



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

FCM

Carrera de enfermería

Ciclo de licenciatura en Enfermería

Taller de Tesis

Título: Intervenciones de enfermería del personal de reciente ingreso frente a catástrofes en servicio cerrado del hospital “Luis Lagomaggiore”

Autores: Lorena Miriam Infante

Marilina Soledad Bustos

María Romina Andrade Narciso

Mendoza febrero 2017

EL PRESENTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN ES PROPIEDAD DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO, Y NO PUEDE SER PUBLICADO, COPIADO NI CITADO, EN TODO O EN PARTE, SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO DE LA CITADA ESCUELA O DEL AUTOR O LOS AUTORES.

ACTA DE APROBACIÓN

Tribunal examinador:

Presidente:.....

Vocal 1:.....

Vocal 2:.....

Trabajado Aprobado el:...../...../.....

RESUMEN

Tema: Intervenciones de enfermería del personal de reciente ingreso frente a catástrofes en servicio cerrado del hospital de “Luis Lagomaggiore”

Autores: Infante Mirian, Bustos Marilina, Andrade Romina

Lugar: Servicio de Neonatología del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore

Introducción: El objetivo de los profesionales de enfermería es el cuidado, de los pacientes. Los enfermeros que trabajan en el servicio de Neonatología saben bien que en caso de que algo sucediera en este servicio(catástrofe, desastre natural) o lo que fuera que afectara la estructura del hospital estos pequeños son su responsabilidad y de cada uno de ellos dependerá la vida de uno o más de los recién nacidos que allí se encuentren .pero puede una persona estar preparada para afrontar esto solo con sus conocimientos siendo este trabajo su primera experiencia laboral, y aquí una de nuestras principales dudas.

Por ello nos parece fundamental el conocimiento científico, teórico y práctico que tengan cada uno de estos profesionales, y que en caso de que sea deficiente o inexistente se los prepare para afrontar una situación de tales características. Brindándoles las herramientas necesarias para que estén preparados ya que siendo Mendoza una provincia que tiene antecedentes y características para sufrir una catástrofe (terremoto, aluvión, etc.) es de fundamental importancia el tratamiento y preparación en el tema.

Objetivos generales: Establecer que grado de conocimiento poseen los enfermeros de reciente ingreso del servicio de neonatología sobre actuación en catástrofe.

Tipo de estudio: El tipo de estudio se enmarca dentro de un cuadro descriptivo con corte transversal y es cuantitativo ya que se utilizó la recolección de datos con base en la medición numérica, y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento.

También es descriptivo por que se describieron los factores que inciden en la preparación y conocimiento que poseen los profesionales de enfermería

Resultados: A través de este estudio se determinó que el personal de enfermería en el servicio de Neonatología el 74% son enfermeros profesionales- universitarios,

y solo el 23% son licenciados. El 75%aprox. tiene menos de 5 años de experiencia en el servicio. El 25 % tienen entre 5 y 10 años. De trabajar allí.

Conclusiones: Tras el proceso de investigación y análisis, se pudo determinar que gran parte de los profesionales del servicio de Neonatología tiene poca experiencia y preparación en el manejo en situaciones de catástrofes este se puede deber a la falta de preparación y o interés por parte de los profesionales, que, aunque llevan menos a 5 años en el servicio se puede notar esta falencia que puede ser fatal no solo para ellos mismos sino también para los pacientes y sus familiares.

Recomendaciones: Implementar la capacitación permanente sobre manera de actuar y manejo de pacientes en ARM, en situaciones de catástrofes, Propiciar la creación de protocolo de evacuación en caso de catástrofes, Educar a los padres y / o cuidadores principales del paciente sobre cómo deben actuar en caso de catástrofes en el servicio de neonatología.

Palabras claves: primera experiencia laboral, reciente ingreso al servicio, poco o inexistentes conocimientos en situaciones de catástrofes,

AGRADECIMIENTOS

Queremos hacer mención en especial a nuestras familias que fueron nuestro apoyo incondicional para poder concretar esta investigación, brindándonos todo su apoyo, en todo momento, a cada instante.

Sin olvidarnos de todo el equipo docente que estuvieron a disposición, y fueron los que nos guiaron hacia la concreción para hacer realidad el sueño propuesto a comienzo del cursado. Le damos las gracias desde el fondo de nuestros corazones y les estaremos eternamente agradecidos, por acompañarnos, guiarnos, alentarnos y no dejarnos solos en ningún momento.

Prologo

Si bien esta tesina se perpetra con un fin académico y evaluativo para la carrera de licenciatura en enfermería; también se considera un excelente instrumento para tener en cuenta a la hora de accionar ante una catástrofe en servicio cerrado y además se recalca al personal de reciente ingreso que, por añadidura, tienen su primera experiencia laboral, lo cual con lleva a mucha incertidumbre e inseguridades, por lo cual nuestro principal objetivo de esta tesis es: evitar pérdidas o lesiones debido al pánico y la incapacidad del personal para lograr que los pacientes o quienes concurren al servicio pierdan la calma, lo cual es de suma importancia que el personal de reciente ingreso y el personal no capacitado esté preparado para tal situación inesperada.

Como espacio físico, se basará en el Hospital Luis Lagomaggiore, precisamente en el servicio de Neonatología, ya que es una entidad de referencia regional con equipamiento tecnológico de gran importancia y con una gran variedad de trabajadores con su primera experiencia práctica.

INTRODUCCION

Sabemos que la formación que reciben los profesionales de enfermería durante su formación no es suficiente, pero una vez recibidos... ¿continúan preocupándose por completarla? ¿por superarse? como los profesionales, que ya son.

Ni hablar de la formación que se recibe para la correcta actuación en catástrofes, es escasa o nula para muchos, y aunque por suerte estas no han sido muy frecuentes en los últimos años, Mendoza es una provincia que tiene antecedentes y más aún características para padecerlas.

Y como esperamos que respondan los profesionales de enfermería, si su formación es escasa, y los recursos con los que se disponen son mininos, o insuficientes.

Por ello parece ser algo inevitable que los mismos reciban estos conocimientos, para que de ser necesario puedan brindar un correcto abordaje y manejo de los pacientes y así reducir los riesgos tanto para los pacientes como para el propio personal.

La siguiente investigación intenta reflejar este hecho de la falta de información y/o preparación del personal.

El siguiente trabajo se divide en capítulos donde el Capítulo N°1 se encuentra el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos y marco teórico.

Capítulo N°2 podemos ver el marco metodológico donde encontramos el tipo de estudio, área de estudio, método de recolección de datos e instrumento con el que se realiza y el posterior procesamiento de los datos.

En el capítulo N°3 se observan los resultados, la discusión y las recomendaciones: con 39 caracterizaciones con sus gráficos y comentarios propios de cada caracterización, conclusiones, y respectivas propuestas para la posible solución a la problemática.

ÍNDICE GENERAL

CARATULA.....	I
ADVERTENCIA.....	II
ACTA DE APROBACIÓN	III
RESUMEN.....	- V
AGRADECIMIENTOS	VII
PROLOGO	vii
INTRODUCCION	VIII
CAPITULO I: PLANTEO DEL PROBLEMA	
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	2
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
OBJETIVO GENERAL.....	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7-48
CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	
TIPO DE ESTUDIO	50
METODO DE RECOLECCION DE DATOS.....	51
CAPITULO III: RESULTADO, DISCUSIÓN Y PROPUESTA	
TABLA Y GRAFICOS	53-91
CONCLUSION	92
PROPUESTAS.....	93
BIBLIOGRAFÍA.....	95
CAPITULO IV: APENDICES Y ANEXOS	
ENCUESTA.....	97
CODIFICACIÓN.....	98
TABLA MATRIZ DE DATOS.....	102- 103

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Pág.
TABLA Y GRÁFICO N° 1:	53
TABLA Y GRÁFICO N° 2:	54
TABLA Y GRÁFICO N° 3:	55
TABLA Y GRÁFICO N° 4:	56
TABLA Y GRÁFICO N° 5:	57
TABLA Y GRÁFICO N° 6:	58
TABLA Y GRÁFICO N° 7:	59
TABLA Y GRÁFICO N° 8	60
TABLA Y GRÁFICO N° 9:	61
TABLA Y GRÁFICO N° 10:	62
TABLA Y GRÁFICO N° 11:	63
TABLA Y GRÁFICO N° 12:	64
TABLA Y GRAFICO N°13	65
TABLA Y GRAFICO N°14	66
TABLA Y GRAFICO N°15	67
TABLA Y GRAFICO N°16	68
TABLA Y GRAFICO N°17	69
TABLA Y GRAFICO N°18	70
TABLA Y GRAFICO N°19	71
TABLA Y GRAFICO N°20	72
TABLA Y GRAFICO N°21	73
TABLA Y GRAFICO N°22	74
TABLA Y GRAFICO N°23	75
TABLA Y GRAFICO N°24	76
TABLA Y GRAFICO N°25	77
TABLA Y GRAFICO N°26	78

TABLA Y GRAFICO N°27	79
TABLA Y GRAFICO N°28	80
TABLA Y GRAFICO N°29	81
TABLA Y GRAFICO N°30	82
TABLA Y GRAFICO N°31	83
TABLA Y GRAFICO N°32	84
TABLA Y GRAFICO N°33	85
TABLA Y GRAFICO N°34	86
TABLA Y GRAFICO N°35	87
TABLA Y GRAFICO N°36	88
TABLA Y GRAFICO N°37	89
TABLA Y GRAFICO N°38	90
TABLA Y GRAFICO N°39	91

CAPITULO I: PLANTEO DEL PROBLEMA

TEMA: INTERVENCIONES DE ENFERMERIA FRENTE A CATASTROFES EN SERVICIOS CERRADOS.

Descripción del problema

Debido a los acontecimientos surgidos en el año 2015, como el terremoto en Chile que llevo a que se produjeran temblores en provincias como Mendoza, San Juan, Córdoba, La Rioja, Buenos Aires y otras provincias. En Mendoza, en algunas instituciones públicas y privadas, se pudo observar que las personas entraron en pánico bloqueándose a la hora de actuar. Algunos enfermeros no sabían cómo accionar frente a esta situación, entonces no vieron otra manera que tranquilizar a los pacientes y a sus compañeros, después de esos 2 minutos interminables y al volver a la calma, se constató, que realmente es alarmante, no había un protocolo a seguir. Entonces ahí surgieron las dudas.

Otro evento ocurrió el 03/12/15, una amenaza de bomba, en el hospital Luis Lagomaggiore, se debió evacuar no sólo a los pacientes sino también a todo el personal que de hecho siguió trabajando sin preocupación ni interés alguno hacia la problemática en cuestión, solo se pudo observar la reacción de los padres de los neonatos quienes querían llevarse a su hijo sin importarle nada. Ante dichas situaciones surgen una serie de preguntas: ¿Qué hacer si sucediera una catástrofe? ¿Cómo hay que actuar?; en el servicio de neonatología ¿saben los enfermeros como deben actuar?, ¿existen protocolos? A todo esto, se suma que en el servicio de neonatología hay un 70% de personal nuevo de menos de cinco años; entre ese 70%, un 50% lleva menos de dos años trabajando y más del 50% están en su primera experiencia laboral lo que conlleva a que sea más grande el problema si sucediera algún fenómeno que superé la normalidad convirtiéndose en una catástrofe. Si se tiene en cuenta que Mendoza posee características geográficas de alto riesgo de padecer una catástrofe, se han presentados en los últimos tiempos de fenómenos naturales, terremotos, aluviones, viento zondas de gran intensidad que en breve tiempo pasan de ser normales para convertirse en desastres.

El servicio de neonatología posee 11 sectores los cuales cuatro son de cuidados intermedios, uno de pre terapia y cuatro terapias intensivas otro sector de quiró-

fano o aislamiento y la recepción de partos en los cuales hay entre 4 y 5 pacientes dependiendo del sector y 1 o 2 enfermeros. En estos momentos se encuentran aproximadamente entre 8 y 10 pacientes con ARM y otros 5 -10 pacientes con algún tipo de oxígeno terapia (sea cpap nasal, blender con bigotera. o halo) con un 50% RNPT (recién nacido pre termino) de menos de un kilo un 30% de entre 1000 y 1500 gramos y el 15 entre 2000 y 2500 y el 5% de más de 2500. También se puede observar que hay una sola incubadora de traslado con un tubo de oxígeno portátil lo cual evidencia la falta de materiales para poder responder ante un evento de grandes características con la gran cantidad de población con la que trabajamos.

Formulación del problema

¿Está preparado para actuar ante un evento adverso, el personal de enfermería de reciente ingreso del servicio de Neonatología del hospital Lagomaggiore, de la Ciudad de Mendoza, durante el último trimestre del 2016?

Justificación

Entonces se justifica que es importante tratar esta problemática ya que siempre surge la misma pregunta ¿qué hay que hacer? y debido a la insuficiente y /o inexistente información al respecto se sabe. Esta problemática se puede solucionar a través de la divulgación primero el desconocimiento, luego la importancia de tener un personal preparado ante la posibilidad de este tipo de situaciones ya sea a través de charlas, talleres, simulacros es decir brindando a la personal información sobre el abordaje y manejo de los diferentes tipos de pacientes por todas estas razones resulta necesario obtener y difundir la información al respecto.

Objetivo General:

Establecer que grado de conocimiento poseen los enfermeros de reciente ingreso del servicio de neonatología sobre actuación catástrofe.

Objetivos Específicos:

- Obtener la opinión del personal sobre la importancia del tema.
- Indagar si los enfermeros reciben información y/o preparación sobre la correcta actuación ante una catástrofe.
- Determinar las características del personal de enfermería.

MARCO TEÓRICO

APARTADO A:

CONTINGENCIA SISMICA:

CONTINGENCIA: DEFINICIÓN

Se conoce como contingencia, a un evento que es probable que ocurra, pero del cual no se tiene la certeza de que vaya a ocurrir. Una contingencia es por lo tanto un suceso posible con mayores o menores probabilidades de ocurrir.

Por esta razón, se dice que las contingencias como acontecimientos que pueden ser tanto espontáneos como provocados, ya que no están previstos.

SISMO: DEFINICIÓN

Un sismo es un temblor o una sacudida de la tierra por causas internas. El término es sinónimo de terremoto, aunque en algunas regiones geográficas el concepto de sismo se utiliza para hacer referencia a temblores de menor intensidad que un terremoto.

Estos movimientos se producen por el choque de las placas tectónicas. La colisión libera energía mientras los materiales de la corteza terrestre se reorganizan para volver a alcanzar el equilibrio mecánico.

Una de las principales causas de los sismos es la deformación de las rocas contiguas a una falla activa, que liberan su energía potencial acumulada y producen grandes temblores.

La Real Academia Española define las palabras: sismo, temblor o terremoto como sinónimos, pero popularmente en ciertos países latinoamericanos, la gente atribuye al término temblor como una sacudida de la tierra que asusta un poco pero no provoca caída de viviendas ni pérdidas de vida. En cambio terremoto está muy vinculado a la caída de casas y pérdidas de vidas; por lo que estas palabras causan controversias respecto a la definición correcta. Porque son entendidas por el daño y no daño que el movimiento puede provocar.

Uno de los mayores problemas para la medición de un terremoto es la dificultad inicial para coordinar los registros obtenidos por sismógrafos ubicados en diferen-

tes puntos ("Red Sísmica"), de modo que no es inusual que las informaciones preliminares sean discordantes ya que se basan en informes que registraron diferentes amplitudes de onda. Determinar el área total abarcada por el sismo puede tardar varias horas o días de análisis del movimiento mayor y de sus réplicas. La prontitud del diagnóstico es de importancia capital para echar a andar los mecanismos de ayuda en tales emergencias.

A cada terremoto se le asigna un valor de magnitud (Richter) único, pero la evaluación se realiza, cuando no hay un número suficiente de estaciones, principalmente basada en registros que no fueron realizados forzosamente en el epicentro sino en puntos cercanos. De allí que se asigne distinto valor a cada localidad o ciudad e interpolando las cifras se consigue ubicar el epicentro. ¹

Aunque cada terremoto tiene una magnitud única, su efecto variará grandemente según la distancia, la condición del terreno, los estándares de construcción y otros factores.

Pueden ser medidos por escalas:

Escala de Magnitud: Escala de Richter. Que determina la fuerza de un sismo de una magnitud entre 2,0 y 6,9 grados; y de 0 a 400 Km de profundidad. Es la más conocida y a más utilizada.

Magnitud en Escala Richter	Efectos del terremoto
Menos de 3.5	Generalmente no se siente, pero es registrado
3.5 - 5.4	A menudo se siente, pero sólo causa daños menores
5.5 - 6.0	Ocasiona daños ligeros a edificios
6.1 - 6.9	Puede ocasionar daños severos en áreas muy pobladas.
7.0 - 7.9	Terremoto mayor. Causa graves daños
8 o mayor	Gran terremoto. Destrucción total a comunidades cercanas.

Escala de Intensidades: Escala de Mercalli. Es una escala de 12 grados desarrollada para evaluar la intensidad de los terremotos a través de los efectos y daños causados a distintas estructuras, se basa en sus consecuencias empíricamente observadas.

¹ <http://www.angelfire.com/ri/chterymercalli/>

I. Sacudida sentida por muy pocas personas en condiciones especialmente favorables.

II. Sacudida sentida sólo por pocas personas en reposo, especialmente en los pisos altos de los edificios. Los objetos suspendidos pueden oscilar.

III. Sacudida sentida claramente en los interiores, especialmente en los pisos altos de los edificios, muchas personas no lo asocian con un temblor. Los vehículos de motor estacionados pueden moverse ligeramente. Vibración como la originada por el paso de un vehículo pesado. Duración estimable.

IV. Sacudida sentida durante el día por muchas personas en los interiores, por pocas en el exterior. Por la noche algunas despiertan. Vibración de vajillas, vidrios de ventanas y puertas; los muros crujen. Sensación como de un vehículo pesado chocando contra un edificio, los vehículos de motor estacionados se balancean claramente.

V. Sacudida sentida casi por todo el mundo; muchos despiertan. Algunas piezas de vajilla, vidrios de ventanas, etcétera, se rompen; pocos casos de agrietamiento de aplanados; caen objetos inestables. Se observan perturbaciones en los árboles, postes y otros objetos altos. Se detienen de relojes de péndulo.

VI. Sacudida sentida por todo mundo; muchas personas atemorizadas huyen hacia afuera. Algunos muebles pesados cambian de sitio; pocos ejemplos de caída de aplacados o daño en chimeneas. Daños ligeros.

VII. Advertido por todos. La gente huye al exterior. Daños sin importancia en edificios de buen diseño y construcción. Daños ligeros en estructuras ordinarias bien construidas; daños considerables en las débiles o mal proyectadas; rotura de algunas chimeneas. Estimado por las personas conduciendo vehículos en movimiento.

VIII. Daños ligeros en estructuras de diseño especialmente bueno; considerable en edificios ordinarios con derrumbe parcial; grande en estructuras débilmente construidas. Los muros salen de sus armaduras. Caída de chimeneas, pilas de

productos en los almacenes de las fábricas, columnas, monumentos y muros. Los muebles pesados se vuelcan. Arena y lodo proyectados en pequeñas cantidades. Cambio en el nivel del agua de los pozos. Pérdida de control en las personas que guían vehículos motorizados.

IX. Daño considerable en las estructuras de diseño bueno; las armaduras de las estructuras bien planeadas se desploman; grandes daños en los edificios sólidos, con derrumbe parcial. Los edificios salen de sus cimientos. El terreno se agrieta notablemente. Las tuberías subterráneas se rompen.

X. Destrucción de algunas estructuras de madera bien construidas; la mayor parte de las estructuras de mampostería y armaduras se destruyen con todo y cimientos; agrietamiento considerable del terreno. Las vías del ferrocarril se tuercen. Considerables deslizamientos en las márgenes de los ríos y pendientes fuertes. Invasión del agua de los ríos sobre sus márgenes.

XI Casi ninguna estructura de mampostería queda en pie. Puentes destruidos. Anchas grietas en el terreno. Las tuberías subterráneas quedan fuera de servicio. Hundimientos y derrumbes en terreno suave. Gran torsión de vías férreas.

XII Destrucción total. Ondas visibles sobre el terreno. Perturbaciones de las cotas de nivel (ríos, lagos y mares). Objetos lanzados en el aire hacia arriba.

MENDOZA Y LOS TERREMOTOS

Mendoza es una provincia de Argentina situada en la Región de Cuyo. Limita al norte con la provincia de San Juan, al este con la provincia de San Luis, al sur con La Pampa y Neuquén, y al oeste con Chile; este último límite sigue la cordillera de los Andes. Con una superficie de 148 827 km².

Nuestro planeta es un enorme laboratorio donde la química, la física, la geología y la biología producen constantemente todo tipo de acciones y reacciones en una palestra a la que llamamos naturaleza.

En ella se enseña como uno de los fenómenos más imprevistos y devastadores el temido terremoto. Bien conocido por los mendocinos, un terremoto es, básicamente, un brusco movimiento de la Tierra provocado por la repentina liberación de energía acumulada durante largo tiempo por las placas tectónicas.

En Mendoza hemos padecido hasta hoy doce terremotos desde 1782, es decir, desde que se tiene registro. El de 1861 fue uno de los más desastrosos del Siglo XIX en el mundo, ya que destruyó la ciudad y dejó como saldo la muerte de 10.000 personas, la mitad de la población en ese momento.²

¿Por qué decimos que Mendoza es una ciudad sísmica?

Mendoza está entre dos placas tectónicas, la de Nazca y de la Sudamericana. Chile se hunde por debajo de la Cordillera de Los Andes y hace presión sobre la otra placa; esto provoca que la cordillera se eleve un promedio de tres centímetros por año. Estas actividades de las placas con sus fuerzas acumulan energía y esta energía se libera a través de los sismos. Esta teoría de las placas que es aceptada de manera unánime por los científicos.

Algunas de las más antiguas y profundas manifestaciones religiosas de América Latina surgieron de los terremotos catastróficos, algunas ya en el Siglo XVII, como la del Señor de los Milagros en Salta. En Mendoza la advocación a Santiago se relaciona con la protección ante las catástrofes porque Santiago es en realidad el protector de los ejércitos.

Mendoza fue reubicada a causa del terremoto de 1861, por lo que el registro histórico es permanente en lo material a partir de la creación de la ciudad nueva.

Para la especialista del Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales (INCIHUSA) del CRICYT, Margarita Gascon³ “interesante es observar más que la percepción de la catástrofe, la percepción del riesgo de la catástrofe”.

- Riesgo es una palabra deriva del árabe que significa lo que depara la providencia. Cuando se da una información de riesgo siempre se trata de información probabilística. Y nosotros tenemos muchos problemas para entender qué significa esto y actuar en consecuencia. Es lo mismo que pasa

² Rodón Patricia. Diario MDZ. Nota “Terremoto en Mendoza”. <http://www.mdzol.com/nota/184372-los-terremotos-de-mendoza/> Consultada 14 Marzo 2016.

