociadas ⁽²⁴⁾.

Como se está en atención de víctimas de un desastre con saldo masivo de víctimas y salvada la urgencia vital, se procede a la atención de otro herido.

TEORÍA DE ENFERMERÍA QUE SUSTENTA LA INVESTIGACIÓN:

Para la realización del presente estudio se aplicará la Teoría de Sor Callista Roy, ya que ella propuso su “Modelo de Adaptación” como un marco de referencia para el ejercicio de la profesión, investigación y formación de profesionales en Enfermería, dotando su modelo de valores humanísticos.

El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales:

- **Paciente:** Lo define como la persona que recibe los cuidados.
- **Meta:** Que el paciente se adapte al cambio.
- **Salud:** Proceso de llegar a ser una persona integrada y total.
- **Entorno:** Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona.
- **Dirección de las actividades:** La facilitación a la adaptación⁽²²⁾.
Para tratar estos cinco elementos se utiliza los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación, que dependen de tres clases de estímulo.
- **Focales:** Son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado.
- **Contextuales:** Son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.

→ **Residuales:** Corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados^{(22) (25)}.

Este modelo también considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación:

→ **Las necesidades fisiológicas básicas:** Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.

→ **La autoimagen:** El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.

→ **El dominio de un rol o papel:** Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.

→ **Interdependencia:** La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno ⁽²⁵⁾.

En su modelo Roy define cuatro aspectos básicos de su metaparadigma ^{(22) (25)}:

→ **Persona:** Roy define a la persona como un ser holístico y adaptable. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un rol activo en sus cuidados. Es un ser biopsicosocial (ser participativo en las esferas biológicas, psicológicas y sociales), en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a

ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Puede ser un individuo, familia, grupo, comunidad o sociedad.

→ **Entorno:** Roy lo define como todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. **a)** Consta de ambientes interno y externo que proporcionan entrada en forma de estímulos; **b)** Siempre está cambiando y en constante interacción con la persona; **c)** Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para poder adaptarse.

→ **Salud:** Roy la define como un proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo. La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés; sino que en la capacidad de combatirlos del mejor modo posible.

No solo se trata de quitarle la enfermedad al paciente sino entregarle las herramientas necesarias para integrarse a la sociedad de mejor manera en el caso de pacientes con enfermedades terminales o en situaciones catastróficas, educándolo y brindarle ayuda tanto en lo psicológico, social, y en lo relacionado con su calidad de vida.

→ **Cuidado de Enfermería:** Es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

- Utiliza los cuatro modos de adaptación para incrementar el nivel de adaptación de una persona en la salud y la enfermedad.
- Realiza actividades que promueven respuestas de adaptación efectivas en las situaciones de salud y enfermedad.
- Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno.

- Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

Todos estos conceptos están relacionados entre sí. Los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. Para Roy, los sistemas son un conjunto de componentes organizados, relacionados para formar un todo; son más que la suma de sus partes, reacciona como un todo e interactúan con otros sistemas del entorno.

Uno de los conceptos clave del modelo, es describir a la persona o grupo como un sistema adaptativo con procesos de convivencia. El sistema adaptativo se describe como un todo compuesto por partes. Este funciona como una unidad con el mismo objetivo. Finalmente, los sistemas humanos incluyen a la gente individualmente o como grupo. Estos pueden ser familias, organizaciones, comunidades o la sociedad como un todo. Dos elementos clave para la comprensión de la persona como un sistema adaptativo son los procesos adaptativos y los modos de adaptación. Los procesos adaptativos incluyen la actividad de los subsistemas para convivir en el nivel individual o grupal. Los modos de adaptación son vistos como vías de manifestación de los procesos adaptativos. Los procesos centrales de adaptación son principalmente descritos como el subsistema regulador y el subsistema cognitivo. El subsistema regulador incluye todos los canales neuroquímicos y endocrinos por los que la persona reacciona al medio mediante respuestas casi automáticas e inconscientes. En segundo lugar, el subsistema cognitivo procesa la información perceptual, aprendizaje, juicios y emociones, de tal manera que los estímulos externos e internos son procesados para que la persona pueda realizar una respuesta ⁽²⁶⁾.

La Teoría de Adaptación de Roy se aplica a la presente investigación ya que tiene como eje central al humanismo, considerando como la fuerza que mueve a Enfermería, basados en valores que van a permitir que la enfermera pueda hacer frente a todo tipo de situaciones, habituales y/o repentinas, que se le presente, siempre tomando en cuenta su formación científica, para poder así brindar la atención y ayuda a cualquier individuo al proceso de adaptación de un entorno

cambiante, que por lo general se presenta durante y luego un desastre, ya que las condiciones en las que se encuentra en ese momento pueden afectar el desarrollo del individuo o grupo que son las víctimas resultantes del desastre. Aquí la enfermera, como parte del equipo multidisciplinario, es la profesional indicada para brindar la atención y guiar a estos heridos en la inesperada situación catastrófica que afrontan.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

- **Desastre:** Evento que ocurre en la mayoría de casos abruptamente e inesperadamente, causando disturbios severos a las personas o los objetos afectados por él, y resultando en una pérdida de vida y daño a la salud de la población, la destrucción y pérdida de propiedad comunitaria, y/o daños severos al medioambiente.
- **Desastres naturales:** Desastres producidos por los efectos de la naturaleza.
- **Desastres antrópicos:** Se producen por la acción del hombre, sea eventual o intencional.
- **Prevención:** Conjunto de actividades, acciones y medidas realizadas anticipadamente tendientes a evitar al máximo el impacto adverso de un fenómeno destructor.
- **Mitigación:** Medidas estructurales y no estructurales de intervención emprendidas con anticipación a la ocurrencia ante un fenómeno o evento potencialmente destructor de origen natural o por la mano del hombre para reducir o eliminar al máximo el impacto adverso (riesgo) en las poblaciones, medios de subsistencia, sociedad y ambiente.
- **Preparación:** Actividades y medidas tomadas anticipadamente para reducir la vulnerabilidad y asegurar una respuesta eficaz ante el impacto de amenazas incluyendo la emisión oportuna y efectiva de sistemas de alerta temprana, la

evacuación temporal de la población, la creación o reforzamiento de capacidades, el establecimiento de políticas, estándares, arreglos de organización y planes operativos, la protección de propiedades del área amenazada, entre otros.