³ Gascón Margarita. doctora en Historia por la Universidad de Ottawa, Canadá, doctora en Historia por la Universidad de Ottawa, Canadá,

- con los pronósticos del tiempo; son cálculos de probabilidades, de sistemas complejos, multivariantes o caóticos, desarrolla.
- La probabilidad en cuanto a padecer una catástrofe es cierta en lo colectivo pero no en lo individual. La gente necesita que le digan si individualmente tiene riesgo para tomar acciones. Si decimos que hay un 80% de riesgo de que si se asienta en esa zona sufra una catástrofe en los próximos 50 años, esa persona se va a asentar igual. Eso pasa en todas las ciudades donde la prioridad es la variable estética, frente a una playa, a un lago, etcétera y se desprecia el riesgo, arguye la investigadora.
- Para Gascón la forma de percibir el riesgo determina los comportamientos. “Si no percibo el riesgo en Mendoza, riesgos volcánicos con erupciones, riesgos hidrológicos con aluviones e inundaciones, de peligros meteorológicos con el Zonda y las sequías, geológicos con los sismos y terremotos, entre otros, no se comprende y no se puede tomar acciones concretas”, apunta.

SITUACIÓN PROVINCIAL

Debido a que el Gran Mendoza está localizado en una zona sísmicamente activa dentro de Cuyo. La provincia cuenta con una estructura organizada para la actuación ante cualquier contingencia:

Red UN.E.ME. Protocolos Provinciales de Emergencias. Mapas: de vulnerabilidad poblacional, de infraestructura crítica y preliminar de riesgo. Relevamiento integral de recursos existentes. Comando Único de Operaciones y Coordinación. Elaboración de la metodología de intervención en la emergencia. Acuerdos interinstitucionales (Municipio, Provincia, Nación, otros). Hipótesis de riesgos. (M.O.E.). Plan de comunicación de la emergencia. (Tetra, VHF, UHF, BLU, etc.). Estimación preliminar de necesidades recurrentes en emergencia.

ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE DEFENSA CIVIL PROVINCIAL SEGÚN LEY N° 3796

En nuestra provincia, todos los organismos están preparados en teoría y en prácticas que se realizan esporádicamente, para actuar en caso de contingencia sísmica. Se realizan simulacros en escuelas e instituciones hospitalarias y gubernamentales, para conocer la respuesta a estas situaciones inesperadas. Pero a pesar de ello, ¿uno realmente lo está?

Defensa Civil: es una Dirección que pertenece al Ministerio de Seguridad, favorece a la comunidad, desarrolla y coordina distintas medidas destinadas a predecir y prevenir desastres de cualquier origen.

Su misión es: Instruir, preparar y capacitar a los habitantes a fin de que puedan afrontar en forma adecuada toda situación de emergencia.

El Hospital Luis Lagomaggiore, forma parte de esta estructura y en caso de ocurrida una contingencia sísmica, será partícipe en brindar su colaboración.

El Instituto Nacional de Prevención Sísmica (INPRES) tiene como objetivo realizar estudios e investigaciones básicas y aplicadas de sismología e ingeniería sismorresistente, destinados a la prevención del riesgo sísmico mediante el dictado de reglamentos que permitan en forma óptima la estabilidad y permanencia de las estructuras civiles existentes en las zonas sísmicas de Argentina.

Fue creado en 1972, y la sede central de dicho instituto se encuentra en la localidad de Desamparados, departamento Capital, provincia de San Juan.

El Centro Regional de Desarrollos Tecnológicos para la Construcción, sismología y la Ingeniería Civil (CeReDeTec), es una institución que se dedica a estudiar los movimientos de la tierra bajo el ámbito de la Universidad Tecnológica Nacional, ubicado en la Ciudad de Mendoza.

APARTADO B:

CONDUCTAS ANTE UN TERREMOTO

Comportamiento humano ante el desastre

La mayoría de las personas no han tenido la experiencia de hallarse ante una situación de peligro inminente y cuando esto ocurre algunas toman decisiones que incrementan al peligro para ellas y también para los demás. Así, los comportamientos que se producen van desde una actitud de calma hasta un verdadero pánico. Por eso hay que hacer insistencia a los distintos comportamientos y tratar de dominar el pánico pues, como muchas veces se ha dicho, el miedo a morir produce más desastre que el siniestro mismo. Los humanos teóricamente han creado diferentes técnicas en donde se especula la conducta que debe llevar una persona frente a una emergencia, no todas ellas fundamentadas en investigaciones; además, se han planificado los medios técnicos y la organización formal, pero se olvidan de la importancia que tiene el funcionamiento de las personas ante estas situaciones, ya que es fundamental para el éxito o el fracaso en su resolución.

Ante una catástrofe a menudo las reacciones de las personas no son las apropiadas, pudiendo provocar como resultado numerosas pérdidas de vidas. Si describimos las reacciones más generalizadas, se puede decir que durante el período de impacto:

Del 10-25 % de las personas permanecen unidas y en calma, estudian un plan de acción y posibilidades, el 75 % manifiesta conducta desordenada, desconcierto y del 10-25 % muestran confusión, ansiedad, paralización, gritos histéricos y pánico.

También es importante tener en cuenta las reacciones individuales que se podría llegar a tener ante estas situaciones, para eso es muy importante saber sobre los diferentes factores que influyen en la persona:

La personalidad, porque muestra como una persona está constituida, a nivel de estructura o rasgo de personalidad, determina un grado de predictibilidad en las reacciones personales en las reacciones personales. En este caso para tener en cuenta una reacción que puede llegar a tener una persona se observa tres rasgos de personalidad:

- Histérico: Este rasgo se caracteriza por producir conductas escandalosas, exageradas, infantiles y primitivas. Su nocividad reside en el riesgo de con-

tagio que hacia los demás posee. Se reconoce por la hipercoloración de la piel del rostro, una gesticulación exagerada, verborrea, distonía en la emisión de la voz (aparecen chillidos y susurros de manera alternativa) y agitación o parálisis absoluta. Estas conductas deben intentar evitarse aislando al sujeto (que no tenga espectadores y posibilidad de contagio) o administrando un estímulo fuerte, que perciba que no es el foco de atención.

- Depresivo: Presenta conductas pesimistas y desmoralizantes para sí mismo y para otros. La nocividad es el riesgo de las conductas suicidas (explícitas e implícitas) como única vía, pudiendo sugestionar a otros. Se reconoce por su motricidad lenta, conductas apáticas, poca gesticulación, susurros y gimoteos. La forma de evitarlo es prestarle gran apoyo, transmitiendo ideas de seguridad.
- Obsesivo: es de ideas fijas e irrechazables. Su nocividad en situaciones críticas depende de la idea que presente (de salvación o destrucción), aunque pueden ser útiles para tareas organizativas de evacuación o peligrosas, puesto que pueden volver a entrar al lugar del siniestro.

Las personas para poder enfrentar un fenómeno como el terremoto son necesario que cuente con:

Nivel de INFORMACIÓN Y CAPACITACIÓN: mientras más información y capacitación tenga mayor será la probabilidad de que pueda reaccionar. El nivel instrucción académica que posea una persona le permitirá tener más autocontrol se verá en ella, el caso contrario se verá situaciones de inseguridad desconciertos, y menor cooperativismo.

SEXO: En estudios sobre incendios se ha observado algunos comportamientos diferenciales, en los que cabe destacar, por ejemplo, que las mujeres suelen atender más a las señales objetivas de alarma (humo, ruido, voces) y los hombres atienden más a los datos que pudieran indicar una posible señal subjetiva de alarma.

EDAD: Si se trata de jóvenes hay más probabilidad de que se produzcan conductas desinhibidas y desordenadas. En cambio, en los individuos maduros se da más autocontrol y más cooperativismo. Con personas de edad avanzada, obviamente, hay que tener en cuenta su menor capacidad de reacción, lentitud, inseguridad, etc.

AISLAMIENTO-APOYO EMOCIONAL: Se ha observado en algunos estudios que casados en compañía de sus cónyuges se mostraban durante la emergencia de forma más autocontrolada, serena y cooperativa (incluso para huéspedes vecinos) que aquellos que estaban en solitario. Esto hace pensar que el apoyo de un ser conocido hace más probable la aparición de conductas adaptadas a la situación. Es decir, la soledad sería un coadyuvante en la aparición de un sentimiento de inseguridad e incertidumbre, generando potencialmente conductas descontroladas.

TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN: La frustración es un estado que emerge en el individuo cuando interfiere en una conducta meta un instigador externo, impidiendo la consecución del objetivo. Así, la frustración es origen de la aparición de conductas agresivas. Es sencillo deducir lo importante que es para los individuos en los estadios iniciales de la emergencia tener una percepción clara de "que hay salida", dónde está y quién los llevará. Si no es así, pueden desatarse estados emocionales de indefensión, con conductas autoagresivas, paralizantes o ataques a otros en el intento de buscar y alcanzar la salida.

FASES EN EL DESARROLLO DE UNA CATÁSTROFE

Fase de predicción

Según su origen, las situaciones de siniestro o catástrofe pueden llegar de imprevisto o, por el contrario, pueden ser previstas con antelación.

En el primer caso, esta fase o no existe o transcurre con tanta brevedad que queda englobada en las fases siguientes (por ejemplo, un terremoto).

Cuando la predicción es posible con suficiente antelación (por ejemplo, una inundación), permite alertar a la población afectada para que adopte las medidas preventivas que procedan.

Fase de alerta

Cuando una población determinada recibe una alerta de situación de emergencia, puede reaccionar de tres maneras diferentes:

Con una actitud positiva de colaboración, vigilancia y autodefensa. El grado de preparación previa de la población, su experiencia en situaciones similares anteriores y la forma correcta de transmitir la alerta son factores determinantes que favorecen esta forma de comportamiento. En cada zona expuesta a un riesgo determinado, sus habitantes han creado mecanismos de respuesta que pueden ser de carácter cultural, psicológico o técnico y que influyen en la reducción de los daños. La gravedad de las consecuencias de la catástrofe es mayor cuando la sociedad carece de estos mecanismos.

Con actitudes del tipo de “eso no puede pasarme a mí”, negándose a creer las informaciones sobre el peligro inminente y a tomar las precauciones y seguir las instrucciones que se les recomiendan. Por ejemplo, es frecuente encontrarse con personas que se niegan rotundamente a abandonar su vivienda amenazada por una inundación o por un incendio forestal.

Con reacciones de pánico provocadas, en muchos casos, por la difusión alarmista de informaciones contradictorias o deformadas. Puede provocar injustificadas evacuaciones masivas espontáneas y desorganizadas que pueden ser más peligrosas que el riesgo del que se alerta.

Fase de impacto

Las consecuencias del impacto dependen en gran medida de las características del entorno. Una gran inundación puede no ser una catástrofe (la antigua civilización egipcia se desarrolló gracias a las inundaciones anuales del río Nilo). Un terremoto de una magnitud determinada puede provocar miles de muertos si ocurre en Irán o muy pocos daños si ocurre en California o en Japón.

Tampoco el concepto de catástrofe es permanente. Una epidemia de peste o una plaga de langostas eran, antes, auténticas hecatombes. Hoy en día, se pueden neutralizar con gran eficacia por disponer de medios que antes no existían.

Según el origen y la intensidad del riesgo, las consecuencias del impacto podrán ser:

- Muertos, heridos, desaparecidos, personas aisladas o atrapadas.

- Propagación de infecciones, epidemias, enfermos.

- Contaminación biológica o química del agua y de los alimentos.

- Destrucción y daños en bienes, instalaciones, construcciones e infraestructuras - Inaccesibilidad de la zona afectada por destrucción de las vías de comunicación.

- Interrupción de las redes de suministro de alimentos, ropa y agua potable - Separación de las familias, pérdida de ingresos y de empleos -Inseguridad ciudadana, saqueos.

Las actitudes que adoptará la población afectada variarán en función de la magnitud de la catástrofe, la intensidad del efecto sorpresa, los rumores, los prejuicios sociales, la intolerancia, el instinto de supervivencia. Estas actitudes estarán determinadas por los siguientes factores:

- Desorientación: Se caracteriza por conductas marcadas por la tensión pasada y por la fatiga mental y física. Se manifiesta, fundamentalmente, en forma de impresión extrema de vulnerabilidad, movimientos lentos y pérdida de iniciativa.

- Miedo: Perturbación angustiosa del ánimo ante los signos, reales o imaginarios, de un peligro. Provoca sentimientos de inseguridad, de amenaza, de angustia, y de pesimismo. Si no se supera, se transforma en una actitud de paralización y de falta de respuesta. Por el contrario, un miedo racional ayuda a tomar actitudes positivas de protección y autodefensa.

-Pánico: Terror o miedo extremo, generalmente colectivo y contagioso, desencadenado como reacción espontánea que descompone y desintegra la organización social. Puede provocar una evacuación enloquecida de la zona siniestrada.

-Desesperación: Actitud depresiva, pesimista, pasiva y de inhibición, con sentimientos de vulnerabilidad, indefensión, aislamiento, aflicción y fracaso con alto riesgo de conductas suicidas. Se manifiesta en movimientos lentos sin apenas gesticulación, apatía y emisión de susurros y gemidos. Puede desembocar en la llamada “procesión de fantasmas” o huida lenta de personas inexpresivas, sin capacidad de iniciativa.

-Hiperreactividad: Unida a la impulsividad puede llevar a conductas alocadas y a realizar actos desatinados. Una variante de esta actitud lleva a un “heroísmo” irreflexivo con reacciones extremas de altruismo y de solidaridad que llegan a poner en riesgo la propia vida y, a veces, la de los demás.

-Histeria: Actuaciones de forma escandalosa, exagerada, infantil, primitiva y egoísta. Van acompañadas de hiperverborrea y de una gesticulación exagerada y agitada. Se contagia fácilmente y sólo es posible suprimir sus efectos dañinos aislando a los sujetos para impedir ese contagio.

-Agresividad: Actitud brutal contra los demás (pillaje, ideas delirantes, ...) o contra uno mismo (impulsos suicidas). A veces, se distingue por un egoísmo salvaje que puede llevar al abandono e, incluso, al asesinato de otros para salvarse uno mismo.

-Inhibición: Junto a la apatía lleva a los sujetos a una paralización e incapacidad de reacción.

-Masificación: En situaciones de catástrofe, los individuos tienden a integrarse en un grupo para conseguir la seguridad, el apoyo y la protección que no pueden encontrar en su soledad. Ese grupo tendrá una personalidad colectiva que anulará y bloqueará las personalidades individuales de cada uno de sus componentes. El cambio que produce el paso de ser “persona individual” a ser masa o “persona colectiva” implica:

-Facilidad para la sugestión que puede llevar a realizar actos heroicos y altruistas o, por el contrario, violentos y egoístas.

-Desaparición del control social de las conductas individuales.

-Pérdida del sentido de responsabilidad individual.

-Pérdida de la capacidad de razonamiento. -Irritabilidad extrema.

No obstante, una parte de los afectados (dependiendo del grado de organización social y de preparación previa) adoptará actitudes positivas de autoprotección y ayuda mutua, individuales o colectivas que se manifiestan en reacciones espontáneas de ayuda y colaboración sin esperar a la llegada de los socorros exteriores y en un sentimiento de participación en la comunidad, que no es habitual en situaciones normales.

La experiencia ha demostrado que todas las consecuencias negativas para las relaciones sociales del siniestro, desastre o catástrofe, se mitigan o se anulan cuando:

-La población ha tenido experiencias similares anteriores y ha sabido assimilarlas

-Ha existido un entrenamiento previo y unas medidas preventivas adecuadas

-Se ha difundido una información bien concebida y estructurada antes y durante la emergencia.

Siempre quedará un porcentaje de la población que no ha sufrido daño material alguno, es los que se llama la "población indemne". Sin embargo, en el área afectada por el impacto, todas las personas quedarán, de algún modo, física, psíquica o socialmente afectadas. Aunque a ellos no les haya ocurrido nada, sus lazos familiares o sus relaciones sociales con otros afectados o, simplemente, las imágenes dramáticas que les rodean, provocarán en ellos sentimientos de angustia, inquietud y miedo.

-Fase de reacción

Tras el impacto, la reacción inicial de la población afectada, según hayan sido la intensidad y características del impacto, estará marcada por la destrucción, la sorpresa, el desconcierto y el pánico. En las grandes catástrofes se producirá una desorganización inicial de los servicios públicos de socorro (bomberos y servicios técnicos, servicios sanitarios) y una interrupción de los servicios públicos esenciales y de los canales habituales de abastecimiento a la población (vías y medios de comunicación, agua potable, electricidad, distribución de alimentos).

Progresivamente, los servicios públicos de emergencia irán recuperando su capacidad de intervención y se iniciará la organización de la respuesta al impacto, movilizándose los socorros exteriores que sean precisos y organizando las actuaciones dirigidas a:

-Rescates y salvamentos.

-Neutralización de las causas del riesgo y de los siniestros que este haya podido provocar directa o indirectamente.

-Asistencia sanitaria a las víctimas y su hospitalización.

-Evacuación, albergue y asistencia a la población afectada

-Control del orden público, seguridad ciudadana y del tráfico -Movilización y distribución de los medios logísticos necesarios. -Información y apoyo a la población indemne.

Dado que los servicios oficiales de emergencia no dispondrán de los medios suficientes para realizar estas actuaciones en cuanto el siniestro o catástrofe supere las previsiones sobre las que fueron dimensionados en base a un nivel económicamente viable, será necesario que articulen la participación de voluntarios.

Durante las operaciones, el personal de los servicios de emergencia (bomberos, policías y sanitarios) se verá afectado. En primer lugar, el paso desde una situa-

ción de rutina hasta la urgente necesidad de tomar decisiones graves en un clima de precipitación e influidos por informaciones, a menudo, insuficientes, falsas o contradictorias, que obligan a cometer fallos que, en otras ocasiones, serían intolerables.

La presencia de cadáveres y de heridos, el pánico de los supervivientes, las ruinas, la presión, el exceso de trabajo, incluso la duda, o la certeza, de la existencia de víctimas entre sus propios familiares o amigos, provocan una paralización que impide o retrasa las operaciones de socorro para las que han sido preparados durante mucho tiempo de entrenamiento.

Incluso, en ocasiones, la necesidad de dedicar su atención a los casos prioritarios, dejando sin ayuda a otras víctimas que pueden morir por falta de asistencia, choca con la conciencia profesional del personal de los servicios de emergencia.

A esto se añaden las derivaciones de una situación fuera de control: Desorganización, ambigüedad en el papel a desarrollar, conflictos, etc, que provocan en este personal tanto reacciones físicas (dolores de cabeza, fatiga, cambios de apetito) como reacciones psicológicas (sentimientos exacerbados, de culpabilidad, de insuficiencia)

Por otra parte, la población residente en las cercanías de la zona afectada por una catástrofe se verá afectada por sentimientos de inquietud, angustia e incertidumbre que se incrementan en función de la aparición de rumores y de la afluencia de familiares de las posibles víctimas y de un gran número de periodistas y de curiosos. Pero también, se generan en esta zona actitudes de solidaridad con los afectados que favorecen la organización de ayuda y socorro a las víctimas.

-Fase de rehabilitación.

En la fase de rehabilitación, se realiza una vuelta progresiva a comportamientos normalizados y una reintegración de los individuos a su campo social habitual. Esta es la de mayor duración. Las actividades se centrarán en las tareas de rehabilitación y reconstrucción, y el objetivo final será alcanzar que los habitantes de tal región obtengan las condiciones de vida previas a tal desastre. Para conseguir-

los es clave realizar una evaluación de necesidades que permita acciones prioritarias.

La labor más importante es la de rehabilitación proceso que abarca tratamiento a enfermedades, secuelas o lesiones derivadas del desastre. Las secuelas no van a ser solo físicas si no psicológicas y a eso es lo que le tenemos que dar más hincapié porque es muy probable que las personas queden enfermas luego del desastre, una de las más importantes es el trastorno al estrés post traumático (respuesta tardía a un acontecimiento estresante o una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica) y su manifestación clínica más frecuente es la experimentación reiterada de volver a revivir el episodio traumático. Los pacientes pueden manifestar inquietud, ansiedad y anhedonia. La intervención de enfermería será evaluar el nivel de ansiedad de paciente, las situaciones que le generan ansiedad y brindar apoyo emocional.

A nivel individual aparecen efectos físicos y psicológicos que dependen de las heridas recibidas y sus secuelas, de las muertes de parientes y conocidos y del valor de las pérdidas económicas. En el conjunto social afectado, junto a comportamientos de ayuda mutua y de colaboración social, pueden aparecer problemas psicológicos que se pueden clasificar en tres tipos de síndromes:

-Síndrome de estrés post-traumático: Miedo irracional de creer que la catástrofe puede repetirse y ante todo lo que haga recordar la catástrofe, insomnio o pesadillas durante el sueño, ideas de suicidio.

-Síndrome de aflicción por la catástrofe: Dolor por las pérdidas sufridas, ansiedad, preocupación.

-Síndrome del superviviente: Sentimientos de frustración o culpabilidad por no haber sabido ayudar a las víctimas, fuerte ansiedad que puede dar lugar a conductas agresivas o suicidas, reivindicación y protestas colectivas que se manifiestan en una fuerte agresividad, con razón o sin ella, hacia las autoridades consideradas como los culpables de que se haya producido la catástrofe e, incluso, hacia los servicios de emergencia como culpables de que se haya tardado en el envío de ayuda.

La respuesta a situaciones de estrés colectivo: entre todos podemos cuidar de nosotros mismos, de nuestra familia y nuestra comunidad.

Los desastres naturales o causados por la mano del hombre ponen a prueba nuestras defensas incluso si se les observa por TV. Ejemplos de ellos son los terremotos o erupciones, los actos de guerra o terroristas, etc.

Si nos tocan más de cerca, puede llegar a afectarnos, incluso intensamente, con ansiedad y temores, porque nos preocupamos de nuestra propia seguridad, la de quienes queremos y de la comunidad.

Eventos tipo emergencias o desastres también pueden traer a nuestra memoria, recuerdos y sentimientos penosos que hemos experimentado en el pasado (la muerte de un ser querido, un accidente o una enfermedad grave, una experiencia violenta).

Ante esto, es importante saber que:

Las personas, de toda edad son en su mayoría, fuertes y resilientes y se recuperan dentro de un breve período de tiempo.

Todos tienen conocimientos y experiencias que pueden serles útiles para ayudar a sus propias familias y a sus comunidades, ante el estrés que sucede en situaciones de emergencia o catástrofe.

Confirmar a las personas acerca de su seguridad y explicar las medidas que se están tomando para protegerlas, es una medida importante para ayudar a que ellas mismas enfrenten la situación.