- **Alerta:** Mensaje meteorológico emitido con el propósito de comunicar sobre una posible situación adversa para un área.
- **Alarma:** Aviso o señal que se da para seguir instrucciones específicas debido a la presencia real o inminente de un evento adverso.
- **Respuesta:** Etapa de atención inmediata, que corresponde a la ejecución de las acciones prevista en la etapa de preparación.
- **Rehabilitación:** Medidas y acciones de carácter provisional para restablecer los servicios vitales del funcionamiento, la infraestructura básica y mitigar los efectos en una sociedad o comunidad afectada por un desastre
- **Reconstrucción:** Consiste en la reparación de la infraestructura y la restauración del sistema de producción, a mediano o largo plazo, con miras a alcanzar o superar el nivel de desarrollo previo al desastre.
- **Peligro:** Probabilidad de ocurrencia de un fenómeno (natural o tecnológico) potencialmente dañino, de una magnitud dada, para un período específico y en una localidad o zona conocida.
- **Riesgo:** Magnitud probable del daño a las personas y sus bienes, en un territorio o ecosistema específico (o en algunos de sus componentes) en un período o momento determinado, relacionado con la presencia de una o varias amenazas potenciales y con el grado de vulnerabilidad que existe en ese entorno.
- **Amenaza:** Factor externo de riesgo, con respecto al sujeto o sistema expuesto vulnerable, representado por la potencial ocurrencia de un suceso de origen

natural o generada por la actividad humana, con una magnitud dada, que puede manifestarse en un sitio específico y con una duración determinada.

- **Vulnerabilidad:** Factor complejo interno de riesgo o sistema que corresponde al grado de exposición a sufrir algún daño por la manifestación de una amenaza específica, ya sea de origen natural o antrópico, debido a su disposición intrínseca de ser dañado.
- **Capacidad:** Combinación de todas las fortalezas y de todos los recursos disponibles dentro de una comunidad puestos a disposición para la reducción del riesgo de desastres.
- **Resiliencia:** Capacidad humana individual o colectiva para superar las adversidades y salir adelante.
- **Capacidad de respuesta de la enfermera frente a desastres:** Capacidad, conocimientos, destrezas y habilidades que tienen para solucionar problemas de salud en situaciones de desastres, con el fin de minimizar la pérdida de vidas, la invalidez permanente y el impacto socio-económico sobre la salud.
- **Saldo masivo de víctimas:** Víctimas de un desastre, natural o antrópico, con un saldo numeroso de heridos.
- **Atención de víctimas en masa:** Conjunto de acciones de salud brindadas a las víctimas de un evento adverso con un saldo numeroso de heridos, su objetivo es salvar la mayor cantidad de vidas y brindar el mejor tratamiento de salud para reducir al mínimo las discapacidades de las víctimas.
- **Triage:** Clasificación rápida de los heridos según la gravedad de sus lesiones y la probabilidad de supervivencia si reciben cuidados sanitarios rápidos.

→ **Enfermera:** Profesional responsable de la atención, que promueve, conserva o restablece la salud de individuos, familias y comunidades en una amplia variedad de entornos.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS GENERAL DEL PROBLEMA:

La capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en conocimientos ante situación del desastre con saldo masivo de víctimas del Hospital II – ESSALUD de Huaraz ***NO ES ADECUADA***.

3.2. HIPÓTESIS SECUNDARIAS:

→ La capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en conocimientos ante situación del desastre con saldo masivo de víctimas en conocimientos de desastres – Hospital II – ESSALUD de Huaraz **ES ADECUADA.**

→ La capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en conocimientos ante situación del desastre con saldo masivo de víctimas en conocimientos de desastres – Hospital II – ESSALUD de Huaraz **NO ES ADECUADA.**

3.3. VARIABLE E INDICADORES(DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL):

Capacidad de respuesta del Profesional de Enfermería ante situación de desastre con saldo masivo de víctimas:

Definición Conceptual:

Capacidad, conocimientos, destrezas y habilidades que tiene la enfermera para solucionar problemas de salud en situaciones de desastres, con un saldo numeroso de heridos, que tiene la finalidad de minimizar la pérdida de vidas, la invalidez permanente y el impacto socio-económico sobre la salud⁽¹⁰⁾.

Definición Operacional:

Capacidad, conocimientos, destrezas y habilidades que tiene la enfermera del Hospital II – ESSALUD de Huaraz para solucionar problemas de salud a las múltiples víctimas de un desastre, con la finalidad de minimizar la pérdida de vidas, la invalidez permanente y proporcionar bienestar en la persona.

Para la medición de la capacidad de respuesta se considerarán dos indicadores:
Nivel de conocimientos y Práctica.

En Nivel de Conocimientos:

→ Generalidades sobre desastres.

→ Atención de víctimas en masa.

→ Triage.

En Práctica:

→ Triage.

→ Acciones de Enfermería.

La variable se medirá a través de un instrumento, el cual consta de dos partes y se categorizará como:

En Nivel de Conocimientos:

- **NO ADECUADO**: Cuando las respuestas marcadas hagan un puntaje de **0 a 7 puntos**.
- **ADECUADO**: Cuando las respuestas marcadas obtengan un puntaje de **8 a 10 puntos**.

En Práctica:

- **NO ADECUADA**: Cuando las respuestas marcadas hagan un puntaje de **0 a 7 puntos**.
- **ADECUADA**: Cuando las respuestas marcadas obtengan un puntaje de **8 a 10 puntos**.

En general, la CAPACIDAD DE RESPUESTA se categorizará como:

- **NO ADECUADO**: Cuando las respuestas marcadas hagan un puntaje de **0 a 14 puntos**.
- **ADECUADO**: Cuando las respuestas marcadas obtengan un puntaje de **15 a 20 puntos**.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. TIPO DE NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

4.1.1. Tipo de Investigación:

El presente estudio es de Tipo CUANTITATIVO porque se emplearán datos con medición numérica y serán analizados estadísticamente.

4.1.2. Nivel de Investigación:

La investigación es de Nivel APLICATIVO porque los resultados podrán intervenir en la planeación y desarrollo de futuros programas de capacitación en respuestas hospitalarias ante desastres, así como en programas de formación de futuros Profesionales en Enfermería.

4.2. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

4.2.1. Método de la Investigación:

El método es DESCRIPTIVO porque sólo se describirán aspectos fundamentales de la capacidad de respuesta intrahospitalario de las enfermeras del Hospital II – ESSALUD de Huaraz ante situación de desastres con saldo masivo de víctimas, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto la estructura y/o comportamiento de la variable.