La actitud y respuesta emocional de los padres, el personal de auxilio y cuidadores y de los líderes de la comunidad, tienen una gran influencia sobre la capacidad para reponerse y recuperarse de los niños y de las personas en general.

Sentimientos y reacciones ante emergencias y desastres.

(Todas estas reacciones son normales frente al estrés.)

Reacciones físicas esperables de observar en la población interviniente en un desastre:

Cefaleas, dolor de espaldas, dolor de estómago, tensión en cuello y hombros, falta de energía, cansancio, pérdida de apetito o tendencia a comer más, fumar más, beber más alcohol, diarreas, dificultad para quedarse dormido.

Reacciones emocionales corrientes de observar en la población afectada:

Sentimientos de tristeza, rabia, culpa, desamparo, confusión, desaliento, estar preocupado y ansioso por el futuro, temor de que se repita un evento similar. Estos sentimientos pueden ir y venir y aparecer cuando menos se les espera.

Reacciones del pensamiento:

Dificultad para concentrarse, dejar de pensar en los acontecimientos, vacíos de memoria de las cosas del día a día. Recuerdos de otros eventos penosos del pasado.

Disminución del propio sentimiento de seguridad.

Dificultad para dejar la casa o dejar a los seres queridos. Tendencia a sobreproteger a los niños. Temores que antes no existían, a viajar, etc.

Enfermería como parte de un equipo de salud ante un terremoto: cumple funciones antes, durante y después de una catástrofe en la comunidad;

Antes: Valoración previa y plan de respuesta al desastre, analizar riesgos, reconocer los recursos médicos y sociales con los que se dispone. Una vez que contamos con estos elementos se procede a realizar el plan, el éxito del mismo se lograra de acuerdo a la manera en que se adapte a las necesidades exigentes y los recursos con los que cuentan. La creación de este plan es una tarea muy compleja en donde se necesita la actuación y asistencia de varios profesio-

nales de varios ámbitos y donde el papel de enfermería es fundamental para la identificación de las necesidades y los recursos con los que se cuentan.

- Simulacro; El plan no servirá de nada si este no se mantiene actualizado y se presenta regularmente. Los simulacros permiten a los principales actores involucrados en las repuestas a un desastre mejorar su preparación gracias a la puesta en práctica de habilidades que no desempeñan en su día a día. Además, esto repercutirá a aumentar la confianza a la hora de que haya un hecho real. Los profesionales de enfermería no solo participan en el simulacro mismo, sino también en la planificación y evaluación del mismo, aportando ideas para modificar el plan si fuese necesario.

- Programas de educación comunitaria; Estos programas han de basarse sobre todo en las medidas de autoprotección y primeros auxilios. Cuanto mayor sea la información que manejen y más sensibilizados y concientizados estén con la probabilidad de que ocurra algún desastre en su comunidad, más rápida y productiva será la reacción de los habitantes ante el mismo.

Es muy importante incluir a la población más vulnerable de la población como por ejemplo los niños a los cuales deberían impartirse también instrucciones básicas de seguridad desde sus centros escolares.

Además de ser interesante es de suma importancia que se realicen simulacros de catástrofes relacionadas a la región.

Durante; La etapa de impacto es donde acontece el desastre. Evidentemente la reacción de los enfermeros va depender del lugar donde estén. Por ejemplo, quienes trabajen en un hospital deberán conocer el plan de desastre externo o de la comunidad, ponerlo en práctica y dar asistencia dentro de la demanda. Por otro lado, los que se encuentran en la zona del impacto deberán realizar tareas que se enuncian a continuación:

- Evaluación rápida de necesidades: para determinar el área afectada por el desastre, la cantidad de víctimas, el estado de las principales instalaciones, etc.

- Triage básico pre hospitalarios: se divide en colores a los pacientes de acuerdo a su gravedad será el tiempo estimado de la atención. Esta es una labor compleja por lo que el personal debe estar preparado y entrenado para tal urgencia. Los colores que debemos ocupar para clasificar a los pacientes son:
 - ROJO 1. Máxima urgencia. Los pacientes deben ser atendido de forma inmediata.
 - AMARILLO: prioridad 2. Las lesiones no implican peligro de muerte inminente, pueden pasar para su atención.
 - VERDE: prioridad 3. Lesiones leves que puede demorarse más del tiempo anterior.
 - NEGRO: Fallecidos.

Triage avanzado:

Después; Cuidados de enfermería; El patrón de lesiones de las victimas va a depender entre otros factores de la intensidad del daño, la duración del mismo, la vulnerabilidad y preparación del sistema sanitario. Lógicamente, la etiología del desastre también va a depender en la patología de los heridos, pues el efecto de la salud de aquellos afectados por un terremoto será diferente a los afectados por un atentado terrorista. Los cuidados de enfermería irán dirigidos al tratamiento de estas lesiones, aplicando los conocimientos disponibles y utilizando las técnicas e intervenciones de enfermería correspondiente, sin olvidar el tratamiento psicológico que estas personas necesitan.

También es importante que el enfermero aplique todo su conocimiento en inmunizaciones, ya que es muy probable que en estas catástrofes aparezca un brote de alguna enfermedad transmisible.

Enfermería en salud pública y comunitaria: objetivo de la prevención secundaria es “la identificación rápida de problemas propios del desastre y la implementación de medidas para tratar y evitar las posibles complicaciones o su reaparición”.

Por eso la enfermería comunitaria debe evaluar varios aspectos:

1) Agua y saneamiento: es muy importante que se realicen programas de higiene (ya sea individual y en grupo), para que los afectados en estos desastres sepan que por falta de agua y saneamientos pueden producirse enfermedades como por ejemplo enfermedades diarreicas, las enfermedades infecciosas de transmisión fecal-oral y los transmitidos por los vectores asociados con los vectores sólidos y el agua.

2) Alimentación: durante el desastre pueden aparecer problemas relacionados con los alimentos, debido a los escasos de los mismos y la nutrición inadecuada, lo cual repercute negativamente en la supervivencia de las víctimas.

Las principales acciones que van a lograr una buena actitud frente a esta problemática son: alimentación de los lactantes (fomentarla siempre) y niños en crecimiento, tratamiento de la mal nutrición aguda, distribución de alimentos, entregas de dinero en efectivo y cupones y apoyo a los medios de subsistencia

3) Refugios y asentamientos humanos: es importante para la supervivencia, seguridad, protección y dignidad de los afectados por un desastre. Además, permite, mantener las redes familiares y comunitarias. Por ello es fundamental garantizar un alojamiento adecuado a quienes han sufrido un desastre. Deben promoverse medidas que aprovechen los recursos locales y apoyen los medios de subsistencia. Es habitual que como consecuencias a desastres se produzcan un desplazamiento de la población, por eso se proporcionara un alojamiento alternativo: tiendas de campaña, alojamientos en edificios públicos o con familias de acogidas.

Las labores de prevención y promoción de la salud en este punto deberán evitar el hacinamiento y el alojamiento inadecuado, pues tales condiciones pueden impactar negativamente a la salud de los desplazados y favorecer a la transmisión de las enfermedades infecciosas.

4) El enfermero debe valorar el síndrome postraumático, es decir; afrontamiento/tolerancia al estrés, definiéndolo como: riesgo de presentar una respuesta desadaptada sostenida a un acontecimiento traumático, abrumador. Algunos diagnósticos que encontraremos según NANDA internacional: agresión, ira, negación, depresión, enuresis en niños, dificultad para concentrarse, respuesta de alarma exagerada, temor, recuerdo repentino, irritabilidad gástrica, cefaleas, des-

esperanza, horror, sueños y pensamientos inquietantes, irritabilidad neurosensorial, pesadillas, palpitaciones, ataques de pánico y amnesia psicogénica.

Es importante identificar de forma rápida estas secuelas para que las víctimas sean tratadas por especialistas como psiquiatras y psicólogos, y por sobre todo dando apoyo emocional.

APARTADO C:

ROL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS ANTE UN TERREMOTO

Las enfermeras forman el grupo de trabajo de salud más grande de la mayoría de los países y están a la vanguardia de la respuesta sanitaria a los desastres. Desde el trabajo de Florence Nightingale, las enfermeras históricamente están vinculadas a la prestación de atención durante las crisis. Las adiciones únicas a la base de conocimientos de enfermería, junto con los distintos dilemas que deben manejarse adecuadamente durante las diferentes fases de un desastre, requieren la distinción de enfermería de desastre como su propia especialidad individual.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) define la enfermería de la siguiente manera: La enfermería abarca el cuidado autónomo y colaborativo de individuos de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o bien, y en todos los entornos. La enfermería incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de las personas enfermas, discapacitadas y moribundas. La promoción, la promoción de un entorno seguro, la investigación, la participación en la formulación de la política sanitaria y en la gestión de los sistemas de salud y los pacientes y la educación son también funciones clave de enfermería.⁴

La enfermería en casos de desastre proporciona este cuidado, promoción y promoción de la salud en el contexto de un desastre. Las habilidades esenciales de enfermería necesarias para el manejo adecuado de las víctimas de desastres incluyen el pensamiento crítico, la adaptabilidad, el trabajo en equipo y el liderazgo. La atención y el manejo adecuados de los pacientes en situaciones de desastre requieren un entendimiento tanto del cuidado individual como del cuidado masivo del paciente.

El objetivo de la enfermería por desastres es garantizar que el nivel de atención más alto posible se logre mediante la identificación, la defensa y el cuidado de todas las poblaciones afectadas durante todas las fases de un desastre; Durante un desastre los médicos, enfermeras deben ser conscientes de los obstáculos potenciales en la prestación de atención y las modificaciones necesarias para

⁴ Consejo Internacional de Enfermería y OPS. Definición del rol Enfermería en desastre. Ginebra. 2006

proporcionar este cuidado. Si el evento precipitante es un incidente de víctima múltiple relativamente pequeño o un evento catastrófico, la provisión de atención médica puede, al menos temporalmente, ser abrumada. Las enfermeras pueden ser llamadas a atender a un gran número de pacientes, a menudo a un ritmo rápido. Sin una planificación adecuada, la respuesta puede llegar a ser caótica, lo que resulta en un suministro de atención menos eficaz.

Las enfermeras deben seleccionar adecuadamente a los pacientes, asegurar una distribución apropiada del personal de enfermería disponible para maximizar la atención y coordinar la distribución y colocación apropiadas de los suministros y equipos esenciales. Con los recursos de la salud abrumados, la capacidad de proporcionar el estándar habitual de la atención puede no ser posible. A menos que los planes regionales hayan identificado niveles aceptables de atención durante un desastre, la enfermera puede enfrentar la difícil tarea de determinar lo que constituye un cuidado razonable para los pacientes con los recursos dados. El equilibrio entre las preocupaciones legales y éticas y lo que las enfermeras son físicamente capaces de proporcionar es difícil.

La provisión de cuidados de enfermería durante un desastre también requiere la coordinación de la atención con otras agencias y disciplinas dentro del sistema de salud, y el mantenimiento de la funcionalidad de la propia instalación sanitaria. Algunas funciones importantes de la enfermera durante un desastre son la supervisión de la transferencia de pacientes a los hospitales regionales ubicados fuera de la zona afectada por el desastre, la asignación de trabajadores de la salud suplementarios y la obtención de suministros necesarios.

El alcance de la atención proporcionada por las enfermeras también puede expandirse en respuesta a un desastre. Sobre la base de la magnitud del evento, la comunidad puede necesitar alimentos, agua y refugio. Las enfermeras de salud pública, así como las enfermeras que no participan habitualmente en el tratamiento de estas necesidades básicas de supervivencia pueden ser llamadas debido a la severidad de las condiciones o porque las funciones normales de salud pública han sido dañadas. Las enfermeras también pueden ser necesarias para practicar

fuera de su centro de salud como primeros respondedores en la escena o para cuidar a las poblaciones vulnerables durante un desastre. Una respuesta de enfermería ineficaz puede afectar negativamente los resultados de la comunidad de un desastre al no adecuar adecuadamente los recursos de enfermería con la necesidad.

Las enfermeras deben estar bien versadas en las estrategias para superar las adversidades inducidas por los desastres y comprender plenamente las diferentes funciones que pueden requerir que adopten para brindar atención eficaz en un contexto de desastre. Impacto personal En un desastre, las enfermeras pueden ser testigos y ser afectadas por imágenes preocupantes a su alrededor. Independientemente de las emociones provocadas por estas imágenes, la perseverancia de las enfermeras en la prestación de la atención necesaria en tiempos de un desastre es vital para el resultado de la población que le ha sido designado.

La enfermería de cuidados intensivos en Neonatología, está enfocada al manejo de niños recién nacidos con situaciones de riesgo vital importante y altamente inestables. El conocimiento de los principales factores que afectan a un proceso de desastre sumado a una buena planificación, constituyen una medida de vital importancia a la hora de salvar vidas. La necesidad de formación a los profesionales constituye una necesidad desatendida hoy por hoy en nuestro país que hay que realzar y fomentar en todos los ámbitos a partir de datos y experiencias internacionales, con el fin de luchar contra la descoordinación y negligencias que pueden suceder en un ambiente tan estresante, como es en un área crítica y espacialmente ante una situación de desastre.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) así como la UNISDR (Secretaría de la Estrategia Internacional de las Naciones Unidas para la Reducción de Desastres) inició en 2008 una campaña denominada “Hospitals Safe from Disasters”⁵ dentro del “Marco de Acción de Hyogo 2005-2015: Aumento de la Resiliencia de las Naciones y Comunidades frente a los Desastres”, en que se hacía especial hincapié en la necesidad de adecuar las estructuras sanitarias para resistir y man-

⁵ International Strategy for Disaster Risk Reduction (ISDR). Hospitals Safe from Disasters 2008-2009 World Disaster Reduction Campaign [Internet]. Recuperado a partir de: http://www.unisdr.org/eng/public_aware/world_camp/2008-2009/wdrc-2008-2009.html

tener la actividad en caso de desastre. En este mismo apartado hacen referencia a la necesidad de que cada centro hospitalario cuente con un plan de emergencia.

Definen aquí el concepto de Hospital seguro, que para ellos debe cumplir una serie de características como:

- Resistencia de la estructura.
- Operacionalización en situaciones de desastre.
- Existencia de un plan de emergencia y que éste se encuentre implantado entre el personal del centro. Diversas sociedades científicas alrededor del mundo han realizado trabajos, todos basados en experiencias vividas con anterioridad en otros países, o incluso en el propio y han lanzado protocolos y recomendaciones ante una posible situación de evacuación hospitalaria, y más concretamente en cuidados intensivos.

Estos planes de autoprotección tienen la obligatoriedad de ser creados por la empresa u hospitales, implementados entre los trabajadores, formando estas partes activas de los mismos. En esta norma se encuentran incluidos los centros hospitalarios.

Una situación de catástrofe interna en una Unidad de Cuidados Intensivos que requiera la evacuación de los pacientes ingresados merece un estudio meticuloso.

La peculiaridad de los pacientes críticos reside en la gravedad de su patología que le conduce a un estado crítico, en caso del neonato son niños de bajo peso, o prematuros, el desarrollo de la medicina ha permitido que gran parte de las funciones vitales se puedan soportar parcial o totalmente por fármacos o aparataje de gran complejidad. De ahí derivan los requerimientos de recursos humanos cualificados para su manejo, a todos los niveles de personal sanitario. Esto ha supuesto un gran avance y mejora en la supervivencia y en las secuelas de los RN críticos, pero tiene, como contrapartida, una complejidad inmensa en su manejo y que ante cualquier traslado que precise el paciente, para realizar una prueba complementaria, traslado a quirófano, la preparación del paciente y su movilidad son excepcionalmente difíciles. Será por lo tanto preciso disponer de un pro-

toloco de actuación lo más estructurado y estandarizado posible para tratar de evacuar al mayor número de pacientes en las mejores condiciones y en el menor tiempo posible.

Este plan de actuación estará englobado en el plan general de catástrofes del hospital.

Este documento recoge de manera extensa el análisis de riesgos del edificio, los medios de autoprotección disponibles y los protocolos de actuación frente a situaciones de emergencia específicas en función del servicio afectado y de la persona interviniente, además de un protocolo de actuación general. Recoge la composición del gabinete de crisis, que se debe encargar de la coordinación, supervisión y puesta en marcha del plan, así como de la implantación del mismo y comunicación con otras entidades relacionadas con las emergencias y debe tener conocimiento preciso de todos los recursos disponibles, forma parte de él⁶ :

- Gerencia, Personal médico, Personal de enfermería, Personal subalterno (en especial mantenimiento y seguridad).

Se definen diferentes tipos de emergencia en función de su gravedad;

Intento de emergencia: incidente puntual y localizado que se afronta con los medios disponibles.

Emergencia parcial: Requiere la intervención de más medios presentes en el hospital y la evacuación del servicio.

Emergencia general: Requiere de la intervención de ayuda exterior y la posibilidad de evacuar grandes cantidades de pacientes.

Se puede definir diversos grados de evacuación dependiendo de diferentes factores

- Evacuación total: Implica el desplazamiento de todo el personal y pacientes del centro al exterior del edificio.

⁶ INSALUD. Guía para la elaboración de planes de catástrofes en hospitales. Instituto Nacional de la Salud. Madrid; 1993.

- Evacuación parcial: Únicamente se desplaza una parte de los recursos y pacientes, puede ser intrahospitalaria o necesitar reubicación en otros centros.
- Evacuación horizontal: No implica cambios de nivel en el desplazamiento de los recursos y pacientes.
- Evacuación vertical: Implica un cambio de altura de los recursos evacuados.
- Confinamiento: Implica la permanencia en el lugar, mantenido por los medios de autoprotección disponibles. Estos medios consisten en dispositivos de contención de fuego (puertas anti-incendio, extintores y mangueras).

Diversos factores afectan al proceso de evacuación en sus diferentes puntos y al proceso de cuidado del paciente:

- **Urgencia de evacuación/Triage:** las características de los pacientes de Neonatología, por sus requerimientos tecnológicos y humanos, precisan de una evaluación específica y detallada que nos permita establecer un orden determinado y agilice la evacuación de los pacientes en función de su situación clínica y necesidades de soporte vital y de las decisiones sobre su techo terapéutico. Debe ser realizado en conjunto por médico y enfermero para asegurar una correcta aplicación y la coordinación entre ambos estamentos, además de tener una visión global de la situación⁷, (anexo I y II), dependiendo del tiempo disponible se evacuará en primer lugar a los pacientes de mayor gravedad, en el caso de una evacuación en la que se disponga de tiempo suficiente; o en último lugar en el caso de una evacuación urgente.⁸
- **Grado de dependencia:** los pacientes con alto grado de dependencia, como es el caso de cuidados intensivos, se desplazan en la propia incubadora o cuna. En evacuación vertical, la disponibilidad de un ascensor marca la diferencia puesto que, disponiendo de él, equivale a una evacuación horizontal. En el caso de no disponer de ascensor durante la evacuación se recurre a mover a la persona de

⁷ Sánchez-Palacios M, Lorenzo Torrent R, Santana-Cabrera L, Martín García JA, Campos SG, Carrasco de Miguel V. Plan de evacuación de la unidad de cuidados intensivos: ¿un nuevo indicador de calidad? Med Intensiva. 2010; 34(3):198-202.

⁸ Pan American Health Organization, editor. HOSPITALS DON'T BURN! Hospital Fire Prevention and Evacuation. PAHO. Washington D.C.; 2014.

su cama hacia un medio alternativo que puede ser una camilla específica de evacuación, o en su defecto medios más rudimentarios como sábanas.

- **Personal que realiza la evacuación:** Las necesidades humanas en cuidados intensivos están aumentadas frente a los servicios de hospitalización en cuanto a personal sanitario. La relación enfermera-paciente en condiciones normales se sitúa en 2:1. En caso de evacuación, las necesidades se incrementan por la urgencia de la situación, así como por la posibilidad de tener que superar desniveles. Debido a esta situación será necesario contar con más colectivo de profesionales para providenciar la evacuación de todos los pacientes. En estos casos se recurre al turno entrante a fin de cubrir las necesidades, o bien a personal de otros servicios con conocimiento en cuidados críticos y siempre que la situación lo permita.⁹

- **Necesidades materiales:** normalmente se intenta reducir el material al mínimo posible durante el traslado para evitar problemas relacionados con los mismos.

- **Identificación:** se registrará la ubicación del paciente a la hora de realizar el seguimiento del mismo.

- **Historia clínica:** portará una copia completa de todo el historial médico, así como de pruebas complementarias.

- **Medicación:** portará medicación suficiente para las primeras 24 horas a fin de evitar rotura de almacenaje en el servicio o centro receptor. Debe existir personal de referencia que coordine y facilite la respuesta de la Neo con el resto del hospital además de con los centros receptores de pacientes, si los hubiere. Debe ser conocida por todos los profesionales que componen el equipo. Estará compuesto por médico y enfermero, que serán los encargados de realizar el triage de pacientes, así como comunicarse con el comité de emergencias del hospital para informar de las decisiones que se tomen en ambos sentidos y cualquier incidencia que aparezca. Estos profesionales serán los que más conocimientos sobre gestión de desastres posean. De una correcta gestión depende el éxito.

⁹ Sánchez-Palacios M, Lorenzo Torrent R, Santana-Cabrera L, Martín García JA, Campos SG, Carrasco de Miguel V. Obra citada

Actuación de Enfermería, como se cita en el marco conceptual de la enfermería de desastres elaborado por el consejo internacional de enfermería, la enfermería posee unas características que la hacen única entre las profesiones sanitarias, puesto que tienen habilidades técnicas y conocimientos clínicos que llevan a cabo y ponen en práctica de manera natural, adaptando sus conocimientos al entorno en que se encuentran, incluso en condiciones de extrema austeridad y de la manera más diversa, de ellos depende en gran medida el ahorro de vidas y costes económicos.¹⁰

La enfermería de cuidados intensivos, por su propia idiosincrasia, tiene grandes capacidades para entender los procesos y riesgos que pueden afectar al traslado de un paciente, y es capaz de adaptarse e innovar en situaciones nuevas y en los entornos más diversos. La formación en materia de desastres de los profesionales enfermeros ya queda reflejada en un documento elaborado por la OMS y el consejo internacional de enfermería acerca de las necesidades en la educación de estos durante su periodo universitario. Este documento expresa los roles que todo enfermero debe adquirir durante su formación como profesional, entre ellos se encuentra el proveer un ambiente seguro, asimismo la OMS en su marco conceptual sobre seguridad en el paciente, marca como riesgo el propio centro y el contenido del mismo¹¹ .