4.2.2. Diseño de la Investigación:

El diseño del estudio es un ESTUDIO SIN INTERVENCIÓN Y DESCRIPTIVO, porque contribuirá a determinar la capacidad de respuesta del Profesional de Enfermería ante situación de desastres con saldo masivo de víctimas en el nivel intrahospitalario, pero no habrá ningún tipo de manipulación de la variable. Además se realizará una descripción minuciosa y precisa de la capacidad de respuesta de las enfermeras del Hospital II – ESSALUD de Huaraz ante un desastre con víctimas en masa.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN:

4.3.1. Población:

La población es de 45 enfermeras(os) del Hospital II – ESSALUD de Huaraz.

4.3.2. Muestra:

La muestra será el total de las enfermeras(os) del Hospital II – ESSALUD de Huaraz; o sea, 44 porque se exceptúa a la investigadora. Entonces, $n= 44$.

Criterios de Inclusión Muestral:

- Licenciados de Enfermería que laboran como mínimo 3 meses en el Hospital y cumplen labor administrativa y/o asistencial.
- Licenciados de Enfermería de ambos sexos.
- Licenciados de Enfermería que acepten voluntariamente su participación en el estudio.

Criterios de Exclusión Muestral:

- Licenciados de Enfermería que se encuentren con descanso médico o licencia post natal.
- Internas de Enfermería ni Enfermeras SERUMS.
- Licenciados de Enfermería que no acepten participar en el estudio.

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

4.4.1. Técnicas:

La técnica de estudio es la ENTREVISTA INDIVIDUALIZADA y la OBSERVACIÓN, utilizando para la recolección de datos un formulario estructurado y una guía de observación.

4.4.2. Instrumento:

El instrumento para la recolección de datos que se utilizará en el presente estudio es una Evaluación de la capacidad de respuesta del profesional de enfermería ante situación de desastre con saldo masivo de víctimas (ANEXO N° 3), consta de 5 secciones: **1º:** Objetivo del estudio; **2º:** Datos generales, donde se especifica: Sexo, Estudios de Post-Grado y Tiempo de servicio; **3º:** Instrucciones, donde se especifica como marcar la alternativa correcta; **4º:** Cuestionario acerca de Nivel de conocimientos, donde se consideran 10 preguntas (6 sobre generalidades de desastres, 2 de atención de víctimas en masa, 2 de triaje); y **5º:** Cuestionario sobre Práctica, donde se plantean 10 situaciones (3 sobre triaje y 7 sobre acciones de enfermería).

→ El Nivel de Conocimientos que tienen las enfermeras del Hospital II – ESSALUD de Huaraz acerca de capacidad de respuesta ante desastres, será categorizado en niveles:

- **NO ADECUADO**: Cuando las respuestas marcadas hagan un puntaje de **0 a 7 puntos**.

- **ADECUADO**: Cuando las respuestas marcadas obtengan un puntaje de **8 a 10 puntos**.

→ La Práctica que tienen las enfermeras del Hospital II – ESSALUD de Huaraz acerca de capacidad de respuesta ante desastres, será categorizada en niveles:

- **NO ADECUADA**: Cuando las respuestas marcadas hagan un puntaje de **0 a 7 puntos**.

- **ADECUADA**: Cuando las respuestas marcadas obtengan un puntaje de **8 a 10 puntos**.

En general, la CAPACIDAD DE RESPUESTA será categorizará como:

→ **NO ADECUADA**: Cuando las respuestas marcadas hagan un puntaje general de **0 a 14 puntos**.

→ **ADECUADA**: Cuando las respuestas marcadas obtengan un puntaje general de **15 a 20 puntos**.

Validez y confiabilidad:

La validez del instrumento será realizada a través del juicio de 5 expertos y para determinar la confiabilidad se aplicará la Prueba Estadística de Alfa Crombach.

4.4.3. Fuentes:

- Monografías.
- Tesis.
- Artículos científicos.
- Libros.
- Revistas especializadas en salud.

CAPÍTULO V

ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

5.1. RECURSOS (HUMANOS, MATERIALES):

a. Humanos:

- Licenciada de Enfermería Investigadora.
- Asesor.
- Licenciadas(os) de Enfermería de la población muestral.
- Personal de apoyo: Médicos, enfermeras, internas de enfermería.

b. Materiales:

- Papel bon A4.
- Lapiceros.
- Lápices.
- Resaltadores.
- Correctores.
- Engrapador.
- Perforador.
- Libros.
- USB.
- Tóner.

c. Equipos:

- Computadora.
- Impresora.
- Fotocopiadora.
- Espiraladora.
- Scáner.

→ Teléfono.

5.2. PRESUPUESTO:

El presupuesto es de **S/. 3700.00 Nuevos Soles**, el cual será autofinanciado.

PARTIDA	DESCRIPCIÓN	MONTO (S/.)	%
SERVICIOS		3100.00	83,8
939.20.01	Honorarios Profesionales: Investigador.	1000.00	
939.20.02	Asesorías y Consultorías.	500.00	
930.03.00	Movilidad Local.	100.00	
930.20.02	Viáticos y Alojamiento.	-	
935.01.00	Servicios No Personales.	400.00	
939.05.00	Encuadernación, Anillados y Empastados.	200.00	
939.10.00	Congreso, Conferencias y Eventos Científicos.	-	
939.10.02	Fotocopias y Transparencias.	200.00	
939.03.05	Procesamiento Automático de Datos.	300.00	
939.03.06	Impresiones.	200.00	
939.01.09	Otros.	200.00	
BIENES		600.00	16,2
901.01.01	Materiales y Útiles de escritorio.	200.00	
901.02.01	Material de Cómputo y Comunicaciones.	150.00	
902.09.06	Material de Impresión.	150.00	
902.09.07	Otros Materiales.	100.00	
T O T A L		3700.00	100

5.3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Las actividades se detallan y con tiempos en el siguiente diagrama de Gantt:

DURACIÓN ACTIVIDADES	MESES / SEMANAS																							
	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4				MES 5				MES 6			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Revisión Bibliográfica.																								
Trámites Administrativos para Recolección de Información.																								
Trabajo de Campo para Recolectar Información.																								
Tabulación de la Información.																								

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CENTRO DE CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y DESASTRES OMS/OPS. Salud y Desastres. Ediciones OMS/OPS. 2012. Disponible en:

http://www.saludydesastres.info/index.php?option=com_content&view=article&id=295&Itemid=652&lang=es

2. PCM. Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres 2014-2021: Plan de Acciones Priorizadas Período 2015-2016 – Documento País 2015-2016. Perú. 2014.
3. COLEGIO DE ENFERMERAS(OS) DEL PERÚ. Código de Ética y Deontología. Ediciones CEP. Perú. 2008.
4. SILBER SH & et. al. Medical disaster preparedness in New York City: Confidence of emergency department directors in their ability to respond. *Prehospital Disaster Med.*; 16(2): 88-94; discussion 94-95. New York. USA. 2001.
5. IVELTE A. Nivel de Preparación del Equipo de Salud ante situación de desastre con saldo masivo de víctimas en el Ambulatorio Urbano Tipo III, La Carucieña Junio – Noviembre 2003. [Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Venezuela: Universidad Centrooccidental. 2003.
6. VENEGAS L, RODRÍGUEZ P & UZCATEGUI Y. Nivel de conocimiento del Personal de Enfermería sobre manejo de víctimas resultantes de desastres de la Unidad de Emergencia General “Dr. Rui Medina” del Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda” Barquisimeto Junio-Noviembre 2004. [Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Venezuela: Universidad Centrooccidental “Lisandro Alvarado”. 2004.
7. LEIBA A & et. al. Response of Thai hospitals to the tsunami disaster. *Prehospital Disaster Med.*; 21(1):32-37. USA. 2006.
8. SANCHEZ-PALACIOS M. & GRUPO DE TRABAJO DEL PLAN DE AUTOPROTECCION PARA EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. Plan de

evacuación de la Unidad de Cuidados Intensivos: ¿Un nuevo indicador de calidad? Med. Intensiva [online]. 2010, vol.34, n.3, pp. 198-202. España. 2010.

9. MORALES N & SATO J. Vulnerabilidad funcional y organizativa. En: Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la vulnerabilidad sísmica en hospitales del Perú. Lima: OPS. Perú. 1997.
10. ÁVALOS CHÁVEZ T. Evaluación de la capacidad operativa de los hospitales de Trujillo frente a la atención de pacientes de demanda masiva. En: II Curso de Capacitación: “Atención Hospitalaria en Situaciones de Emergencia” Diciembre 2009 – Trujillo. Perú. 2008.
11. NAVARRO MACHADO V, RODRÍGUEZ SUÁREZ G & SOSA ACOSTA A. Organización de los servicios de urgencia en la APS frente a la gran emergencia y los desastres. Revista de las Ciencias de la Salud de Cienfuegos. Vol. II, N° Especial 1: 142-149. Cuba. 2006.
12. SALA HUMANITARIA. Desastre. [Artículo de Internet]. [Alrededor de 6 plantillas]. Colombia. 2008. Disponible en: <http://wiki.salahumanitaria.co/index.php/Desastre>
13. NOJI E. Naturaleza de los desastres, sus características y sus efectos sobre la Salud Pública. Editorial Mc Graw Hill. Primera edición. México. 2005.
14. CNE. Clasificación de los desastres por su origen y los daños potenciales. Revista BIOCENOSIS 5: 1-2 Julio 1983-Junio 1984. 1985. Disponible desde: <http://www.cne.go.cr/CEDO-CRID/pdf/spa/doc1788/doc1788-contenido.pdf>
15. FREIRE GONZÁLES L. Papel del personal de Enfermería en situaciones de desastre. [Tesis para optar el grado de Máster en análisis y gestión de emergencia y desastres]. España: Universidad de Oviedo. 2013.

16. MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN UNIVERSITARIA – GOBIERNO BOLIVARIANO DE VENEZUELA. Protección civil y administración de desastres. 2014. Disponible en: <http://pcsucre.jimdo.com/amenazas-vulnerabilidades-riesgos-emergencias-y-desastres/>
17. OPS/OMS. Preparativos de salud para situaciones de desastres. Serie de manuales y guías sobre desastres N° 3. Ediciones OPS. Ecuador. 2003.
18. OPS/OMS. Los desastres naturales y la protección de la salud. Publicación Científica N° 575. Ediciones OPS. Estados Unidos de América. 2000.
19. INDECI. Plan nacional de prevención y atención de desastres. Sistema Nacional de Defensa Civil. Ediciones INDECI. Perú. 2004.
20. ESCUELA DE EMERGENCIAS – ESSALUD. Guía de atención básica ante desastres. Ediciones ESSALUD. Perú. 2014.
21. INDECI. Plan de prevención ante desastres: Usos del suelo y medidas de mitigación – Ciudad de Huaraz. Ediciones INDECI. Perú. 2006.
22. UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS. Diplomado: Proceso de atención de enfermería, innovación y avance en la práctica profesional. Ediciones EXSED. Perú. 2003.
23. BEYOYA C, BUSTAMANTE L, CARDONA G, CEBALLOS M, DOMÍNGUEZ A, FORERO C, et. al. El profesional de enfermería en situaciones de desastre. Segunda edición. Colombia; Editorial Universidad de Antioquía, 2006.
24. RODRÍGUEZ S, CANABAL A, LEAL P. Manejo inicial del politraumatizado en urgencias. En: Protocolos y normas en la atención de urgencias, trauma y shock. Tomo I. Perú; Ediciones ILACID, 2011.

25. ROY C. Teoría de la adaptación. En: Teorías de Enfermería. [Artículo en Internet]. Disponible desde: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/callista-roy.html>

26. ROY C. El modelo de adaptación de Roy en el contexto de los modelos de Enfermería, con ejemplos de aplicación y dificultades. USA. Revista Cultura de los Cuidados; (7 y 8): 139-159. 2000.

ANEXOS

ANEXO N° 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
<p><u>PRINCIPAL:</u></p> <p>¿Cuál es la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería ante situación del desastre con saldo masivo de víctimas – Hospital II – ESSALUD – Huaraz – 2015?</p> <p><u>SECUNDARIOS:</u></p> <p>¿Cuál es la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en nivel de conocimientos ante situación del desastre con saldo</p>	<p><u>GENERAL:</u></p> <p>Determinar la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería ante situación del desastre con saldo masivo de víctimas – Hospital II – ESSALUD – Huaraz – 2015.</p> <p><u>ESPECÍFICOS:</u></p> <p>Establecer la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en nivel de conocimientos ante situación del</p>	<p><u>GENERAL:</u></p> <p>La capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en conocimientos ante situación del desastre con saldo masivo de víctimas del Hospital II – ESSALUD de Huaraz NO ES ADECUADA.</p> <p><u>SECUNDARIAS:</u></p> <p>La capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en conocimientos ante situación del desastre con saldo masivo de</p>	<p>Capacidad, conocimientos, destrezas y habilidades que tiene la enfermera del Hospital II – ESSALUD de Huaraz para solucionar problemas de salud a las múltiples víctimas de un desastre, con la finalidad de minimizar la pérdida de vidas, la invalidez permanente y proporcionar bienestar en la persona.</p> <p>Para la medición de la capacidad de respuesta se considerarán dos indicadores: Nivel de conocimientos y Práctica.</p>	<p><u>TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:</u></p> <p>El tipo de la investigación es CUANTITATIVA y de nivel APLICATIVO.</p> <p>El diseño de la investigación es un ESTUDIO SIN INTERVENCIÓN Y DESCRIPTIVO.</p> <p><u>POBLACIÓN MUESTRAL:</u></p> <p>La población es de 45 enfermeras del Hospital II – ESSALUD de Huaraz; y la muestra es de 44 porque se exceptúa a la investigadora.</p> <p><u>INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:</u></p> <p>El instrumento que se utilizará en este</p>