Los ejercicios de simulación constituyen un ejercicio de puesta a prueba para determinar flaquezas y puntos de mejora, por supuesto la autocrítica debe estar presente en todos ellos. La variabilidad de las situaciones que se pueden dar, nos da una idea de que un plan de emergencia debería estar pensado en lo impensable. Se deben contemplar todos los riesgos existentes durante el proceso de movilización y traslado de un paciente crítico, siempre presentes, a los cuales se añade la tensión e incertidumbre del momento; entre los riesgos más comunes que se encuentran, la extracción de los dispositivos de manejo y control de la vía aérea, así

¹⁰ World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, International Council of Nurses. ICN framework of disaster nursing competencies [Internet]. Geneva Switzerland: World Health Organization ; International Council of Nurses; 2009. Consultado 28 de Enero de 2016.

¹¹ World Health Organization, editor. Más que palabras. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. Versión 1.1 [Internet]. World Health Organization. Ginebra; 2009. Recuperado a partir de: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

como los de acceso venoso, constituyen la principal fuente de problemas durante los procedimientos rutinarios en el traslado de pacientes críticos.

La enfermería está presente en todas y cada una de las fases descritas anteriormente:

- Se encuentra presente en el comité de catástrofes del hospital, donde representa a todos los profesionales y se implica en el análisis de riesgos y actuaciones en su campo.
- Durante la fase de activación de la emergencia, mediante la activación de los dispositivos de alarma.
- Como equipo de primera intervención en el combate de fuego con los medios de autoprotección disponibles.
- En el triage y preparación de los pacientes en la unidad, aplicando los conocimientos y técnicas adquiridas en el cuidado del paciente crítico.
- Coordinando y gestionando material y personal en la fase de desastre.
- Durante el proceso de evacuación acompañando al enfermo y prestando cuidados además de soporte vital cuando sea necesario. En todo este proceso, el colectivo de familiares no debe ser descuidado por parte del personal sanitario, pudiendo aportar gran ayuda en momentos iniciales, desde el simple traslado de enseres personales, a incluso pacientes que por su gran estabilidad puedan evacuarse sin supervisión de personal especialista en cuidados intensivos (pacientes en situación de pre-alta). La información que reciban ha de ser clara y concisa, se debe tener en cuenta la necesidad de adoptar en todo momento una postura de calma e intentar transmitir seguridad al entorno que nos rodea con el fin de no sembrar el caos entre el personal interviniente y ajeno a la intervención.¹²

El proceso de intervención, enfrenta al profesional a una serie de dilemas éticos, pueden surgir conflictos que, en la práctica clínica diaria, requieren un análisis

¹² Sánchez-Palacios M, Lorenzo Torrent R, Santana-Cabrera L, Martín García JA, Campos SG, Carrasco de Miguel V. obra citada.

complejo para ser resueltos, más aún, cuando se plantean de forma súbita ante una catástrofe; se han de tener presentes los principios y valores de las circunstancias concretas para tomar las decisiones más prudentes en situaciones muy complejas caracterizadas por un entorno de emergencia, incertidumbre y cargadas de la máxima intensidad emocional.

Basándonos en los principios éticos que ordenan la mente de todo profesional enfermero: beneficencia y no maleficencia, autonomía, justicia, fidelidad, veracidad y confidencialidad; los conflictos que encontramos en todo proceso de evacuación hospitalaria y por consiguiente en una unidad de cuidados neonatales o intensivos, afectan a la esfera de la beneficencia y no maleficencia, justicia y autonomía.

El principio de justicia recoge la distribución equitativa de los recursos tecnológicos, científicos, humanos y también económicos. Y dado que estos recursos son limitados y finitos, más aún en una emergencia, el personal asistencial se convierte en administrador de los recursos que los ciudadanos ponen en sus manos para gestionarlos de la forma más eficiente posible.

Con respecto a los principios de beneficencia y de justicia, debemos tener en cuenta que existen situaciones en que la realización de soporte vital conlleva riesgos para el propio reanimador o que otras víctimas en estado grave simultáneamente pueden beneficiarse de la atención con mayores probabilidades de supervivencia; de hecho, la atención con maniobras de soporte vital en la atención de múltiples víctimas y medios asistenciales no proporcionados en cantidad pueden representar una actitud maleficente por un daño potencial a otros pacientes en situación de mayor recuperabilidad.

En cuanto al principio de no-maleficencia, también es aplicable en esta situación concreta; la elección de rescatar a un individuo altamente dependiente del soporte vital por diferentes dispositivos y tratamientos, en una situación de emergencia donde no se le asegure la continuidad asistencial, entra en conflicto con esta premisa.

El perfil profesional de Enfermería Como se ha visto, en un desastre se trata de una situación excepcional para cuyo correcto abordaje se deberán llevar a cabo medidas muy específicas y contar con un equipo multidisciplinar altamente cualificado y entrenado para intervenir.

Los integrantes del equipo multidisciplinar deben conocer a la perfección cuál es el rol que van a desempeñar, así como delimitar los distintos grados de responsabilidad que les corresponden a cada uno. Dentro de este equipo el papel de los profesionales de Enfermería es fundamental, participando activamente no sólo en la respuesta al desastre sino también en las fases previas y posteriores al mismo. Esta administración de cuidados en todas las etapas del ciclo del desastre pone de manifiesto una de las características más relevantes del rol asistencial de la Enfermería, aunque el perfil profesional específicamente en cuidados intensivos es mucho más extenso, como se ha detallado con anterioridad.

Luego de dejar en claro las intervenciones de enfermería antes, durante y después de una catástrofe, hay que pensar en los enfermeros con su primera experiencia práctica, ya que, dentro del ámbito hospitalario, enfermería juega un papel crítico ante una emergencia, la mayoría de las personas no han tenido experiencia en hallarse ante una situación de peligro inminente y cuando esto ocurre, algunas personas pueden tomar decisiones que incrementan el peligro para ellas y para todos los demás. Los comportamientos que se producen van desde una actitud de calma hasta el verdadero pánico.

El miedo a morir ha causado muchas más víctimas que el siniestro mismo por eso mismo sería importante detectar las variables que determinan los diferentes comportamientos, conocer las reacciones ante situaciones de amenaza con el fin de evitar situaciones inadecuadas y por sobre todo valorar la importancia del enfermero ante el desastre, pues la enfermería es una profesión que se encuentra al servicio de la comunidad por lo cual los enfermeros/as deben desarrollar fortalezas, actitudes, destrezas, valores, etc. Que involucren al ser y que deben acompañar el hacer de cada uno de los enfermeros, ya que se espera que él sea un enfermero reflexivo, crítico, comprometido, tanto con su solidaridad y respeto hacia el paciente y sus familiares.

Luego de dejar en claro las intervenciones de enfermería antes, durante y después de una catástrofe, hay que pensar en los enfermeros con su primera experiencia práctica, ya que, dentro del ámbito hospitalario, enfermería juega un papel crítico ante una emergencia, la mayoría de las personas no han tenido experiencia en hallarse ante una situación de peligro inminente y cuando esto ocurre, algunas personas pueden tomar decisiones que incrementan el peligro para ellas y para todos los demás. Los comportamientos que se producen van desde una actitud de calma hasta el verdadero pánico.

El miedo a morir ha causado muchas más víctimas que el siniestro mismo por eso mismo sería importante detectar las variables que determinan los diferentes comportamientos, conocer las reacciones ante situaciones de amenaza con el fin de evitar situaciones inadecuadas y por sobre todo valorar la importancia del enfermero ante el desastre, pues la enfermería es una profesión que se encuentra al servicio de la comunidad por lo cual los enfermeros/as deben desarrollar fortalezas, actitudes, destrezas, valores, etc. Que involucren al ser y que deben acompañar el hacer de cada uno de los enfermeros, ya que se espera que él sea un enfermero reflexivo, crítico, comprometido, tanto con su solidaridad y respeto hacia el paciente y sus familiares.

En la formación el profesional recibe una amplia diversidad de conocimientos teóricos y muy poco del práctico. Hay una gran cantidad de estudios que demuestran la importancia que brinda el saber adquirido en la práctica para el profesional de enfermería, si bien el conocimiento teórico es muy importante para que el profesional asimile el determinado conocimiento y establezca relaciones que permiten comprender sucesos.¹³

El saber teórico es tan importante como el saber práctico. La adquisición del conocimiento práctico comienza en la formación profesional, pero este es muy escaso e insuficiente ya que, en las prácticas pre profesionales muchas veces, no se puede realizar ciertas técnicas o procedimientos que le brindarían al futuro profesional grandes aportes para su formación futura. Es por

¹³ Marriner, A. Raile, M. Modelos y Teorías en Enfermería. Sexta edición, España. Editorial Harcourt Brace. 2007: 140- 166.

ello que muchas veces el alumno siente la sensación de no tener la habilidad práctica, o que el conocimiento técnico no le va poder ayudar a resolver estos determinados problemas.

El Ingreso de nuevo personal de enfermería, si bien la misión de los formadores, siempre fue que los estudiantes o futuros profesionales aprendan a procesar la información adquirida a través del aprendizaje práctico de forma eficaz y reflexionando sobre qué hacer en combinación con sus conductas y sus propios pensamientos.

Todo profesional pasa por diferentes etapas de transición que determina el desarrollo de su carrera. Por ello los recursos con los que cuenta la persona son muy importantes para poder afrontar estos momentos. Estos pueden ser técnicos o sociales, los recursos sociales son el apoyo que uno percibe y que el contexto inmediato le proporciona, para afrontar las situaciones entre ellos se encuentran la familia, los hijos, la pareja, etcétera quienes brindan el apoyo emocional, afectivo y seguridad, y entre los recursos técnicos están aquellas estrategias o destrezas de búsqueda de empleo, creación de su propio currículum. Etc. La primera experiencia laboral requiere de un proceso de inducción o socialización, y la participación organizacional sería de gran importancia. El diseño y la participación organizacional en la conformación de medidas, que ayuden al nuevo ingresante a sentirse acompañados, guiados en el nuevo trabajo que deben realizar. Formando así parte de las funciones y responsabilidades del departamento de enfermería. No obstante esta instancia queda librada al azar, o la buena predisposición de un jefe, coordinador, o un compañero que asuma el papel de orientador del nuevo ingresante.¹⁴

Habitualmente la situación de ingreso del nuevo personal está marcada, definida por las necesidades urgentes de cubrir la falta de personal, esperando que asuman así rápidamente sus labores, no dejando así ningún espacio para acompañar esa transición que suele ser importante para todos los que participan en ella (los de mayor antigüedad, jefes, y los de reciente ingreso)

¹⁴ Millan T, Ercolano M, Pérez M, Fuentes C. Autoevaluación de habilidades clínicas básicas en médicos recién egresados de la facultad de Medicina, Universidad de Chile. Revista médica Chile 2007; 135: 1479-86.

Para el personal de mayor antigüedad también surgen dudas, incógnitas, inquietudes, e incluso expectativas de quien ingresa. Mientras que quien ingresa tiene preocupación en relación con su participación, contribución “¿serán las que la institución espera de mí? “¿podré sólo con mis conocimientos teóricos?” Deberá no solo adaptarse a resolver todas las situaciones que se le presentan en el nuevo sistema y también resolver las cuestiones internas.

El tiempo y la transición; El personal de reciente ingreso, sin embargo, requiere de un tiempo para su acomodación y adaptación a la nueva información, personas, circunstancias, ya que esta es su primera inserción laboral.

Además de presentar un desgaste personal requerirá nuevos refuerzos y re entrenamiento de contenidos e información. Además de poder superar la sensación de frustración cada vez que la persona actúe equivocadamente por no disponer de la información permanente.

Por todo ello sería importante que alguien se ocupará de este proceso de socialización o inducción del nuevo personal, ya que esto ofrecería grandes ventajas. Pudiendo mostrarle al nuevo aspirante lo que la organización ofrece y lo que espera de su parte, permitiéndole incorporar nuevas habilidades, conocimientos y valores, mejorar su rendimiento, lo relacionado a lo interpersonal etc., con el resto de sus compañeros, facilitando la comunicación entre ellos y así logrando una comunicación eficaz.

El desarrollo del clima organizacional positivo repercutirá en la satisfacción del nuevo ingresante y en las relaciones interpersonales en el trabajo y más aún en el estado de ánimo de los mismos. Que le brindará más confiabilidad en sus capacidades. Desarrollado de mayor seguridad; El trabajo en un área específica o en un determinado lugar, por un tiempo determinado, le permite al profesional de enfermería desarrollar una especie de seguridad en la toma de decisiones asistenciales, y los tiempos para que adquiera o no estos conocimientos, dependerá de su capacidad o habilidad para adquirir esos conocimientos prácticos.

También existen aquellos profesionales de enfermería que a pesar de tener experiencia laboral en otras áreas aún no comprende o no logra adaptarse al funcionamiento del nuevo servicio donde se encuentra trabajando actualmente.

Ellos también requieren de tiempo y acompañamiento, ya que a pesar de haberse desempeñado en otras áreas, este nuevo servicio, es totalmente diferente al anterior y terminan siendo tan nuevos como aquellos que están experimentando su primera experiencia laboral, aunque con el beneficio de tener la experiencia de saber cómo es el trabajo en equipo y el haber ya tenido que pasar anteriormente por la situación de ingresar a un área, que a pesar que se preparó para ella sigue siendo desconocida.

Mediante el análisis bibliográfico sobre los diferentes aspectos que se han planteado, si bien un terremoto no es posible prevenir el desastre que puede provocar, pero si prevenir a las personas, para que adopten conductas que los pueden hacer sentirse seguro y tener una reacción para salvar su vida y la su familia.

El enfermero no solo cumple el rol de cuidados hacia las personas que pueden ser heridas sino también el rol de prevenir todas las complicaciones que pueden presentarse al estar al lado de personas con muy poca experiencia laboral y que además no se encuentran del todo preparada para la actuación de estas situaciones de emergencias, ya que cada uno tiene su personalidad y pueden segarse o bloquearse en situaciones de peligro entrando en pánico y sin aportar nada a dicha situación.¹⁵

Por eso es muy importante que el enfermero estudie todos los pasos a seguir durante una catástrofe logrando analizar a los colegas que estén en su mejor juicio para poder ayudar.

También tenemos que tener en cuenta que la mayoría del personal de neonatología son principiantes en la profesión y eso conlleva a otras complicaciones por no saber cómo actuar ni responder a emergencias que nadie se esperaba y que causan grandes desastres como ser las catástrofes.

¹⁵ Acebedo-Urdiales S, Roderó-Sánchez V, Vives-Relats C, Aguarón-García M. La mirada de Watson, Parse y Benner para el análisis complejo y la buena práctica. *Index Enfermería* 2007; 16(56): 40-44.

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

El estudio fue **cuantitativo** dado a que se utilizó la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento, además **descriptivo**, porque se describió el conocimiento que poseen los enfermeros de reciente ingreso del servicio de neonatología sobre actuación ante una catástrofe.

Según el período y secuencia del estudio fue **transversal, y prospectivo** debido a que las variables se estudiaron simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. Durante el último trimestre del 2016.

Área de estudio:

Esta investigación se llevó a cabo en el Servicio de Neonatología del Hospital Luis Lagomaggiore de Mendoza.

Universo:

Los profesionales que integran por los enfermeros que cumplen funciones en el servicio de neonatología un total de 75 enfermeros.

Unidad de análisis: los profesionales, que cumplen funciones en Neonatología, durante el periodo de estudio

Fuente de información: para la realización de este estudio se utilizó fuente primaria, debido a que se recolectó la información de los enfermeros que participaron de la investigación.

Métodos de Recolección de Datos

ENTREVISTA: se realizada a los enfermeros que cumplen funciones en el área de estudio.

Instrumento de Recolección de Datos

- Encuestas: estructuradas con preguntas cerradas, para recabar la información requerida.

Recolección, Procesamiento y Análisis de Datos

Una vez realizada la recolección de datos según lo planificado, los datos obtenidos se codificaron para poderlos volcar en una matriz de datos a través de sus códigos que muestra la variable.

- Una vez recolectada la información, se tabularon los datos en tablas simples, gráficos de barras, y sectores circulares, según corresponda. Se realizó un análisis univariado de manera de poder dar respuesta a la pregunta que dio origen a la investigación.

CAPITULO III:

RESULTADO, DISCUSIÓN,

RECOMENDACIONES

1-CARACTERIZACIÓN POR TITULO QUE POSEE:

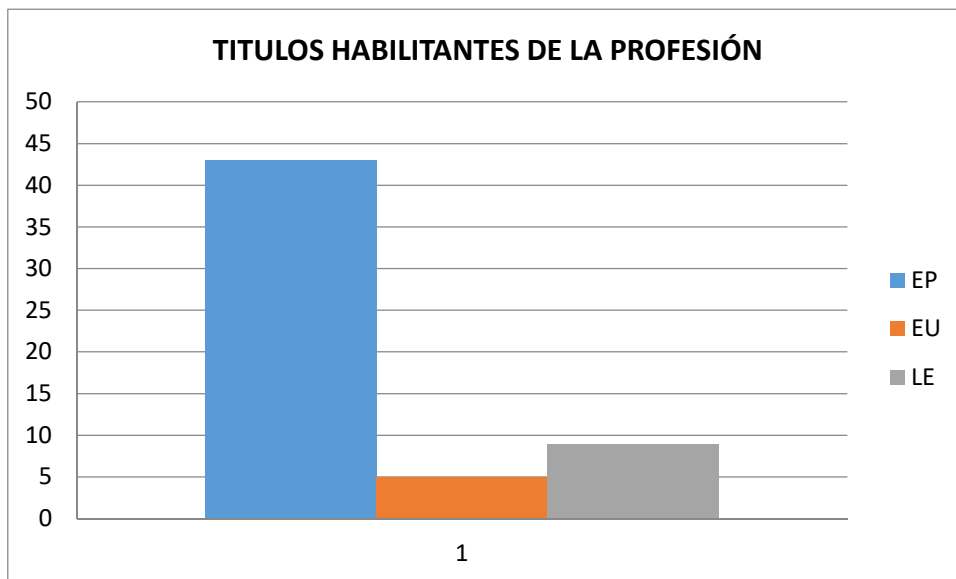
EP	EU	LE	total
43	5	9	57

EP: ENFERMERO PROFESIONAL

EU: ENFERMERO UNIVERSITARIO

LE: LICENCIADO EN ENFERMERIA

FUENTE: Grupo de enfermeros de la neonatología del hospital Luis Lagomaggiore.

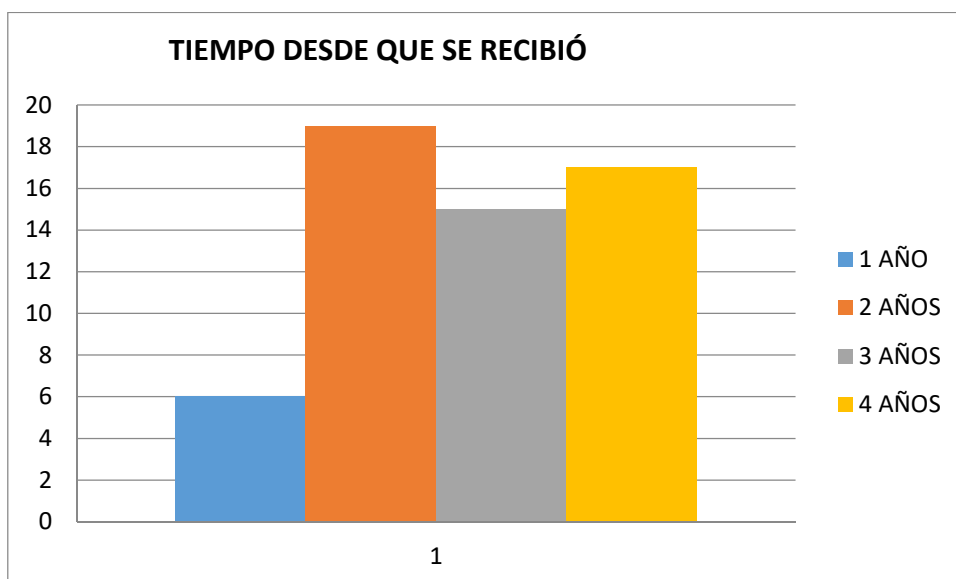


COMENTARIO: En esta caracterización se puede observar que el 75% son enfermeros profesionales, el 10% son enfermeros universitarios y el 15% restante son licenciados en enfermería.

2-CARACTERIZACIÓN POR TIEMPO DESDE QUE SE HA RECIBIDO COMO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

1 AÑO	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	total
6	19	15	17	57

FUENTE: Grupo de enfermeros de la neonatología del hospital Luis Lagomaggiore

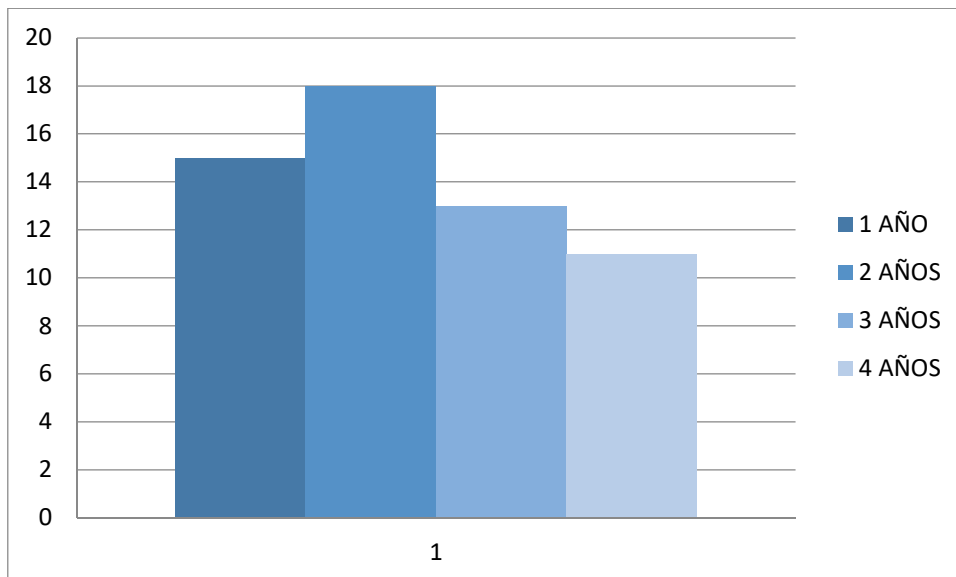


COMENTARIO: En este grafico podemos observar que la gran mayoría de los profesionales de enfermería encuestados se han recibido hace aproximadamente 4 años (33%), y con 3 años (30%), y el resto lleva entre 1 año (10%) y 3 años (28%).

3- CARACTERIZACIÓN POR TIEMPO QUE LLEVA TRABAJANDO EN LA INSTITUCIÓN

1 AÑO	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	TOTAL
15	18	13	11	57

FUENTE: Grupo de enfermeros de la neonatología del hospital Luis Lagomaggiore



COMENTARIO: el grafico muestra que el 32% lleva trabajando dos años en la institución, el 26% un año, el 23% tres años y el restante 19% cuatro años aproximadamente.

}}

4- CARACTERIZACIÓN POR EXPERIENCIA LABORALES ANTERIORES

SI	NO	AYUDANTE	AUXILIAR	total
33	19	2	3	57

FUENTE: Grupo de enfermeros de la neonatología del hospital Luis Lagomaggiore



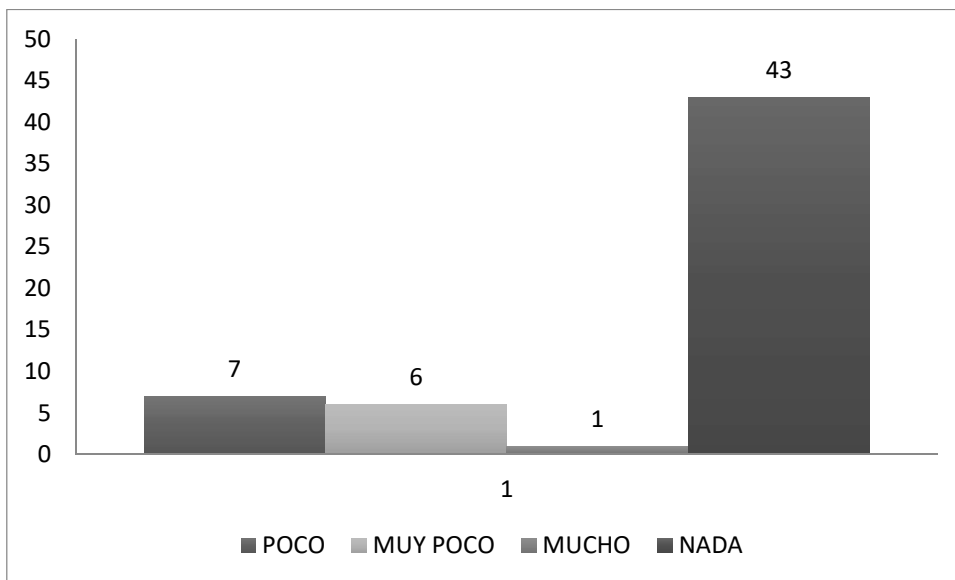
COMENTARIO: Este grafico nos muestra que el 57% del personal está realizando su primera experiencia laboral como personal de salud, el 33% ha realiza algún otro trabajo anteriormente, pero no se especifica si como personal de salud.

5- CARACTERIZACIÓN POR POSEER CONOCIMIENTOS DE ACTUACIÓN ANTE UNA CATASTROFE

POCO	MUY POCO	MUCHO	NADA	total
7	6	1	43	57

FUENTE: Grupo de enfermeros de la neonatología del hospital Luis Lagomaggiore

:



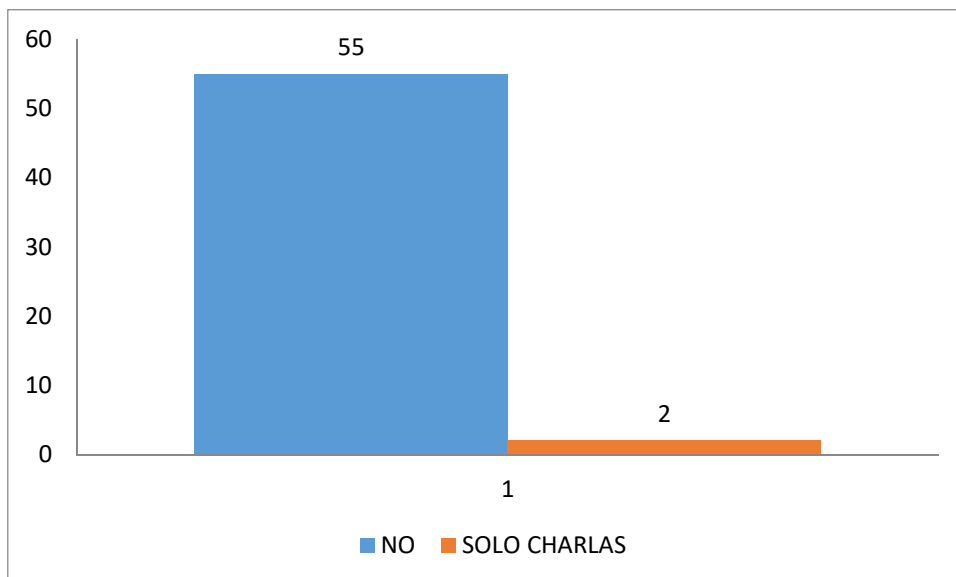
COMENTARIO: Este grafico nos muestra que el 75% del personal no tiene conocimiento sobre actuación en catástrofes.

6-CARACTERIZACIÓN POR INFORMACIÓN QUE HA BRINDADO SU SERVICIO PARA LA CORRECTA ACTUACIÓN EN CATASTROFES

NO	SOLO CHARLAS	total
55	2	57

FUENTE: Grupo de enfermeros de la neonatología del hospital Luis Lagomaggiore

:



COMENTARIO: Esta caracterización nos muestra que el 97% no ha recibido ningún tipo de información de cómo debe actuar durante una catástrofe.

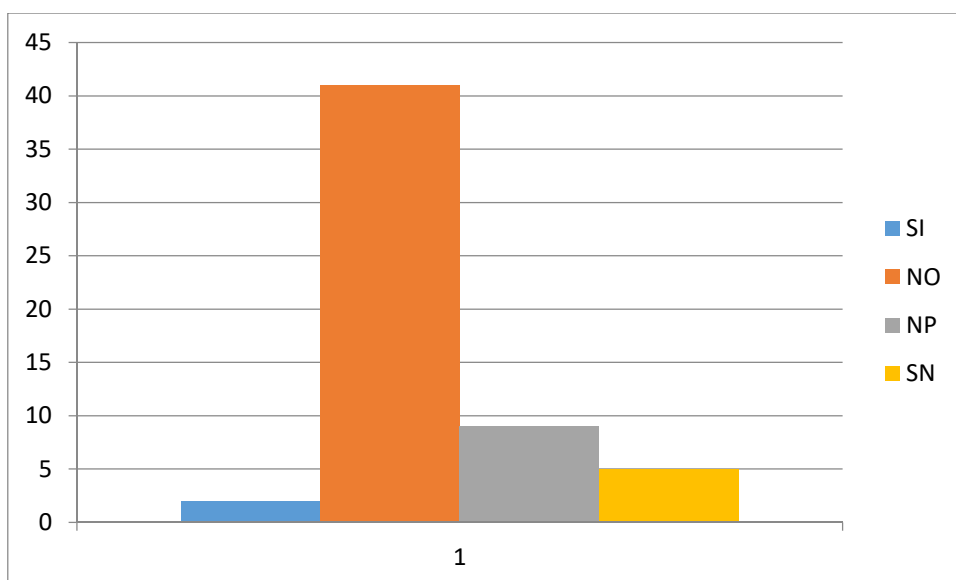
7-CARACTERIZACIÓN POR CONOCIMIENTO DE PROTOCOLOS EN SU SERVICIO

SI	NO	NP	SN	total
2	41	9	5	57

NP: NUNCA PREGUNTE

SN: SE QUE NO HAY

FUENTE: Grupo de enfermeros de la neonatología del hospital Luis Lagomaggiore



COMENTARIO: Este grafico nos muestra que el 72% del personal dice que no hay protocolos de actuación en catástrofes en el servicio, y el 16% nunca preguntó si hay protocolos.

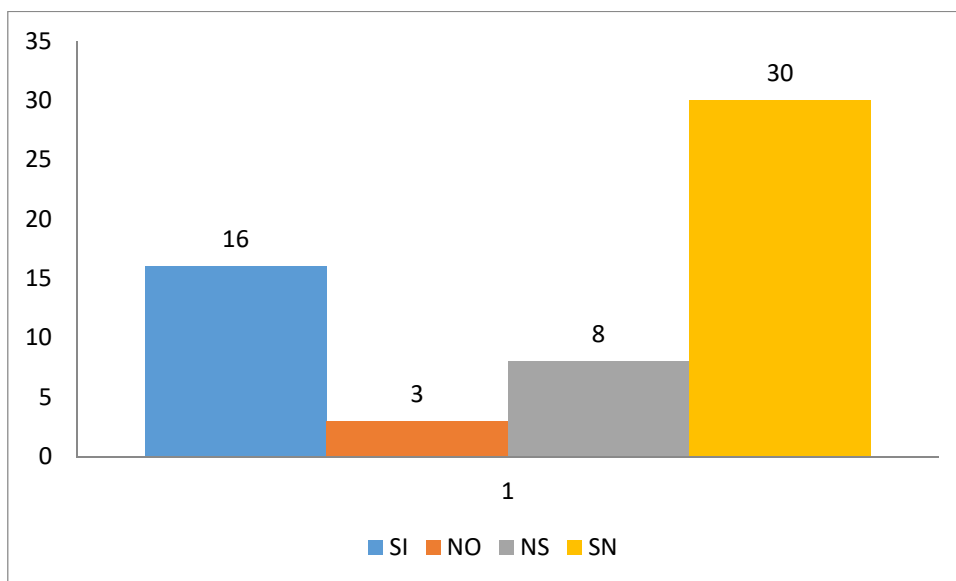
8_CARACTERIÓN POR CONOCIMIENTOS DE LAS SALIDAS DE EMERGENCIAS

SI	NO	NS	SN	total
16	3	8	30	57

NS: NO ESTOY SEGURA

SN: SE QUE NO HAY

FUENTE: GRUPO DE ENFERMEROS DE LA NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE



COMENTARIO: El 53% del personal dice que no hay salida de emergencia o no las conoce, el 28% dice saber cuáles son las salidas de emergencias, un 14% no está seguro cuales son.

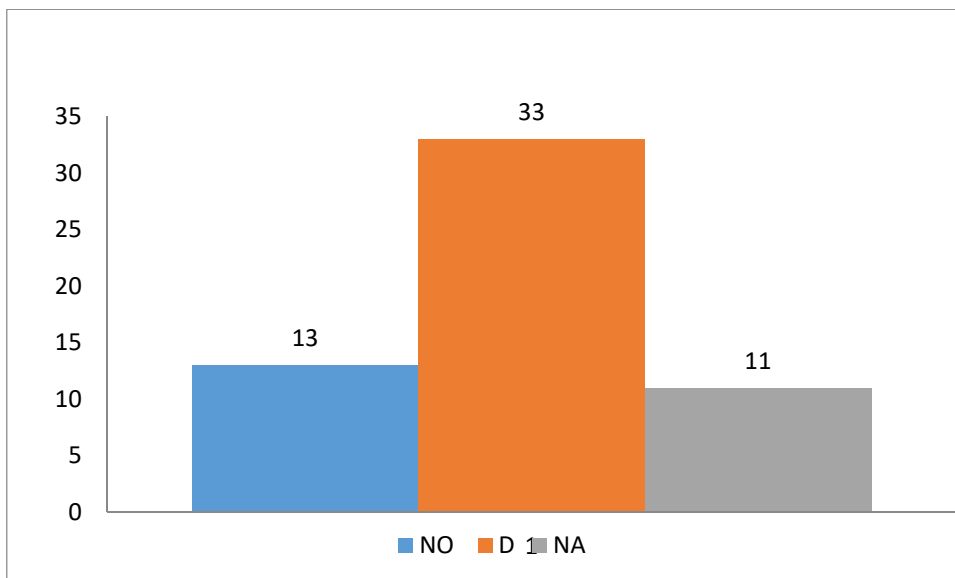
9-CARACTERIZACIÓN POR CONOCIMIENTO SOBRE SI EL HOSPITAL ESTA PEPARADO PARA AFRONTAR UNA CATASTROFE

NO	D	NA	total
13	33	11	57

D: DESCONOCE

NA: NO LO PUEDO ASEGURAR

FUENTE: GRUPO DE ENFERMEROS DE LA NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE

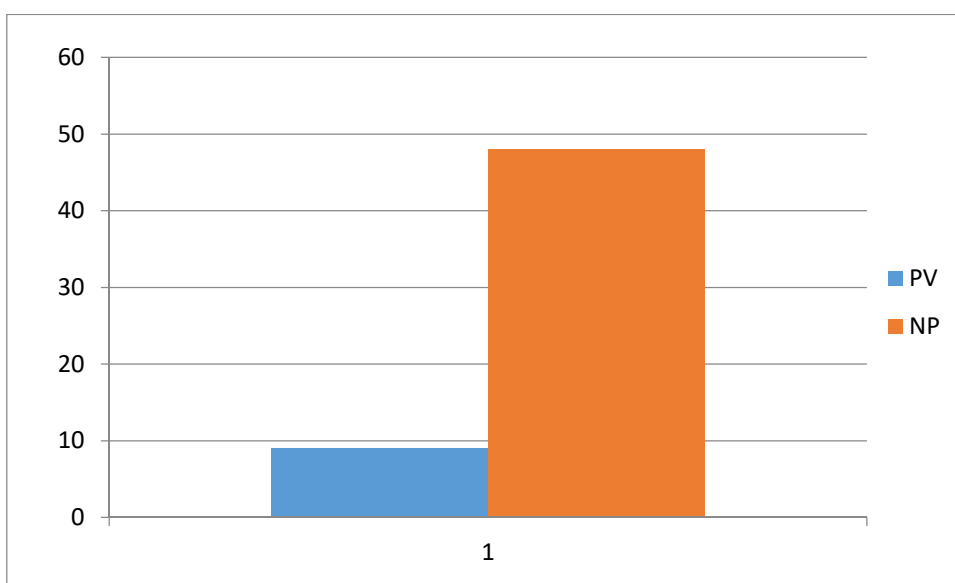


COMENTARIO: En este grafico podemos observar que un 57% del personal encuestado desconoce si el hospital Lagomaggiore no se encuentra preparado para afrontar una situación de catástrofe, y un 23% cree que no está preparado para una situación así.

10-CARACTERIZACIÓN POR DIALOGO ENTRE PERSONAL DE ENFERMERÍA Y JEFES DEL SERVICIO SOBRE CATASTROFES

PV	NP	total
9	48	57

FUENTE: GRUPO DE ENFERMEROS DE LA NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE



COMENTARIO: en el grafico se puede ver que el 84% de los profesionales de neonatología nunca ha preguntado a los jefes del servicio si hay protocolos de actuación en catástrofes para el servicio, y un 15% pocas veces se hizo o les transmitió la pregunta a sus jefes.

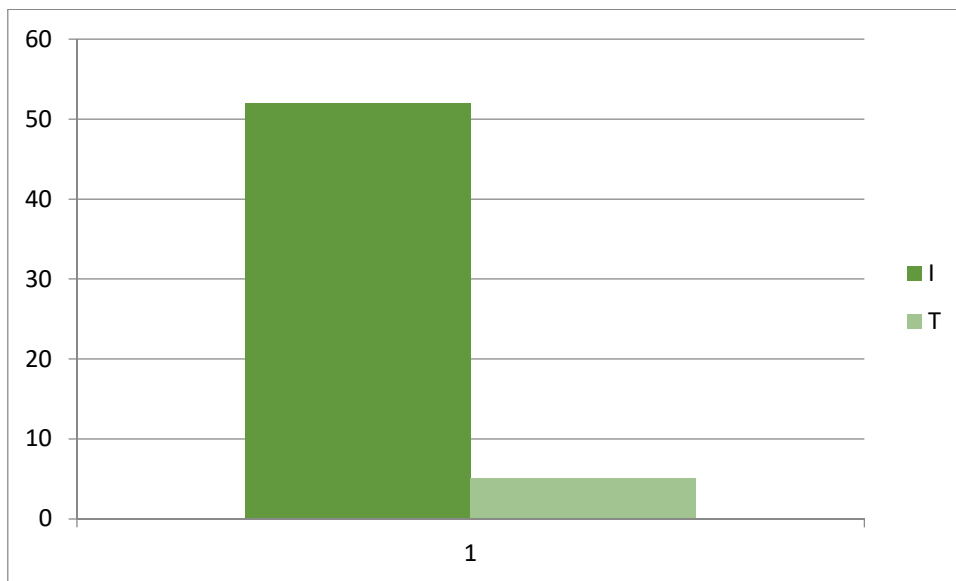
11-CARACTERIZACIÓN POR SI CREE IMPORTANTE QUE SE HABLE DEL TEMA EN SU TRABAJO

I	T	total
52	5	57

I: INMEDIATAMENTE

T: TAL VEZ SI

FUENTE: Grupo de enfermeros de la neonatología del hospital Luis Lagomaggiore



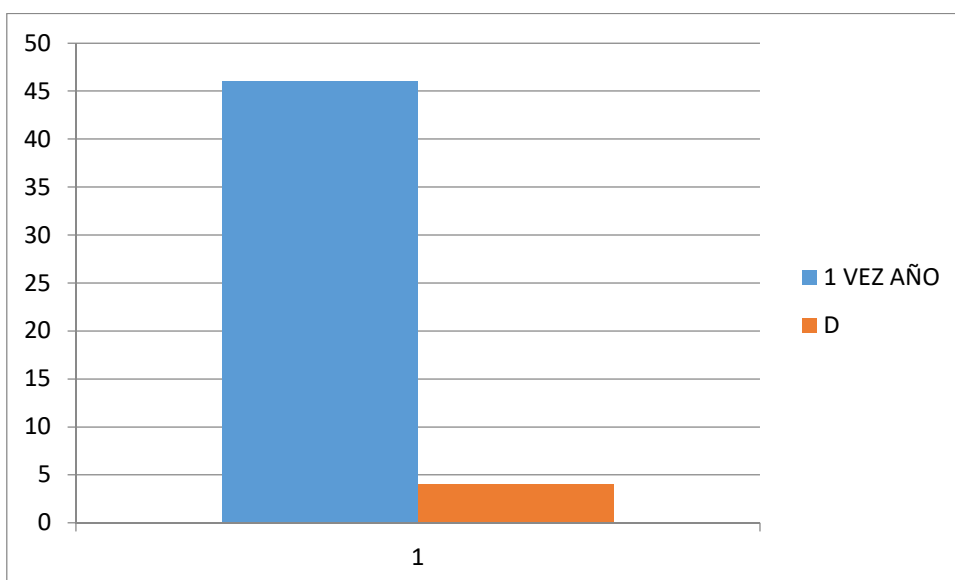
COMENTARIO: esta caracterización nos muestra que el 91% considera importante que se hable del tema inmediatamente.

12-CARACTERIZACIÓN POR CREER NECESARIO LA ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS QUE POSEE SOBRE EL TEMA

1 VEZ AÑO	D	TOTAL
46	11	57

D: DE VEZ EN CUANDO

FUENTE: Grupo de enfermeros de la neonatología del hospital Luis Lagomaggiore

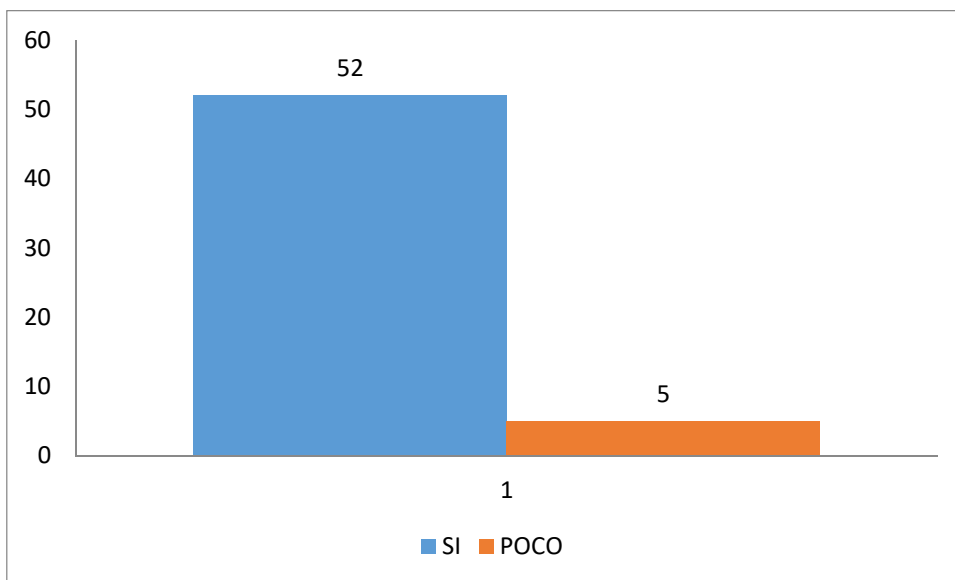


COMENTARIO: Este grafica muestra que el 81% del personal cree que debe actualizarse los conocimientos que poseen del tema catástrofe y una vez cada año y el 19% cree que la actualización debe realizarse de vez en cuando.

13-CARACTERIZACIÓN POR CONOCIMIENTO DE TRIAGE Y COMO APLICARLO

SI	POCO	TOTAL
52	5	57

FUENTE: Grupo de enfermeros de la neonatología del hospital Luis Lagomaggiore



COMENTARIO: El 91% del personal encuestado sabe que es el triage y cómo debe aplicarlo en una situación de catástrofes y el 9% sabe o recuerda poco del triage o como debía aplicarlo.

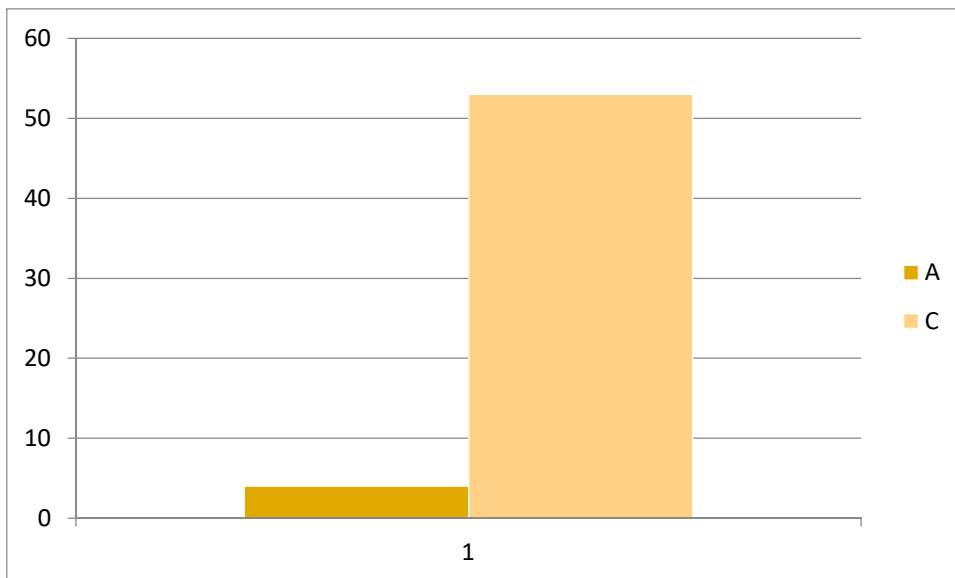
14-CARACTERIZACIÓN POR LOS COLORES QUE LE PERTENEECEN AL TRIAGE

A	C	TOTAL
4	53	57

A: Rojo, azul, verde, negro

C: Rojo, verde, amarillo, negro

FUENTE: Grupo de enfermeros de la neonatología del hospital Luis Lagomaggiore



COMENTARIO: Este grafico muestra que el 93% conoce cuales son los colores que pertenecen al triage y solo el 7% no acertó cuales eran.