<p>masivo de víctimas en conocimientos de desastres – Hospital II – ESSALUD – Huaraz – 2015?</p> <p>¿Cuál es la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en prácticas ante situación del desastre con saldo masivo de víctimas – Hospital II – ESSALUD – Huaraz – 2015?</p>	<p>desastre con saldo masivo de víctimas en conocimientos de desastres – Hospital II – ESSALUD – Huaraz – 2015.</p> <p>Establecer la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en prácticas ante situación del desastre con saldo masivo de víctimas – Hospital II – ESSALUD – Huaraz – 2015.</p>	<p>víctimas en conocimientos de desastres – Hospital II – ESSALUD de Huaraz</p> <p>ES ADECUADA.</p> <p>La capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en conocimientos ante situación del desastre con saldo masivo de víctimas en conocimientos de desastres – Hospital II – ESSALUD de Huaraz</p> <p>NO ES ADECUADA.</p>	<p>En Nivel de Conocimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Generalidades sobre desastres. - Atención de víctimas en masa. - Triage. <p>En Práctica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Triage. - Acciones de Enfermería. <p>La variable se medirá a través de un instrumento, el cual consta de dos partes y se categorizará como:</p> <p>En Nivel de Conocimientos:</p> <p>NO ADECUADO: Cuando las respuestas marcadas hagan un puntaje de 0 a 7 puntos.</p>	<p>estudio es una Evaluación de la capacidad de respuesta del profesional de enfermería ante situación de desastre con saldo masivo de víctimas (ANEXO N° 3), consta de 5 secciones: 1º: Objetivo del estudio; 2º: Datos generales, donde se especifica: Sexo, Estudios de Post-Grado y Tiempo de servicio; 3º: Instrucciones, donde se especifica como marcar la alternativa correcta; 4º: Cuestionario acerca de Nivel de conocimientos, donde se consideran 10 preguntas (6 sobre generalidades de desastres, 2 de atención de víctimas en masa, 2 de triaje); y 5º: Cuestionario sobre Práctica, donde se plantean 10 situaciones (3 sobre triaje y 7 sobre acciones de enfermería).</p> <p>El Nivel de Conocimientos que tienen las enfermeras del Hospital II – ESSALUD de Huaraz acerca de capacidad de respuesta ante desastres, será categorizado en niveles:</p> <p>NO ADECUADO: Cuando las respuestas marcadas hagan un puntaje de 0 a 7 puntos.</p> <p>ADECUADO: Cuando las respuestas marcadas obtengan un puntaje de 8 a 10 puntos.</p>
---	--	---	--	--

			<p><u>ADECUADO:</u> Cuando las respuestas marcadas obtengan un puntaje de 8 a 10 puntos.</p> <p>En Práctica:</p> <p><u>NO ADECUADA:</u> Cuando las respuestas marcadas hagan un puntaje de 0 a 7 puntos.</p> <p><u>ADECUADA:</u> Cuando las respuestas marcadas obtengan un puntaje de 8 a 10 puntos.</p> <p>En general, la CAPACIDAD DE RESPUESTA se categorizará como:</p> <p><u>NO ADECUADO:</u> Cuando las respuestas marcadas hagan un puntaje de 0 a 14 puntos.</p>	<p>La Práctica que tienen las enfermeras del Hospital II – ESSALUD de Huaraz acerca de capacidad de respuesta ante desastres, será categorizada en niveles:</p> <p><u>NO ADECUADA:</u> Cuando las respuestas marcadas hagan un puntaje de 0 a 7 puntos.</p> <p><u>ADECUADA:</u> Cuando las respuestas marcadas obtengan un puntaje de 8 a 10 puntos.</p> <p>En general, la CAPACIDAD DE RESPUESTA será categorizará como:</p> <p><u>NO ADECUADA:</u> Cuando las respuestas marcadas hagan un puntaje general de 0 a 14 puntos.</p> <p><u>ADECUADA:</u> Cuando las respuestas marcadas obtengan un puntaje general de 15 a 20 puntos.</p> <p><u>VALIDEZ Y CONFIABILIDAD:</u></p> <p>La validez del instrumento será realizada a través del juicio de 5 expertos y para determinar la confiabilidad se aplicará la Prueba Estadística de Alfa Crombach.</p>
--	--	--	---	--

			<p><u>ADECUADO:</u> Cuando las respuestas marcadas obtengan un puntaje de 15 a 20 puntos.</p>	<p><u>TRATAMIENTO ESTADÍSTICO:</u></p> <p>La información obtenida será codificada para crear una base de datos. Una vez que se tiene la data, los datos serán ingresados en la computadora para el procesamiento automático y análisis de los mismos, haciendo uso de paquete estadístico SPSS versión 20.0, para el respectivo análisis descriptivo e inferencial.</p>
--	--	--	---	--

ANEXO Nº 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es Lic. Enf. Frida Adela Gutiérrez Carranza y le invito a participar en la investigación: “Capacidad de Respuesta del profesional de Enfermería ante situación del desastre con saldo masivo de víctimas – Hospital II – ESSALUD de Huaraz – 2015”, por lo que se plantea como objetivo: Determinar si la enfermera está en la capacidad de responder adecuadamente a múltiples víctimas de un desastre.

Este estudio se realiza porque Huaraz ha sido históricamente una de las ciudades más afectadas en el país por desastres, como el de 1970, habiendo sido virtualmente destruida la ciudad de Huaraz durante este último, ocasión en la que según algunas versiones se habría producido la pérdida de aproximadamente 25,000 vidas humanas en dicha ciudad, además del colapso de la infraestructura urbana y la paralización de las actividades económicas durante mucho tiempo. Los peligros más importantes que se han identificado en el caso de Huaraz son los de origen geológico, climático y geológico-climáticos, los que amenazan la seguridad física de la ciudad.