15-CARACTERIZACIÓN POR CONTENIDO PARA LA ACTUACIÓN DE CATASTROFE QUE DEBE TENER UN SERVICIO

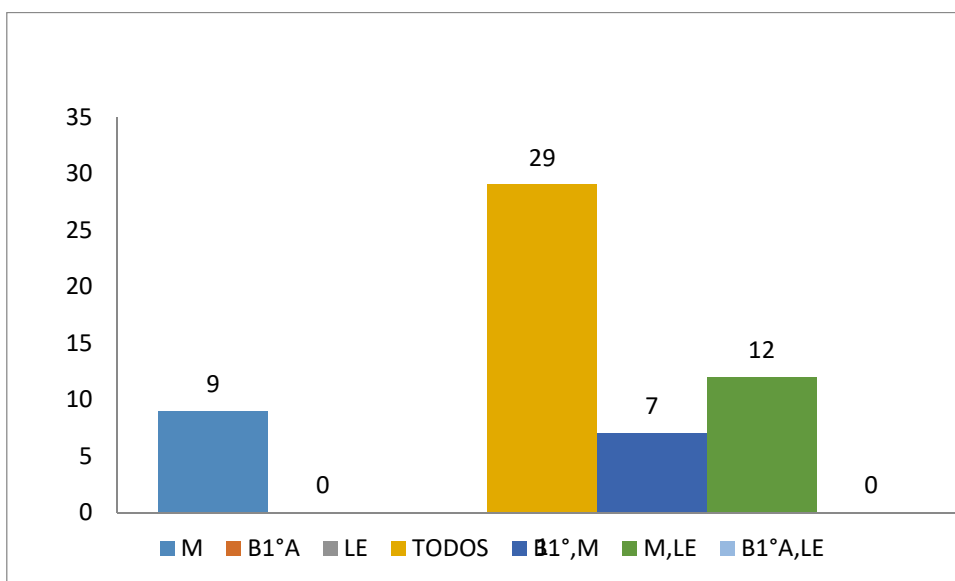
M	B1°A	LE	TODOS	B1°,M	M,LE	B1°A,LE	TOTAL
9	0		29	7	12	0	57

M: MATAFUEGO

B1°A: BOTIQUIN DE 1° AUXILIOS

LE: LUZ DE EMERGENCIAS

FUENTE: Grupo de enfermeros de la neonatología del hospital Luis Lagomaggiore



COMENTARIOS: Esta caracterización muestra que el 51% de las personas encuestadas considera que todos los elementos mencionados se necesitan en un servicio para afrontar una catástrofe. Y el resto eligió obviando alguno de los elementos.

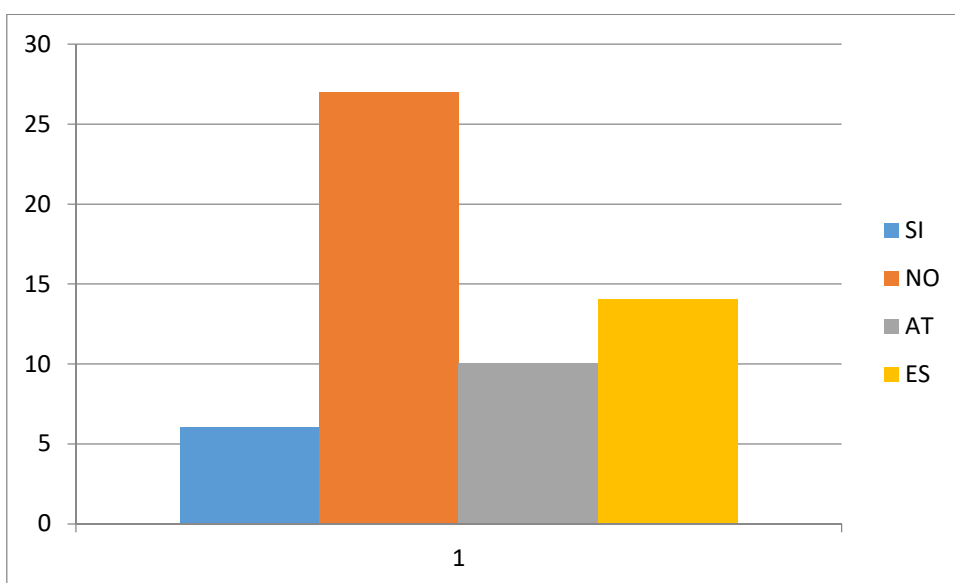
16-CARACTERIZACIÓN POR CONOCIMIENTO DE CÓMO REALIZAR UN PLAN DE CATASTROFE

SI	NO	AT	ES	TOTAL
6	27	10	14	57

AT: AVISARIA A TODOS

ES: EVACUARIA MI SECTOR

FUENTE: Grupo de enfermeros de la neonatología del hospital Luis Lagomaggiore



COMENTARIO: el 47% de las personas encuestadas no sabe cómo debe realizar un plan de evacuación para catástrofes y el 25% considera que deben realizarlo comenzando por evacuar sus sectores, el 18% cree que deben avisar a todos y solo el 10% sabe cómo debe realizarse una evacuación.

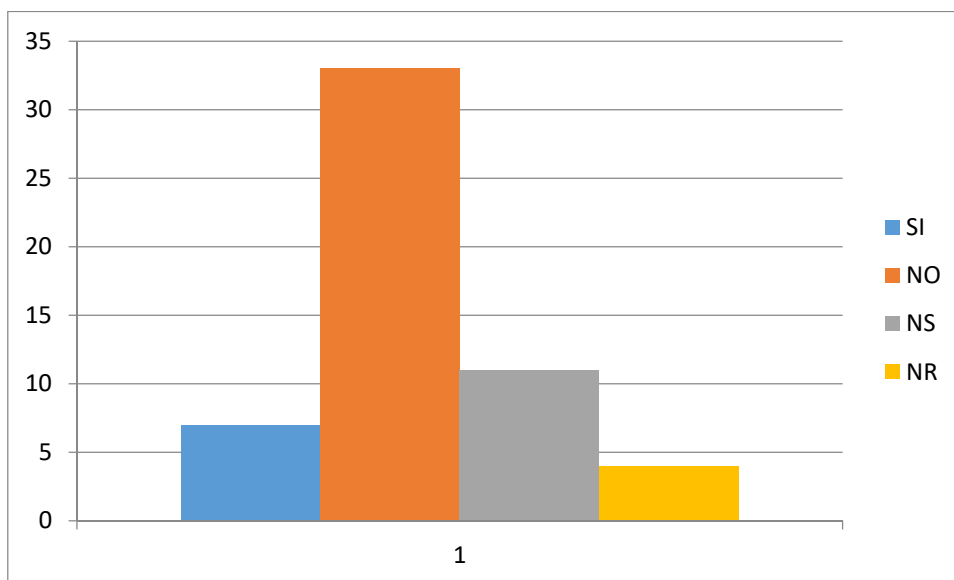
17-CARACTERIZACIÓN POR PARTICIPACIÓN EN SIMULACROS DE CATASTROFES

SI	NO	NS	NR	TOTAL
7	33	11	4	55

NS: NO ESTOY MAS SEGURO

NR: NO RECUERDO

FUENTE: Grupo de enfermeros de la neonatología del hospital Luis Lagomaggiore

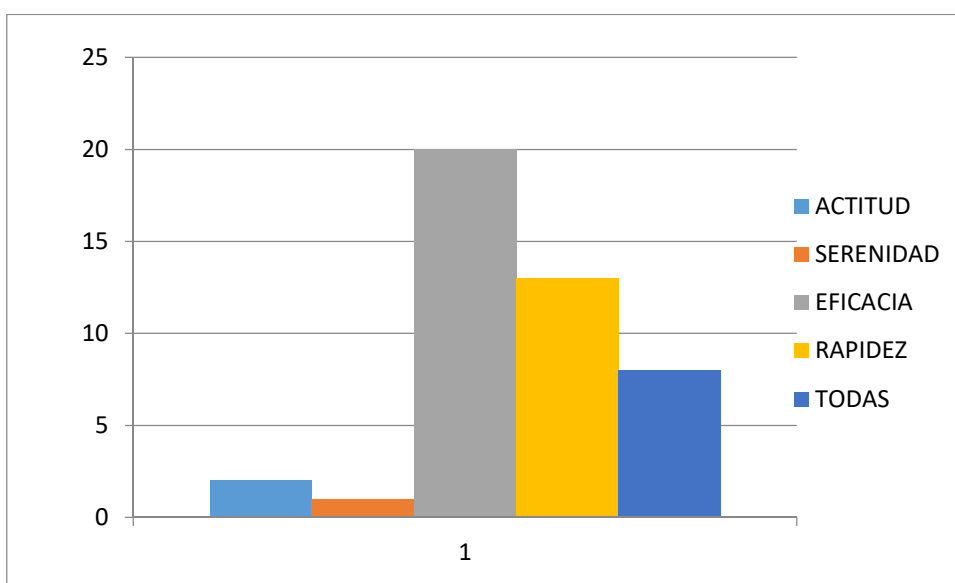


COMENTARIOS: El 58% de los profesionales de enfermería dicen no haber participado en un simulacro de catástrofe y un 19% no está seguro si hay o no participado en alguno.

18-CARACTERIZACIÓN POR CUALIDADES QUE DEBEN TENER UN ENFERMERO ANTE UNA CATASTROFE

ACTITUD	SERENIDAD	EFICACIA	RAPIDEZ	TODAS	TOTAL
4	12	20	13	8	57

FUENTE: Grupo de enfermeros de la neonatología del hospital Luis Lagomaggiore

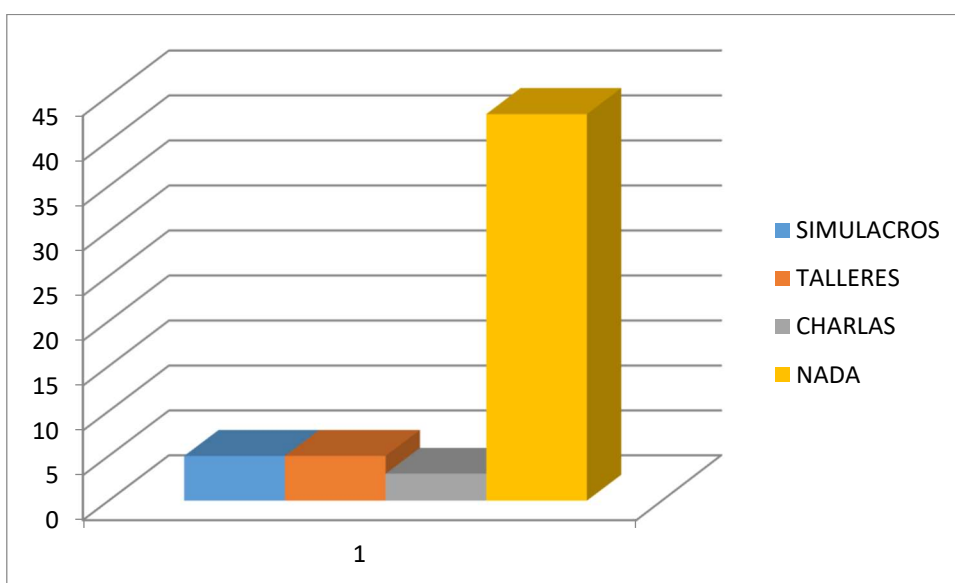


COMENTARIO: La gran mayoría del personal cree que la eficacia es una de las características más esenciales que debe tener un enfermero ante una catástrofe.

19-CARACTERIZACIÓN POR HABER RECIBIDO ALGUNA VEZ FORMACION EN CATASTROFE

SIMULACROS	TALLERES	CHARLAS	NADA	TOTAL
5	5	4	43	57

FUENTE: Grupo de enfermeros de la neonatología del hospital Luis Lagomaggiore



COMENTARIOS: El 75 % dice nunca haber sido formado en el tema y solo unos pequeños grupos han recibido alguna vez charla o taller 25%

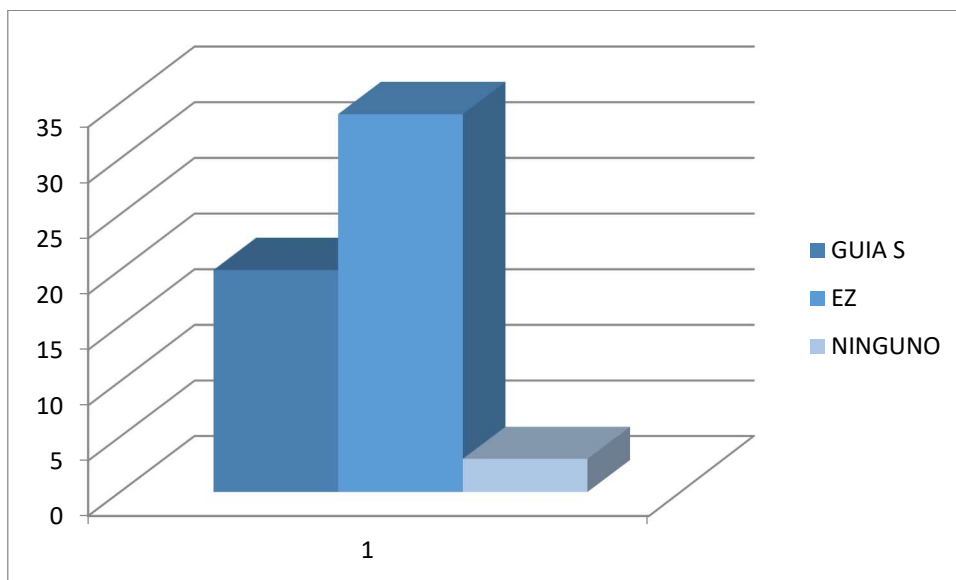
20-CARACTERIZACIÓN POR PAPEL QUE DEBE CUMPLIR EN CASO DE CATASTROFES

GUIA S	EZ	NINGUNO	TOTAL
20	34	3	57

GUAS: GUIA DE SEGURIDAD

EZ: EVACUADOR DE ZONA

FUENTE: Grupo de enfermeros de la neonatología del hospital Luis Lagomaggiore



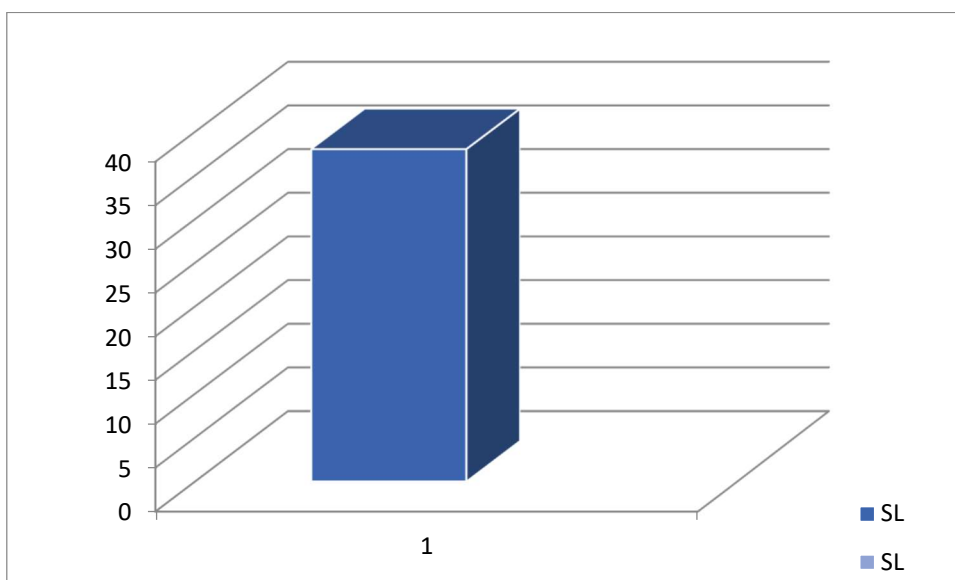
COMENTARIOS: Este gráfico muestra que en su mayoría 60 % cree que debe evacuar la zona siendo este el papel que debe cumplir durante una situación de catástrofe y un 35% como guía de seguridad.

21: CARACTERIZACIÓN POR COMO ES SU RELACIÓN CON RESTO DE SUS COMPAÑEROS

BUENA	SL	TOTAL
29	28	57

SL: SOLO LABORAL

FUENTE: Grupo de enfermeros de la neonatología del hospital Luis Lagomaggiore

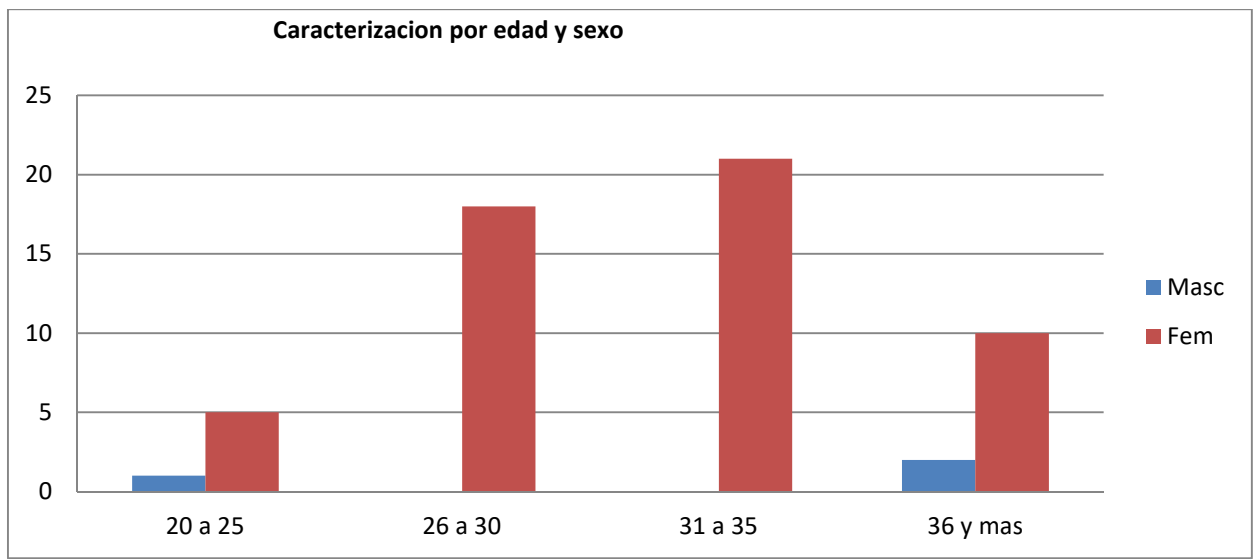


COMENTARIOS. Se puede ver que los personales del servicio solo tienen una relación laboral 67% o buena relación 33%

22- Caracterización por edad y sexo

Edad	Masc	Fem
20 a 25	1	5
26 a 30	0	18
31 a 35	0	21
36 y mas	2	10
total	3	54

Fuente: Grupo de enfermeros del servicio Neonatología del Hospital Luis Lagomaggiore



Comentario: Se puede observar que los mayores rangos de enfermeros son de sexo femenino y se encuentran entre los 31 a 35 años (37%) y el segundo rango entre los 26 y 30 años de edad (31%).

23-Characterización por sexo, edad, y título que posee

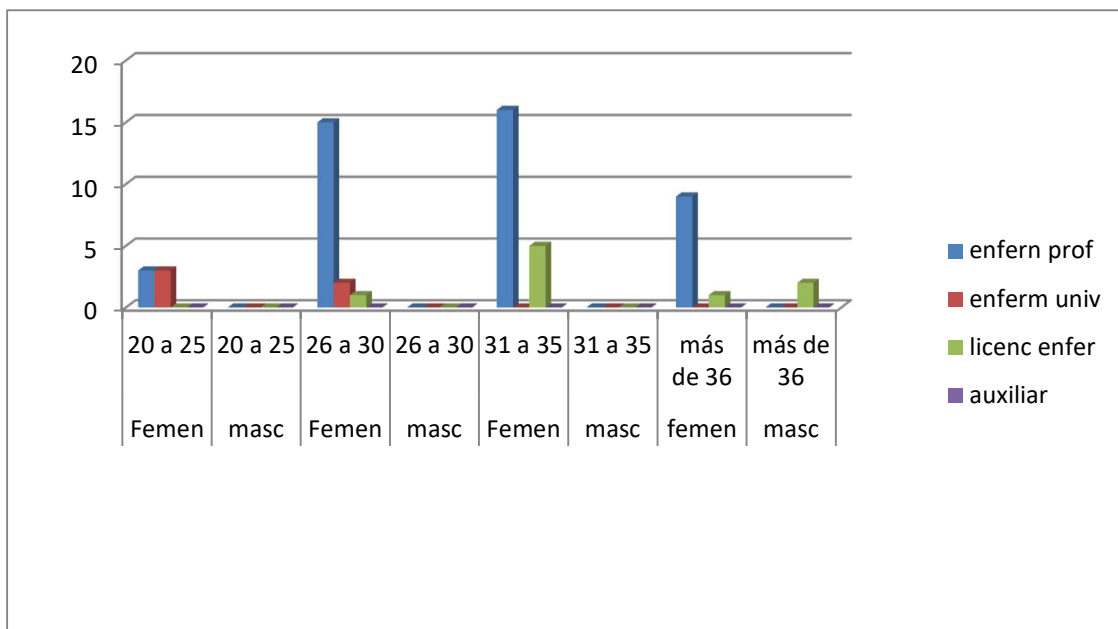
sexo	edad	enfern prof	enfern univ	licenc enfer	auxiliar
Femen	20 a 25	3	3	0	0
masc	20 a 25	0	0	0	0
Femen	26 a 30	15	2	1	0
masc	26 a 30	0	0	1	0
Femen	31 a 35	16	0	5	0
masc	31 a 35	0	0	6	0
femen	más de 36	9	0	2	0
masc	más de 36	0	0	8	0
total		43	5	9	0

EP: ENFERMERO PROFESIONAL

EU: ENFERMERO UNIVERSITARIO

LI: LICENCIADO EN EFERMERIA

Fuente: Grupo de enfermeros del servicio Neonatología del Hospital Luis Lagomaggiore



Comentario: En esta caracterización se puede observar que el mayor grupo de enfermeros se encuentra agrupado entre los 26 a 30 (31,5%) y entre los 31 a 35 años (37%) y el mayor grupo de licenciados se encuentra entre los 31 a los 35 años

24- Caracterización por título y conocimiento en catástrofes

titulo	preg 5 M	P	MP	N
E	0	2	4	37
EU	0	1	1	3
L	1	4	1	3
AU	0	0	0	0
total	1	7	6	43

M: Mucho

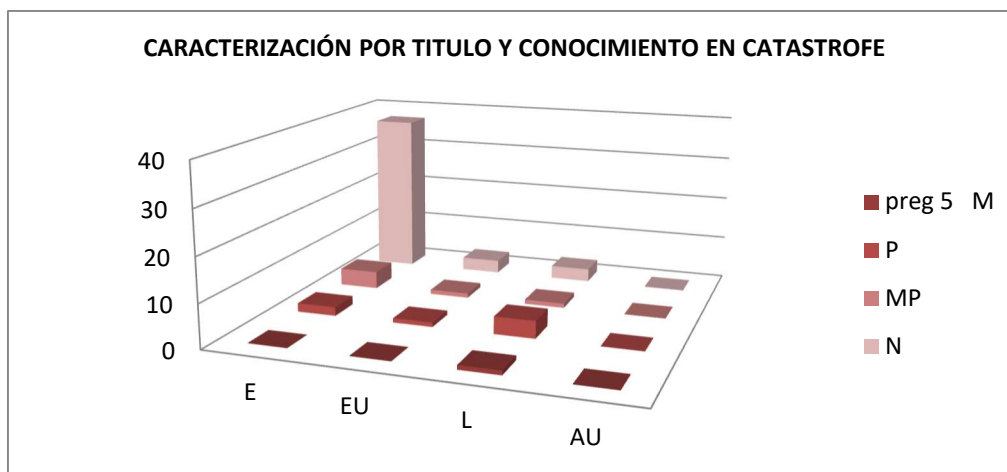
P: poco

Mp: muy poco

N: nada

Fuente: Grupo de enfermeros del servicio Neonatología del Hospital Luis

Lago-
maggio-
re



Comentario: Se puede observar en esta caracterización que los enfermeros profesionales poseen desconocimiento en la actuación de catástrofes dando lugar a un 37% y los licenciados son los que poseen poco conocimiento sobre las catástrofes dando lugar a un porcentaje de 4%.