Es importante que se le haga recordar que usted es libre de decidir si desea participar o no en este estudio, sin ningún tipo de represalias por su decisión, por lo cual se le pide por favor que tome su tiempo para tomar su decisión.

Yo,, con N° DNI

- He leído la hoja informativa que me ha sido entregada.
- He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio a la autora.
- He recibido respuestas satisfactorias por parte de la investigadora.
- He recibido la suficiente información sobre el estudio, al hablar con la autora.

- Entiendo que mi participación es libre y voluntaria.
- Entiendo que puedo abandonar el estudio: Cuando lo desee y sin que tenga que dar explicaciones.
- Los datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y confidencialidad.
- La información recibida será codificada a través de un número de identificación, por lo tanto será de forma anónima.
- Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento y no lo otorgo en este acto.
- Entiendo que al participar en este estudio no obtendré beneficios económicos, mi beneficio sólo será en mi desarrollo personal y profesional porque los resultados servirán para hacer mejoras en la atención de nuestros usuarios, sobre todo en la parte humana.
- Entiendo que participar en esta investigación no me acarrearé ningún perjuicio para mi persona ni mi salud física o emocional.
- La autora se compromete a socializar los resultados de la investigación con los participantes.

Por tanto, **declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente y por ello firmo este consentimiento informado de forma libre y voluntaria para MANIFESTAR MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN, hasta que decida lo contrario.**

Huaraz,

.....
FIRMA DE LIC. ENF. PARTICIPANTE

.....
FIRMA DE LIC. ENF. AUTORA
Frida Adela Gutiérrez Carranza

ANEXO Nº 3

**UNIVERSIDAD AUTONOMA - ICA
FACULTA DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN**

**EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA ANTE SITUACIÓN DEL DESASTRE CON SALDO
MASIVO DE VÍCTIMAS**

OBJETIVO DEL ESTUDIO:

Determinar la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería ante situación del desastre con saldo masivo de víctimas – Hospital II – ESSALUD – Huaraz – 2015.

DATOS GENERALES:

SEXO : Masculino () Femenino ()

POST GRADOS:

Especialidad () Maestría () Doctorado ()

TIEMPO DE SERVICIO:

INSTRUCCIONES:

El instrumento consta de dos partes, contesta como se le indica en cada segmento.

I. NIVEL DE CONOCIMIENTOS:

Encierre en un círculo la alternativa de respuesta que considere como correcta:

1. DEFINICION DE DESASTRE ES:

- a. Evento concentrado en tiempo y espacio en el cual una comunidad sufre daños severos cuyas pérdidas afectan a sus miembros y pertenencias físicas de forma tal que se resiente la estructura y las principales funciones de la sociedad.
- b. Conjunto de políticas, estrategias, normas, actividades, capacidades operativas, etc. que se realizan, tendientes a evitar, disminuir, y afrontar los impactos adversos de los eventos naturales.
- c. Resultado de una ruptura ecológica entre los humanos y su medio ambiente, un evento serio y súbito de tal magnitud que la comunidad golpeada necesita esfuerzos extraordinarios para hacerle frente.
- d. a y b.
- e. a y c.

2. LOS DESASTRES POR SU ORIGEN SE CLASIFICAN EN:

- a. Desastres naturales, antrópicos, meteorológicos, telúricos.
- b. Desastres provocados por el hombre, topográficos, naturales.
- c. Desastres antrópicos, naturales.
- d. Desastres meteorológicos, telúricos, guerras, accidentes, topográficos.
- e. Todas las anteriores.

3. LA RESPUESTA AL DESASTRE EN QUÉ FASE DEL CICLO SE UBICA:

- a. Fase de mitigación.
- b. Primera fase.
- c. Segunda fase.
- d. Fase de rehabilitación.

e. Tercera fase.

4. ¿CUÁLES SON LOS EFECTOS DE LOS DESASTRES EN LA SALUD?

a. Escasez de alimentos, epidemias, daños en la infraestructura de salud y social.

b. Movimientos de la población, alteración psicológica, epidemias, número elevado de heridos, muertos.

c. Alteración del medio ambiente, escasez de alimentos, epidemias, número inesperado de heridos y muertos.

d. Soló a y c.

e. Todas las anteriores.

5. LA DEFINICIÓN DE PELIGRO ES:

a. Magnitud probable del daño a las personas y sus bienes, en un territorio o ecosistema específico, en un período o momento determinado, relacionado con la presencia de una o varias amenazas potenciales.

b. Una consecuencia del mal accionar del ser humano en su relación con el medio ambiente.

c. Factor externo de riesgo, con respecto al sujeto o sistema expuesto vulnerable, representado por la potencial ocurrencia de un suceso de origen natural o generado por la actividad humana.

d. Probabilidad de ocurrencia de un fenómeno potencialmente dañino, de una magnitud dada, para un período específico y en una localidad o zona conocida.

e. Ninguna de las anteriores.

6. LA DEFINICIÓN DE CAPACIDAD DE RESPUESTA DE LA ENFERMERA(O) ANTE UN DESASTRE ES:

a. Conjunto de políticas, estrategias, normas, actividades, capacidades operativas, etc. de la enfermera que se realizan, tendientes a evitar, disminuir, y afrontar los impactos adversos de los eventos naturales.

- b. Conjunto de acciones de salud brindadas a las víctimas de un evento adverso con un saldo numeroso de heridos, su objetivo es salvar la mayor cantidad de vidas y brindar el mejor tratamiento de salud.
- c. Capacidad de respuesta de la enfermera en la atención de las múltiples víctimas que se producen por un desastre.
- d. Capacidad, conocimientos, destrezas y habilidades que tienen la enfermera para solucionar problemas de salud en situaciones de desastres.
- e. Sólo b y d.

7. LA DEFINICIÓN DE ATENCIÓN DE VÍCTIMA EN MASA ES:

- a. Conjunto de acciones de salud brindadas a las víctimas de un evento adverso con un saldo numeroso de heridos, su objetivo es salvar la mayor cantidad de vidas y brindar el mejor tratamiento de salud.
- b. Conjunto de políticas, estrategias, normas, actividades, capacidades operativas, etc. de la enfermera que se realizan, tendientes a evitar, disminuir, y afrontar los impactos adversos de los eventos naturales.
- c. Capacidad, conocimientos, destrezas y habilidades que tienen la enfermera para solucionar problemas de salud en situaciones de desastres.
- d. Saldo numeroso de heridos, muertos producto de un evento natural o provocado por el hombre.
- e. Atención en grupos a las víctimas y/o heridos de los desastres.

8. SEGÚN UD. ¿A QUÉ DESASTRES NATURALES ESTÁ EXPUESTA HUARAZ?

- a. Heladas, deslizamientos, sismos.
- b. Huaycos, avalanchas, aluviones.
- c. Incendios forestales, huelgas, terrorismo.
- d. Todas las anteriores.
- e. Ninguna de las anteriores.

9. EN LO QUE RESPECTA A TRIAJE EN EMERGENCIA MASIVA, ¿QUÉ COLOR DE TARJETA COLOCA A UN HERIDO CON TEC GRAVE?
- a. Tarjeta Negra.
 - b. Tarjeta Verde Claro.
 - c. Tarjeta Verde Oscura.
 - d. Tarjeta Amarilla.
 - e. Tarjeta Roja.
10. UN VÍCTIMA DEL DESASTRE CON UNA LESIÓN/ENFERMEDAD QUE PUEDE ESPERAR ATENCIÓN, ¿CON QUÉ COLOR DE TARJETA LO CLASIFICA?
- a. Tarjeta Negra.
 - b. Tarjeta Verde.
 - c. Tarjeta Amarilla.
 - d. Tarjeta Roja.
 - e. Tarjeta Verde o Amarilla.

II. PRÁCTICA DE ENFERMERÍA:

Se plantean acciones de Enfermería durante un desastre, marque Verdadero (V) o Falso (F) dentro del paréntesis por cada ítem planteado:

11. Las plagas y epidemias post desastre son inevitables. ()
12. Un principio fundamental, en situaciones de desastre, es emplear a las personas en funciones lo más estrechamente asociados con su trabajo diario.
()
13. Si durante un desastre llega un cadáver a su puesto de triaje, la tarjeta verde es la que Ud. coloca. ()

14. Una víctima de 30 años llega a su puesto de triaje con TEC Grave, le coloca la tarjeta amarilla y se lo pasa su atención inmediata. ()
15. El personal de triaje colocó tarjeta roja a una víctima de ahogamiento, producto de una inundación post desborde de una laguna. ()
16. Del triaje le pasan una víctima de ahogamiento durante una inundación, lo primero que se tiene que hacer es colocar oxigenoterapia por máscara de reservorio a alto flujo. ()
17. A las múltiples víctimas o heridos de un desastre, durante su atención también se aplica el ABCDE como a todo paciente crítico. ()
18. La enfermera no debe gastar equipo y tiempo valioso en víctimas que no tienen esperanzas de recuperación dadas las limitaciones en un desastre, aunque esto vaya en contra del principio bioético de la justicia. ()
19. En una víctima con traumatismo facial extenso, se debe colocar sonda nasogástrica por cualquier fosa nasal para evitar la aspiración de sangre o cualquier otra secreción. ()
20. Si Ud. se encuentra en su casa y ocurre un desastre, una vez que se asegura la integridad de su familia, continua con ella porque lo primero es cuidar a su familia. ()

ANEXO N° 4

MATRIZ DE CONSTRUCCIÓN DE REACTIVOS

CODIFICACIÓN Y REACTIVO	PUNTUACIÓN	PESO
<p style="text-align: center;">I.</p> <p>DEFINICION DE DESASTRE ES:</p> <p>Evento concentrado en tiempo y espacio en el cual una comunidad sufre daños severos cuyas pérdidas afectan a sus miembros y pertenencias físicas de forma tal que se resiente la estructura y las principales funciones de la sociedad.</p> <p>Conjunto de políticas, estrategias, normas, actividades, capacidades operativas, etc. que se realizan, tendientes a evitar, disminuir, y afrontar los impactos adversos de los eventos naturales.</p> <p>Resultado de una ruptura ecológica entre los humanos y su medio ambiente, un evento serio y súbito de tal magnitud que la comunidad golpeada necesita esfuerzos extraordinarios para hacerle frente.</p> <p>a y b.</p> <p>a y c.</p>	<p style="text-align: center;">0</p> <p style="text-align: center;">0</p> <p style="text-align: center;">0</p> <p style="text-align: center;">0</p> <p style="text-align: center;">1</p>	1

<p>LOS DESASTRES POR SU ORIGEN SE CLASIFICAN EN:</p> <p>Desastres naturales, antrópicos, meteorológicos, telúricos.</p> <p>Desastres provocados por el hombre, topográficos, naturales.</p> <p>Desastres antrópicos, naturales.</p> <p>Desastres meteorológicos, telúricos, guerras, accidentes, topográficos.</p> <p>Todas las anteriores.</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>1</p>
<p>LA RESPUESTA AL DESASTRE EN QUÉ FASE DEL CICLO SE UBICA:</p> <p>Fase de mitigación.</p> <p>Primera fase.</p> <p>Segunda fase.</p> <p>Fase de rehabilitación.</p> <p>Tercera fase.</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>1</p>
<p>¿CUÁLES SON LOS EFECTOS DE LOS DESASTRES EN LA SALUD?</p> <p>Escasez de alimentos, epidemias, daños en la infraestructura de salud y social.</p>	<p>0</p>	

Movimientos de la población, alteración psicológica, epidemias, número elevado de heridos, muertos.	0	
Alteración del medio ambiente, escasez de alimentos, epidemias, número inesperado de heridos y muertos.	0	1
Soló a y c.	0	
Todas las anteriores.	1	
LA DEFINICIÓN DE PELIGRO ES:		
Magnitud probable del daño a las personas y sus bienes, en un territorio o ecosistema específico, en un período o momento determinado, relacionado con la presencia de una o varias amenazas potenciales.	0	
Una consecuencia del mal accionar del ser humano en su relación con el medio ambiente.	0	
Factor externo de riesgo, con respecto al sujeto o sistema expuesto vulnerable, representado por la potencial ocurrencia de un suceso de origen natural o generado por la actividad humana.	0	1
Probabilidad de ocurrencia de un fenómeno potencialmente dañino, de una magnitud dada, para un período específico y en una localidad o zona conocida.		
Ninguna de las anteriores.	1	
	0	