25- Caracterización por tiempo en la institución y conocimiento de las salidas de emergencias

tiempo	S	N	NS	CN
1	0	2	7	6
2	2	1	13	2
3	6	0	7	0
4	0	8	3	0
total	8	11	30	8

Fuente: Grupo de enfermeros del servicio Neonatología del Hospital Luis Lagomaggiore



S: si

N: no

NS: no estoy seguro

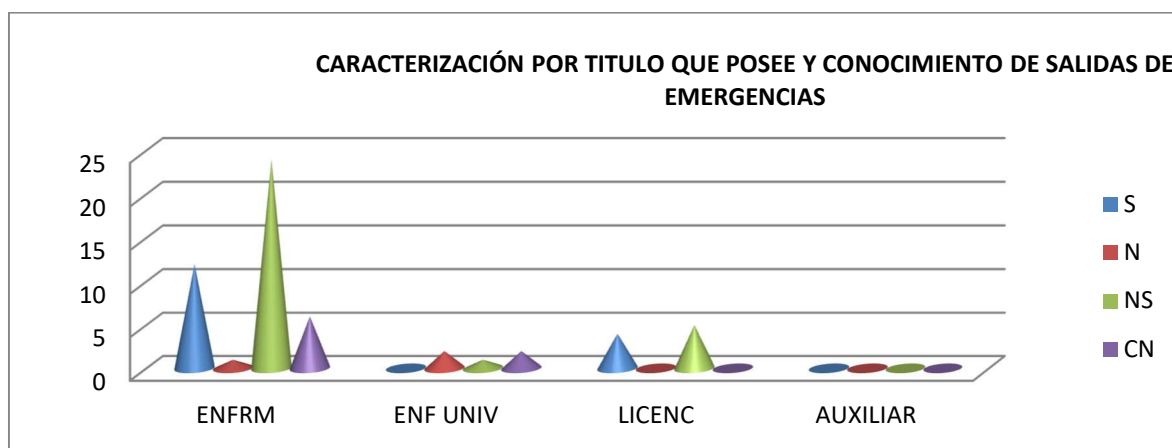
CN: creo que no hay

Comentario: Se puede observar en la caracterización que el mayor porcentaje (13%) de personal no está seguro de donde se encuentran las salidas de emergencias aun cuando ya llevan dos años trabajando en la institución y lo más asombroso es que el otro gran porcentaje (8%) pertenece a personal que lleva cuatro años en la institución y no sabe cuáles son o donde se encuentran las salidas de emergencias del servicio y de la institución

26- Caracterización por título y conocimiento de salidas de emergencias

titulo	S	N	NS	CN
ENFRM	12	1	24	6
ENF UNIV	0	2	1	2
LICENC	4	0	5	0
AUXILIAR	0	0	0	0
total	16	3	30	8

FUENTE: Grupo de enfermeros del servicio Neonatología del Hospital Luis Lagomaggiore

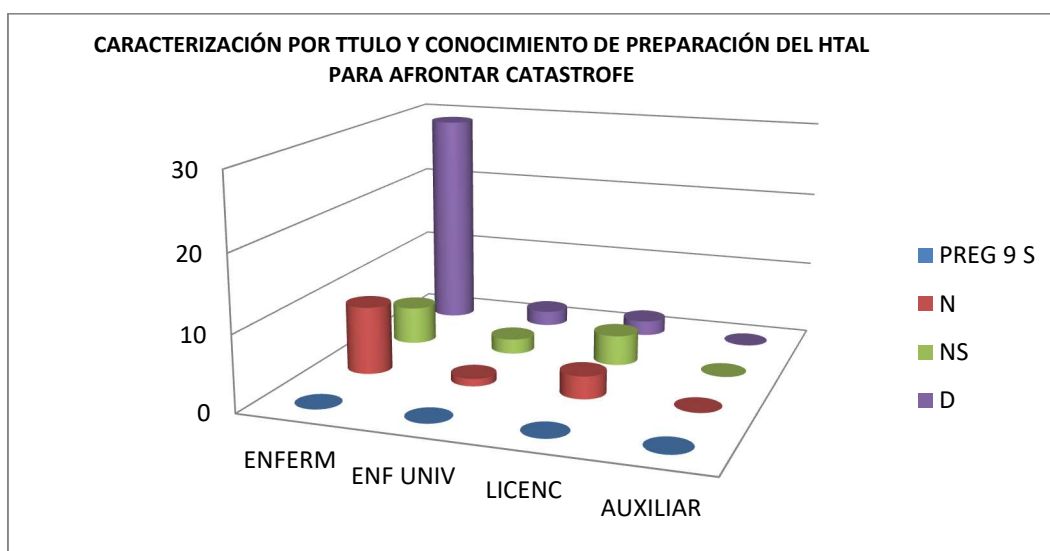


Comentario: En esta caracterización se puede ver que entre el personal del servicio los enfermeros profesionales son el grupo con mayor cantidad de personas que no están seguras de donde se encuentran las salidas de emergencias dando un porcentaje de un 24% y que además los mismos tienen el mayor porcentaje de que si saben dónde se encuentran las salidas de emergencias 12%

27- Caracterización por título y si considera que el hospital está preparado para afrontar una situación de catástrofe

TITULO	PREG 9 S	N	NS	D
ENFERM	0	9	5	29
ENF UNIV	0	1	2	2
LICENC	0	3	4	2
AUXILIAR	0	0	0	0
total	0	13	11	33

FUENTE: Grupo de enfermeros del servicio Neonatología del Hospital Luis Lagomaggiore



S:si

N: no

NS: no estoy seguro

D: desconozco

Comentario: Se puede ver que la mayor cantidad de personal de enfermeros profesionales desconoce si el hospital se encuentra preparado para afrontar una catástrofe dando como porcentaje un 29% y un grupo menor cree que no se encuentra preparado dando lugar a un 9%.

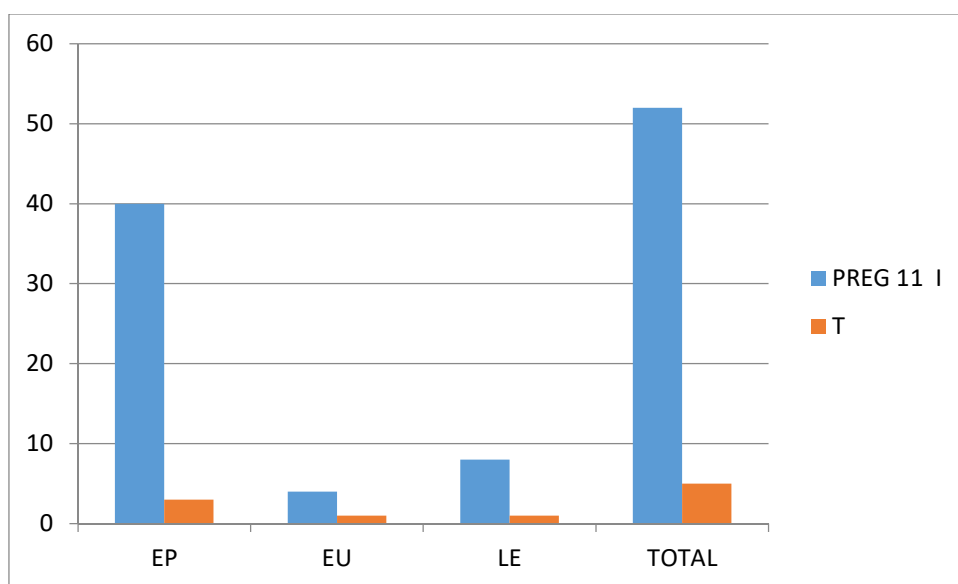
28-CARACTERIZACIÓN POR TITULO Y PREG 10 (SI CREEN QUE ES IMPORTANTE HABLAR DEL TEMA)

TITULO	PREG 11 I	T
EP	40	3
EU	4	1
LE	8	1
TOTAL	52	5

T: tal vez si

I: inmediatamente

Fuente: Grupo de enfermeros del servicio Neonatología del Hospital Luis Lagomaggiore



Comentario: se puede observar que el mayor porcentaje 91% de los profesionales cree que es importante hablar del tema inmediatamente y un 9% cree que tal vez si sea importante hablar del tema

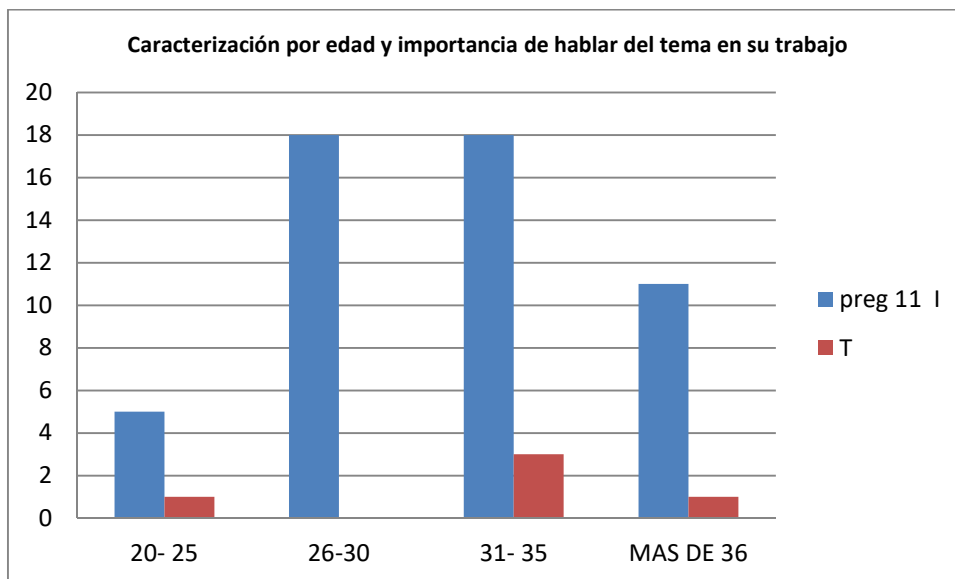
29- Caracterización por edad y si cree importante hablar del tema en su trabajo

edad	preg 11 I	T
20- 25	5	1
26-30	18	0
31- 35	18	3
MAS DE 36	11	1
TOTAL	52	5

I: inmediatamente

T: tal vez si

Fuente: Grupo de enfermeros del servicio Neonatología del Hospital Luis Lagomaggiore



Comentario: se observa que entre los 26 a 35 años de edad consideran importante hablar del tema en su trabajo dando un 18% como resultado y que el mayor porcentaje de tal vez se encuentra dentro de los 31 a 35 años de edad dando como resultado un 3%.

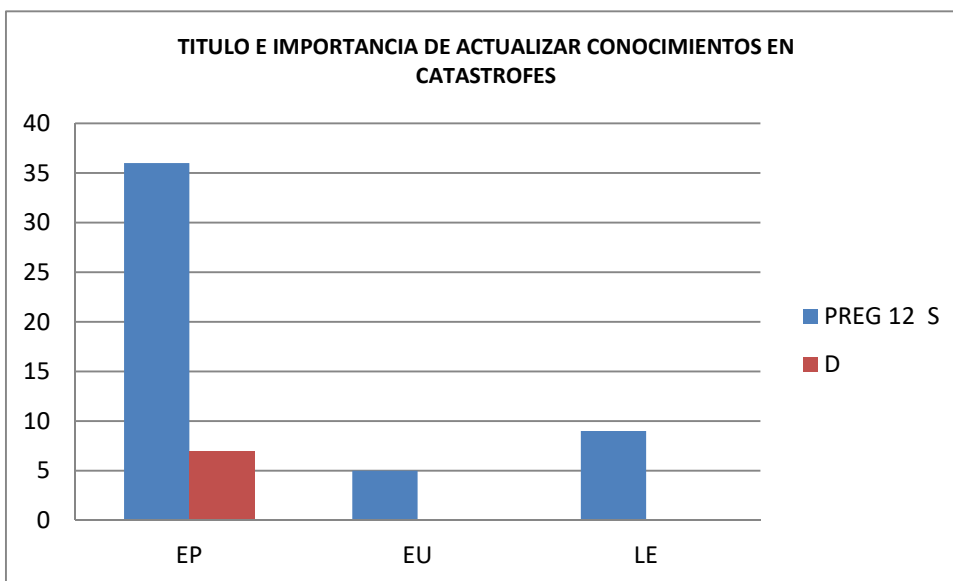
30- Caracterización por título e importancia de actualizar los conocimientos que posee

TÍTULO	PREG 12 S	D
EP	36	7
EU	5	0
LE	9	0
TOTAL	50	

S: SI CADA AÑO

D: DE VEZ EN CUANDO

Fuente: Grupo de enfermeros del servicio Neonatología del Hospital Luis Lagomaggiore



Comentarios: se observa que la mayoría de enfermeros profesionales si están de acuerdo en actualizar los conocimientos en catástrofes dando un 36% mientras que el 7% no está de acuerdo y que los licenciados están de acuerdo dando un 9% y los enfermeros universitarios también lo están en un 5%.

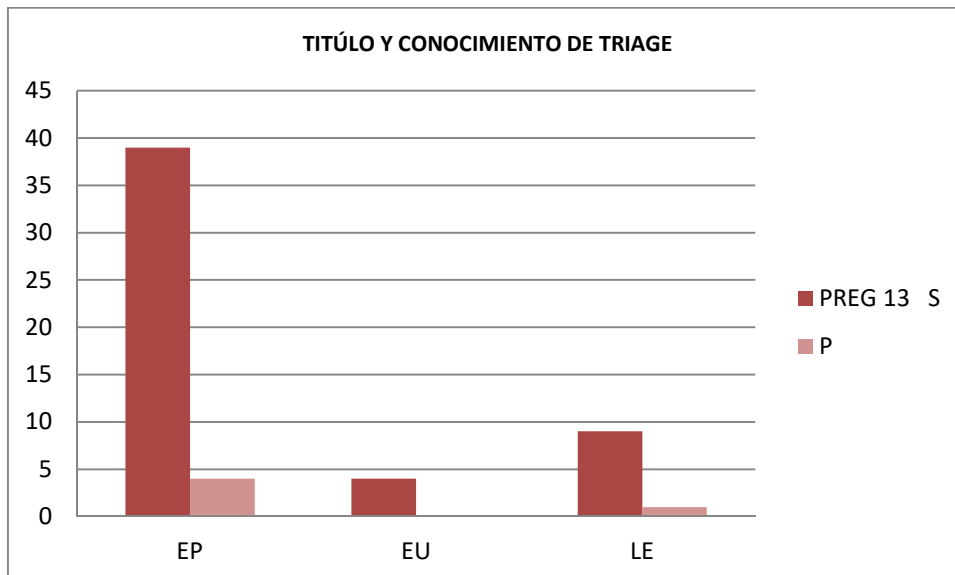
31- Caracterización por título y conocimiento de triage

título	PREG 13 S	P
EP	39	4
EU	4	0
LE	9	1
TOTAL	52	5

S: SI

P: POCO

Fuente: Grupo de enfermeros del servicio Neonatología del Hospital Luis Lagomaggiore



Comentario: se observa que la mayoría de los enfermeros profesionales saben sobre el triage dando un 39%, siguiéndole los licenciados con un 9% y luego los enfermeros universitarios dando un 4%, mientras que algunos licenciados saben poco sobre el triage dando un 1%.

32- Caracterización por conocimiento de triage y colores que corresponden al triage

preg 13 S	PREG 14 A	C	TOTAL
S	4	53	57

S: SI

A: rojo, azul, verde y negro

C: rojo, verde, amarillo y negro

Fuente: Grupo de enfermeros del servicio Neonatología del Hospital Luis Lagomaggiore



Comentario: podemos observar que la mayoría de los enfermeros ya sean licenciados, profesionales y universitarios si saben cuáles son los colores correctos del método triage dando como resultado un 53%.

33- Caracterización por contenido de actuación de catástrofe que debe tener un servicio y edad

EDAD	PREG 15 M	LE	B 1°	T
20-25	2	2	0	2
26- 30	6	3	2	6
31- 36	6	5	5	6
MAS 36	2	2	1	7
TOTAL	16	12	8	21

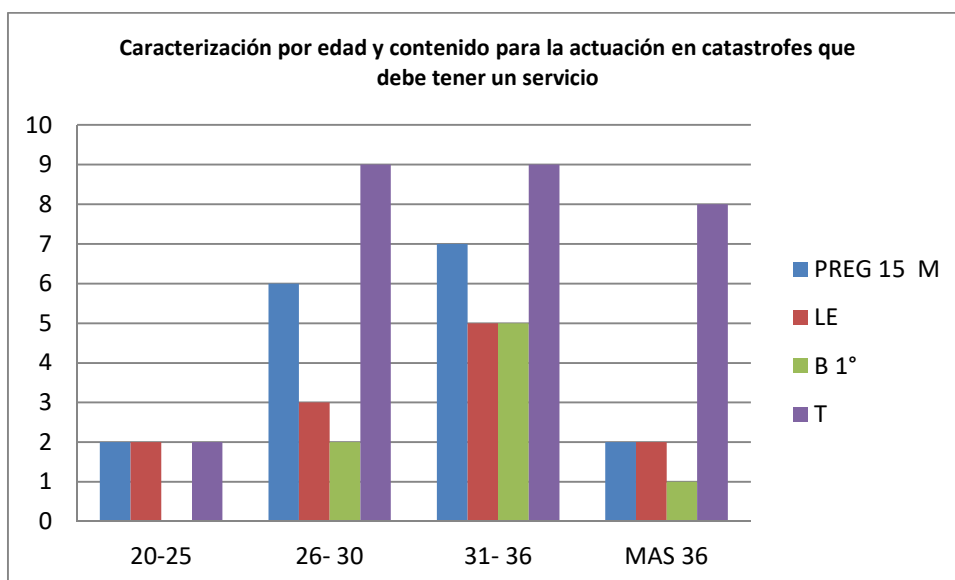
M: matafuego

LE: luz de emergencia

B°1: botiquín de 1° auxilios

T: todos

Fuente: Grupo de enfermeros del servicio Neonatología del Hospital Luis Lagomaggiore



Comentario: como se puede observar el mayor porcentaje de enfermeros profesionales saben que tienen que tener todos los elementos y se encuentran entre los 26 a 36 años de edad y dan como resultado un 9%, mientras el personal que piensa que hay que tener solo el matafuego es un 7%, el que piensa solo en luz de emergencia un 5% al igual q el botiquín de primeros auxilios.

34- Caracterización por título y conocimiento en realización de plan de catástrofe

TÍTULO	PREG 16 SC	NH	AT	ES
EP	2	20	8	13
EU	0	4	0	1
LE	4	3	2	0
TOTAL	6	27	10	14

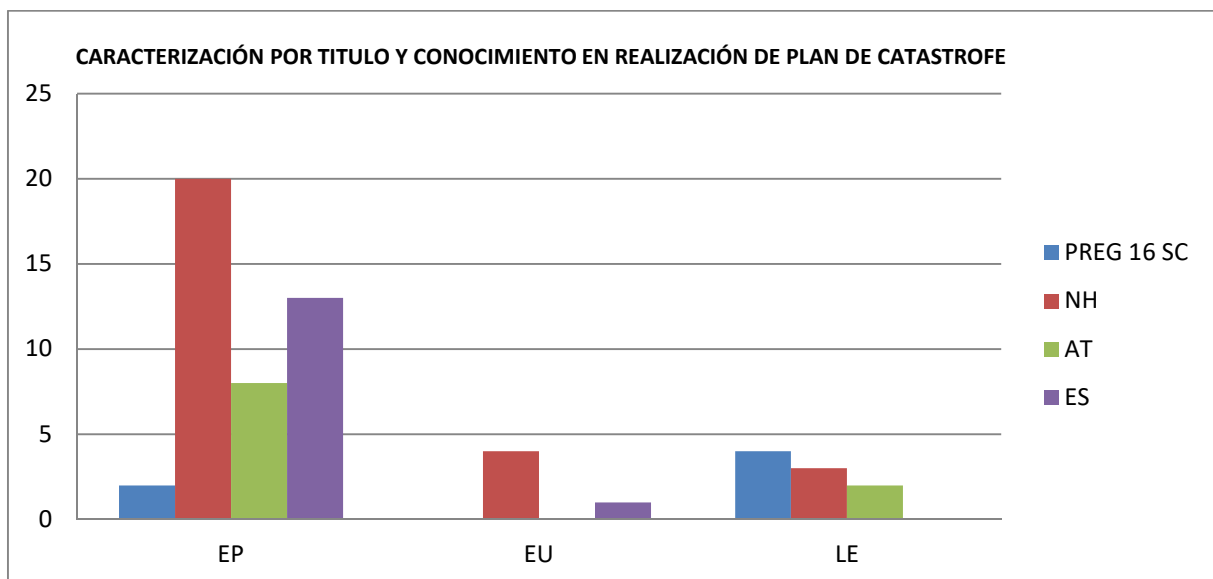
SC: si tengo claro

NH: no sabría cómo hacerlo

AT: avisaría a todos

ES: evacuaría mi sector

Fuente: Grupo de enfermeros del servicio Neonatología del Hospital Luis Lagomaggiore



Comentario: se observa que la mayoría de los enfermeros profesionales no sabrían cómo hacerlo dando lugar a un 20%, y que la mayoría de que si conoce como hacerlo se encuentran en los licenciados dando un 4%.