<p>LA DEFINICIÓN DE CAPACIDAD DE RESPUESTA DE LA ENFERMERA(O) ANTE UN DESASTRE ES:</p> <p>Conjunto de políticas, estrategias, normas, actividades, capacidades operativas, etc. de la enfermera que se realizan, tendientes a evitar, disminuir, y afrontar los impactos adversos de los eventos naturales.</p> <p>Conjunto de acciones de salud brindadas a las víctimas de un evento adverso con un saldo numeroso de heridos, su objetivo es salvar la mayor cantidad de vidas y brindar el mejor tratamiento de salud.</p> <p>Capacidad de respuesta de la enfermera en la atención de las múltiples víctimas que se producen por un desastre.</p> <p>Capacidad, conocimientos, destrezas y habilidades que tienen la enfermera para solucionar problemas de salud en situaciones de desastres.</p> <p>Sólo b y d.</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>1</p>
<p>LA DEFINICIÓN DE ATENCIÓN DE VÍCTIMA EN MASA ES:</p> <p>Conjunto de acciones de salud brindadas a las víctimas de un evento adverso con un saldo numeroso de heridos, su objetivo es salvar la mayor cantidad de vidas y brindar el mejor</p>	<p>1</p>	

<p>tratamiento de salud.</p> <p>Conjunto de políticas, estrategias, normas, actividades, capacidades operativas, etc. de la enfermera que se realizan, tendientes a evitar, disminuir, y afrontar los impactos adversos de los eventos naturales.</p> <p>Capacidad, conocimientos, destrezas y habilidades que tienen la enfermera para solucionar problemas de salud en situaciones de desastres.</p> <p>Saldo numeroso de heridos, muertos producto de un evento natural o provocado por el hombre.</p> <p>Atención en grupos a las víctimas y/o heridos de los desastres.</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>1</p>
<p>SEGÚN UD. ¿A QUÉ DESASTRES NATURALES ESTÁ EXPUESTA HUARAZ?</p> <p>Heladas, deslizamientos, sismos.</p> <p>Huaycos, avalanchas, aluviones.</p> <p>Incendios forestales, huelgas, terrorismo.</p> <p>Todas las anteriores.</p> <p>Ninguna de las anteriores.</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>1</p>	<p>1</p>

<p>EN LO QUE RESPECTA A TRIAJE EN EMERGENCIA MASIVA, ¿QUÉ COLOR DE TARJETA COLOCA A UN HERIDO CON TEC GRAVE?</p> <p>Tarjeta Negra.</p> <p>Tarjeta Verde Claro.</p> <p>Tarjeta Verde Oscura.</p> <p>Tarjeta Amarilla.</p> <p>Tarjeta Roja.</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>1</p>	<p>1</p>
<p>UN VÍCTIMA DEL DESASTRE CON UNA LESIÓN/ENFERMEDAD QUE PUEDE ESPERAR ATENCIÓN, ¿CON QUÉ COLOR DE TARJETA LO CLASIFICA?</p> <p>Tarjeta Negra.</p> <p>Tarjeta Verde.</p> <p>Tarjeta Amarilla.</p> <p>Tarjeta Roja.</p> <p>Tarjeta Verde o Amarilla.</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>1</p>

<p style="text-align: center;">II.</p> <p>LAS PLAGAS Y EPIDEMIAS POST DESASTRE SON INEVITABLES:</p> <p>Verdadero.</p> <p>Falso.</p>	<p style="text-align: center;">0</p> <p style="text-align: center;">1</p>	<p style="text-align: center;">1</p>
<p>UN PRINCIPIO FUNDAMENTAL, EN SITUACIONES DE DESASTRE, ES EMPLEAR A LAS PERSONAS EN FUNCIONES LO MÁS ESTRECHAMENTE ASOCIADOS CON SU TRABAJO DIARIO:</p> <p>Verdadero.</p> <p>Falso.</p>	<p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">0</p>	<p style="text-align: center;">1</p>
<p>SI DURANTE UN DESASTRE LLEGA UN CADÁVER A SU PUESTO DE TRIAJE, LA TARJETA VERDE ES LA QUE UD. COLOCA:</p> <p>Verdadero.</p> <p>Falso.</p>	<p style="text-align: center;">0</p> <p style="text-align: center;">1</p>	<p style="text-align: center;">1</p>

<p>UNA VÍCTIMA DE 30 AÑOS LLEGA A SU PUESTO DE TRIAJE CON TEC GRAVE, LE COLOCA LA TARJETA AMARILLA Y SE LO PASA SU ATENCIÓN INMEDIATA:</p> <p>Verdadero.</p> <p>Falso.</p>	<p>0</p> <p>1</p>	<p>1</p>
<p>EL PERSONAL DE TRIAJE COLOCÓ TARJETA ROJA A UNA VÍCTIMA DE AHOGAMIENTO, PRODUCTO DE UNA INUNDACIÓN POST DESBORDE DE UNA LAGUNA:</p> <p>Verdadero.</p> <p>Falso.</p>	<p>1</p> <p>0</p>	<p>1</p>
<p>DEL TRIAJE LE PASAN UNA VÍCTIMA DE AHOGAMIENTO DURANTE UNA INUNDACIÓN, LO PRIMERO QUE SE TIENE QUE HACER ES COLOCAR OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA DE RESERVORIO A ALTO FLUJO:</p> <p>Verdadero.</p> <p>Falso.</p>	<p>0</p> <p>1</p>	<p>1</p>

<p>A LAS MÚLTIPLES VÍCTIMAS O HERIDOS DE UN DESASTRE, DURANTE SU ATENCIÓN TAMBIÉN SE APLICA EL ABCDE COMO A TODO PACIENTE CRÍTICO:</p> <p>Verdadero. Falso.</p>	<p>1 0</p>	<p>1</p>
<p>LA ENFERMERA NO DEBE GASTAR EQUIPO Y TIEMPO VALIOSO EN VÍCTIMAS QUE NO TIENEN ESPERANZAS DE RECUPERACIÓN DADAS LAS LIMITACIONES EN UN DESASTRE, AUNQUE ESTO VAYA EN CONTRA DEL PRINCIPIO DE LA JUSTICIA:</p> <p>Verdadero. Falso.</p>	<p>1 0</p>	<p>1</p>
<p>EN UNA VÍCTIMA CON TRAUMATISMO FACIAL EXTENSO, SE COLOCAR SONDA NASOGÁSTRICA POR CUALQUIER FOSA NASAL PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN DE SANGRE:</p> <p>Verdadero. Falso.</p>	<p>0 1</p>	<p>1</p>

<p>SI UD. SE ENCUENTRA EN SU CASA Y OCURRE UN DESASTRE, ASEGURA LA INTEGRIDAD DE SU FAMILIA, CONTINUA CON ELLA PORQUE LO PRIMERO ES SU FAMILIA:</p> <p>Verdadero.</p> <p>Falso.</p>	<p>0</p> <p>1</p>	<p>1</p>
---	-------------------	----------