35- Caracterización por edad y participación en catástrofes

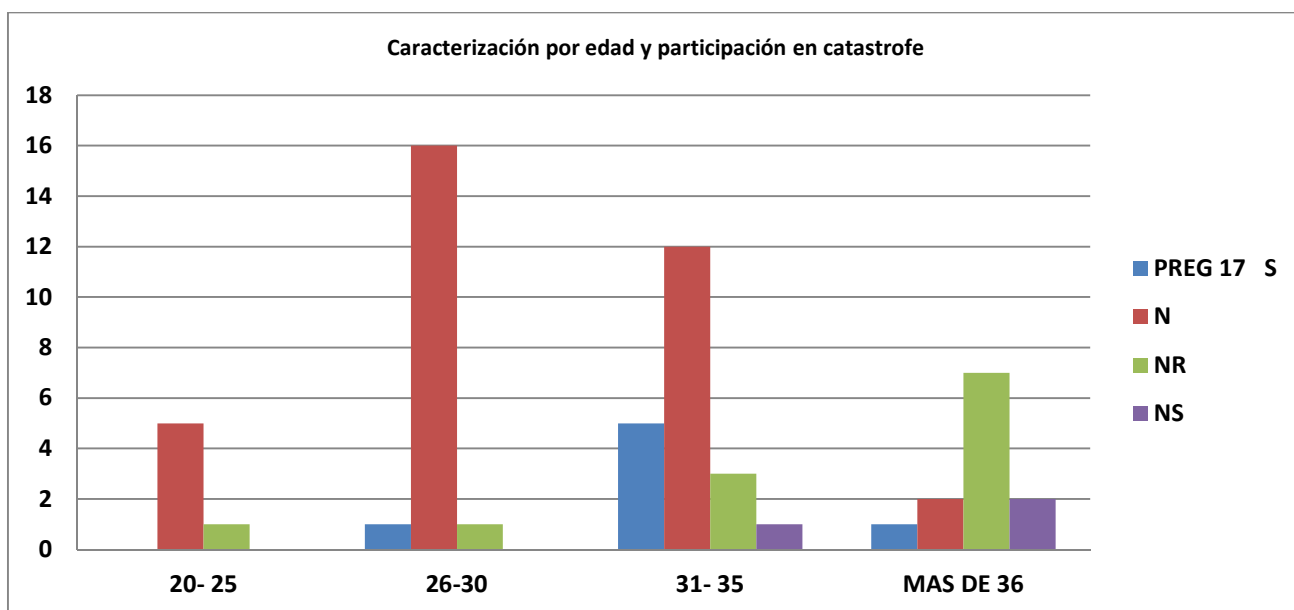
EDAD	PREG 17 S	N	NR	NS
20- 25	0	5	1	0
26-30	1	16	1	0
31- 35	5	12	3	1
MAS DE 36	1	2	7	2
TOTAL	7	35	12	3

N:NO

NR: NO RECUERDO

NS: NO ESTOY SEGURO

Fuente: Grupo de enfermeros del servicio Neonatología del Hospital Luis Lagomaggiore



Comentario: se observa que la mayoría del personal que no ha participado en una catástrofe se encuentra entre los 26- 30 años de edad dando como resultado un 16%, siguiéndole los de 31 a 35 años dando como resultado un 12% y que la mayoría que ha participado en una catástrofe se encuentran entre los 31 a 35 años de edad dando un 5%.

36- Caracterización por cualidades que debe tener enfermero ante una catástrofe y sexo

SEXO	PREG 18 A	S	E	R	AR	ER
F	2	1	19	5	1	14
M	0	0	1	0	0	0
	EA	SE	SR	ASER	TOTAL	
	1	1	4	6	54	
	0	0	0	2	3	

F: femenino M: masculino A: actitud S: serenidad E: eficacia R: rapidez

Fuente: Grupo de enfermeros del servicio Neonatología del Hospital Luis Lagomaggiore



Comentario: se observa que la mayoría de las mujeres consideran que se debe tener serenidad a la hora de una catástrofe dando un porcentaje del 19%, el que le sigue eficacia y rapidez dando un 14% como resultado.

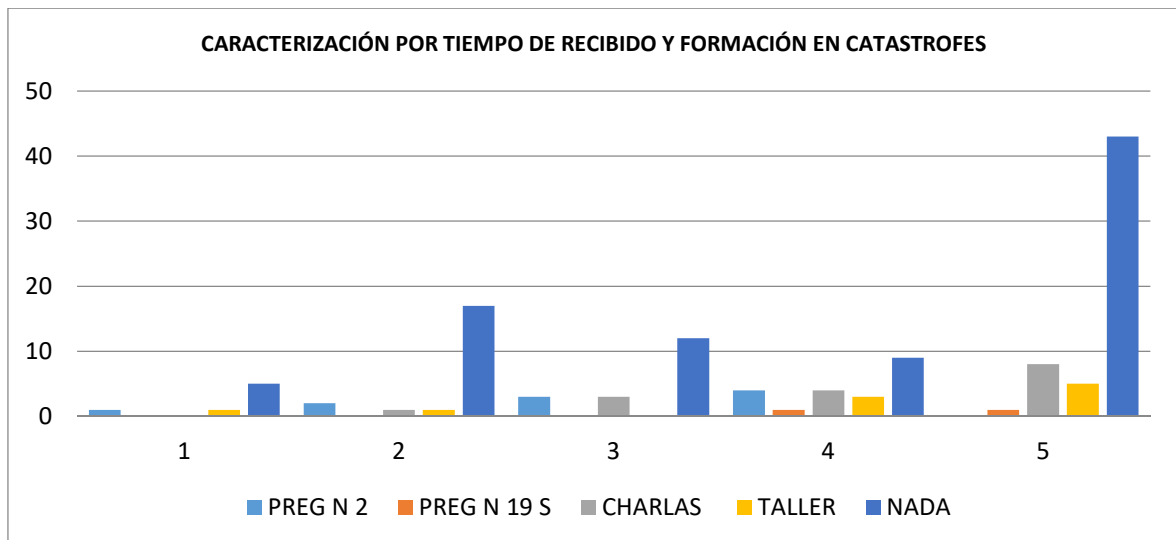
37- Caracterización de tiempo de recibido y formación en catástrofes:

PREG N 2	PREG N 19 S	CHARLAS	TALLER	NADA
1	0	0	1	5
2	0	1	1	17
3	0	3	0	12
4	1	4	3	9
TOTAL	1	8	5	43

1,2,3,4 TIEMPO DE RECIBIDO

S: SI SIMULACROS

Fuente: Grupo de enfermeros del servicio Neonatología del Hospital Luis Lagomaggiore



Comentario: se observa que la mayoría del personal que hace 2 años que trabaja como enfermero no ha recibido alguna capacitación sobre catástrofes dando un porcentaje de 17% mientras que el personal que hace 3 años que trabaja solo ha recibido charlas dando como porcentaje un 3%.

38- Caracterización por título y conocimiento del papel que debe asumir ante una catástrofe

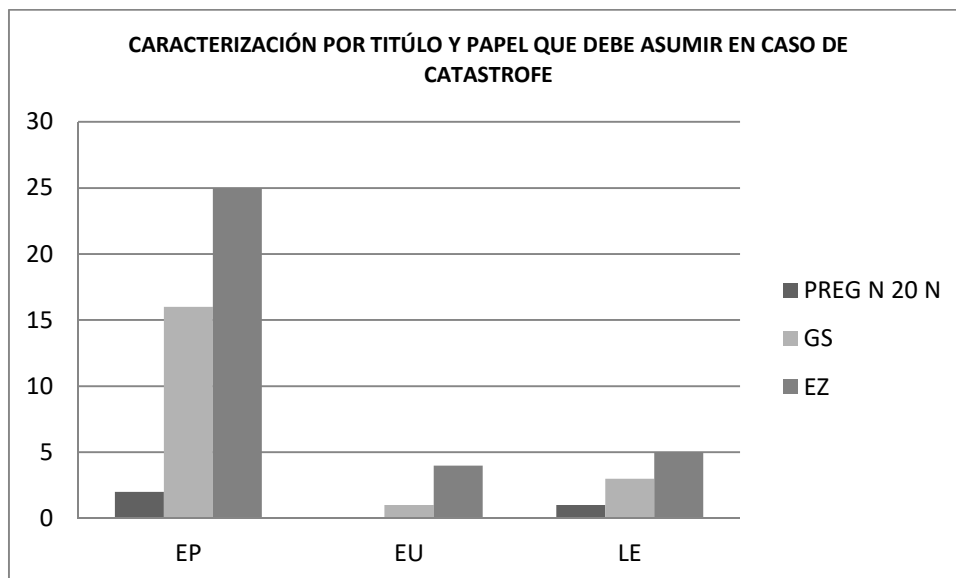
TÍTULO	PREG N 20 N	GS	EZ
EP	2	16	25
EU	0	1	4
LE	1	3	5
TOTAL	3	20	34

N:ningun (papel)

GS: guía de seguridad

EZ: Evacuador de la zona

Fuente: Grupo de enfermeros del servicio Neonatología del Hospital Luis Lagomaggiore



Comentario: se observa que la mayoría del personal de enfermería no asumiría ningún papel dando como resultado un 25%, siguiéndole un 16·% que serviría de guía de seguridad y el 2 % serviría de evacuador de la zona mientras que una minoría de licenciados también serviría de evacuador de zona 1%.

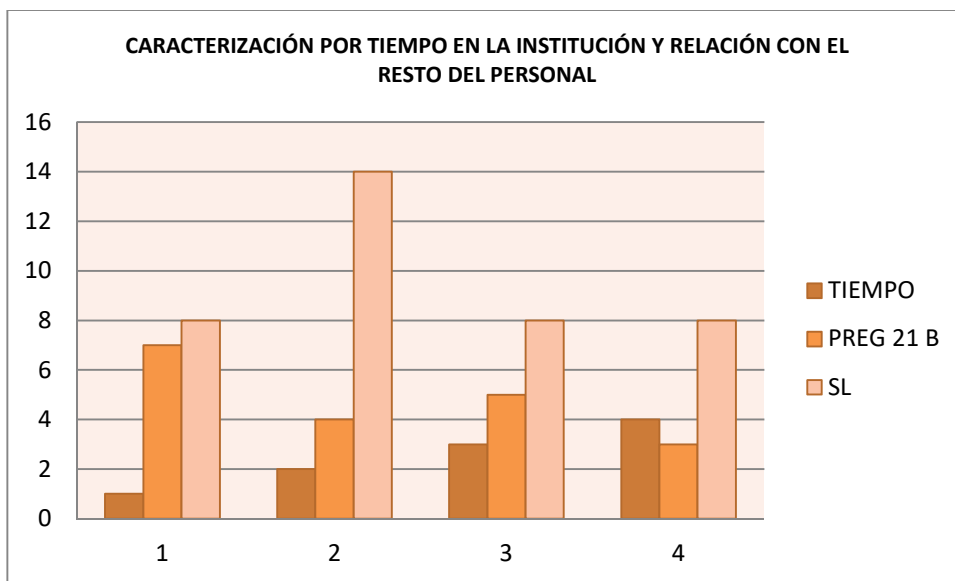
39- Caracterización por tiempo en la institución y relación con resto del personal

TIEMPO	PREG 21 B	SL
1	7	8
2	4	14
3	5	8
4	3	8
TOTAL	19	38

B: buena relación

SL: solo laboral

Fuente: Grupo de enfermeros del servicio Neonatología del Hospital Luis Lagomaggiore



Comentario: Se puede observar que la mayoría del personal que tiene buena relación lleva trabajando 2 años y da como resultado un 14%, y el resto manifiesta tener una relación laboral

CONCLUSIONES

Los últimos análisis de investigaciones sobre conocimientos que poseen los profesionales de enfermería sobre actuación en catástrofes fueron realizados por un grupo de alumnos del servicio de Neonatología del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, y ex alumnas del segundo año de la licenciatura de la Universidad Nacional de Cuyo, con el fin de mostrar que existía esta problemática en el hospital y el servicio.

Y hoy por hoy años más tarde nosotros pudimos observar este mismo problema con otras variables que a nuestro entender hacían aun peor el panorama que se presentó anteriormente, con respecto al actual.

Para esta nueva investigación realizada sobre “Intervenciones de enfermería frente a catástrofes en servicios cerrados”.

Donde se buscaba mostrar de cierto modo si los profesionales de enfermería recién ingreso se encuentran o no preparados para una correcta actuación en catástrofes.

Para la recolección de datos se realizó encuestas a una muestra total de 57 profesionales de enfermería de los cuales. Se pudo observar que los mayores rangos de enfermeros son de sexo femenino y se encuentran entre los 31 a 35 años (37%) y el segundo rango entre los 26 y 30 años de edad (31%).

El mayor grupo de enfermeros profesionales se encuentra agrupado entre los 26 a 30 (31,5%) y entre los 31 a 35 años (37%) y el mayor grupo de licenciados se encuentra entre los 31 a los 35 años.

los enfermeros profesionales poseen desconocimiento en la actuación de catástrofes dando lugar a un 37% y los licenciados son los que poseen un poco más de conocimientos sobre las catástrofes dando lugar a un porcentaje de 4%. Sobre el total de licenciados encuestados.

PROPUESTAS

Se presentará una lista de propuestas para los profesionales de enfermería en el servicio de Neonatología del hospital Luis C. Lagomaggiore

Charlas talleres, simulacros una vez por mes, a todo el profesional de enfermería dichas capacitación deben ser organizadas, para que todos reciban los conocimientos sobre manera de actuar ante una catástrofe.

Propiciar la creación de un protocolo sobre la manera como deben manejarse los profesionales ante una posible situación de catástrofe, o desastre natural que pueda poner en peligro las vidas de los recién nacidos

Elaboración de Planes de Catástrofes Externas e Internas

Puesta en marcha, seguimiento y evaluación permanente de los planes diseñados.

-Divulgación e información adecuadas de los planes. -Diseño y ejecución de actividades formativas en relación con los planes.

Educar de forma continua a los padres, en relación sobre cómo deben actuar ante una situación de catástrofe para que estos puedan colaborar y no crear una situación que pueda poner en peligro la vida de sus propios hijos o la de otros pacientes

Motivar a los profesionales de enfermería a la capacitación continua y permanente en movilización y traslado de pacientes con oxigenoterapia y también en los prematuros extremos ya que estos requieren cuidados especiales.

Colocación de folletería que indique manera de actuación y salidas de emergencias al alcance de todas las personas que ingresan al servicio.

Enseñar a todo el personal a realizar una clasificación o «triage» de los afectados, para conseguir el máximo beneficio 'para el mayor número de ellos, primando esto sobre el posible beneficio individual.

-Necesidad de crear protocolos sobre anejo de los afectados», tratando de hacer más fluida y eficaz la asistencia. estandarizando y simplificando al máximo todas las actuaciones.

BIBLIOGRAFÍA

Sabrina Cereda. ¿Que hace de Mendoza una zona sísmica? Universidad sociedad. Mendoza, septiembre 16 del 2015.

<http://www.angelfire.com/ri/chterymercalli/#Intensidad>

<http://definicion.de/sismo/>

<http://www.mendozapost.com/nota/18998-el-impresionante-mapa-de-los-terremotos-en-mendoza/>

<http://www.mdzol.com/nota/184372-los-terremotos-de-mendoza/>

https://es.m.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Mendoza

<http://www.argentour.com/es/provincia/mendoza/mendoza.php>

<http://www.mdzol.com/nota/320-lugares-criticos-en-la-ciudad-en-caso-de-sismos>

http://www.udc.es/dep/dtcon/estructuras/ETSAC/Investigacion/Terremotos/QUE_E_S.htm

<http://personales.gestion.unican.es/martinji/Archivos/FasesCatastrofe.pdf>

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_390.pdf

Diputación de Albacete. Manual S.E.P.E.I de bomberos, curso de iniciación y reciclaje. 2da edición Madrid, España. 23 de abril 2003.

Ministerio de salud, subsecretaria de salud pública, división de prevención y control de enfermedades. Sugerencias sobre la información que puede entregarse a

la comunidad en situaciones de emergencias y desastres. Estrés colectivo. 12 de mayo del 2014. Santiago de Chile.

¹ Rodón Patricia. Diario MDZ. Nota "Terremoto en Mendoza". <http://www.mdzol.com/nota/184372-los-terremotos-de-mendoza/> Consultada 14 Marzo 2016.

¹ Gascón Margarita. doctora en Historia por la Universidad de Ottawa, Canadá, doctora en Historia por la Universidad de Ottawa, Canadá

¹ Acebedo-Urdiales S, Rodero-Sánchez V, Vives-Relats C, Aguarón-García M. La mirada de Watson, Parse y Benner para el análisis complejo y la buena práctica. Index Enfermería 2007; 16(56): 40-44.

Millan T, Ercolano M, Pérez M, Fuentes C. Autoevaluación de habilidades clínicas básicas en médicos recién egresados de la facultad de Medicina, Universidad de Chile. Sánchez-Palacios M, Lorenzo Torrent R, Santana-Cabrera L, Martín García JA, Campos SG, Carrasco de Miguel V. obra citada. Revista médica Chile 2007; 135: 1479-86.

CAPITULO IV:
APENDICES Y ANEXOS

Encuesta

Recolección de datos:

Fuentes de la recolección: personal de enfermería de reciente ingreso

Donde se localiza tales fuentes: "servicio de neonatología del hospital Luis Lagomaggiore"

Medios o métodos para la recolección de datos: Encuesta

Medición: cuantitativa

Sexo: femenino masculino

Edad: de 20 a 25 26 a 30 31 a 35 más de 36

1) ¿qué tipo de título posee?

Enfermero profesional Enfermero universitario Auxiliar de enfermería Licenciado en enfermería

2) ¿hace cuánto se ha recibido de enfermera/o?

1 año 2 años 3 años de 4 A 5 años

3) ¿Hace cuánto tiempo que ha ingresado a la institución?

1 2 3 más de 4

4) ¿Es su primer trabajo como enfermero? ¿O antes ejerció en otro lugar?

Si no como ayudante como auxiliar

5) ¿Posee conocimientos de actuación durante una catástrofe?

Mucho poco muy poco nada

6) ¿En el servicio le han brindado información sobre la manera como debe actuar ante una catástrofe?

Si no solo talleres solo charlas

7) ¿Sabe si existen protocolos en el servicio?

Si no nunca pregunte sé que no hay

8) ¿Conoce salidas de emergencias? ¿Dónde se encuentran?

Si no no estoy seguro creo que no hay

9) ¿Considera que el hospital está preparado para afrontar una situación de catástrofe?

Si no desconoce no lo puedo asegurar

10) ¿Ha dialogado con sus jefes o compañeros sobre el tema?

Alguna vez siempre lo tengo en cuenta nunca lo pregunte

No lo creo importante

11) ¿Cree importante que se hable del tema en su trabajo?

Tal vez si de inmediato no es de mi incumbencia

No lo creo tan importante

12) ¿Cree necesario actualizar los conocimientos que posee en el tema?

Sí cada año de vez en cuando no es importante

nunca

13) ¿Conoce lo que es el triage y cómo aplicarlo?

Si no más o menos poco y nada

14) ¿Cuáles son los colores que corresponden al triage?

A: Rojo, azul, verde, negro B: Rojo, naranja, blanco, verde

C: Rojo, verde, amarillo, negro D: Rojo, verde, amarillo, violeta

15) ¿Conoce que contenidos para la actuación de catástrofe debe tener un servicio?

Matafuego luz de emergencia botiquín de 1° auxilios
todas

16) ¿Sabe cómo se realiza un plan de evacuación en caso de catástrofe?

Si tengo en claro no sabría hacerlo avisaría a todos
comenzaría a evacuar mi sector

17) ¿ha participado alguna vez de un simulacro de evacuación de catástrofe?

Si no no recuerdo no estoy segura

18) ¿Qué cualidades considera esenciales que debe tener un enfermero ante una catástrofe?

Actitud serenidad eficacia
rapidez

19) ¿Ha recibido alguna vez algún tipo de formación en catástrofe?

Si, con simulacros charlas talleres no, nada

20) ¿En caso de catástrofe sabe, qué papel debe asumir?

Protector guía de seguridad evacuador de las zonas
ninguno

21) ¿Cómo es su relación con el resto del personal? Buena mala
no hay relación solo laboral

S	E	preg 1	Preg 2	preg 3	preg 4	preg 5	preg 6	preg 7	preg 8	preg 9	preg 10	preg 11	preg 12	preg 13	preg 14	preg 15	preg 16	preg 17	preg 18	preg 19	preg 20	prg 21
F	A	EU	2	1	N	P	N	N	CN	NS	NP	T	S	S	C	M	NH	NS	E,R	CH	EZ	B
M	B	E	3	2	S	N	N	NP	NS	D	NP	I	S	S	C	M	NH	N	A,S,E,R	N	EZ	B
F	B	E	3	2	N	N	N	N	NS	D	NP	I	S	S	C	B1°,M	NH	N	E,R	N	EZ	SL
F	C	L	4	4	S	P	N	NP	S	N	PV	I	S	S	C	M,LE	SC	S	R	CH	GS	SL
F	C	E	1	1	S	N	SCH	S	CN	NS	NP	T	S	S	C	M	ES	NS	E	N	GS	B
F	B	E	2	1	S	N	N	N	NS	D	NP	I	S	S	C	M	AT	N	E	N	GS	SL
F	D	E	2	2	N	N	N	N	NS	N	NP	I	S	S	C	T	AT	NR	E	N	EZ	SL
F	D	E	4	3	S	N	N	NH	S	D	PV	I	S	S	C	T	NH	NR	A,S,E,R	N	EZ	B
F	A	EU	1	1	N	MP	N	N	N	D	NP	I	S	S	C	T	NH	N	A,S,E,R	T	EZ	B
F	B	E	3	2	S	MP	N	N	S	D	NP	I	S	S	C	T	NH	N	A,R	CH	N	SL
F	C	E	2	1	S	N	N	N	NS	N	PV	I	S	S	C	B1°,M	ES	NR	S,E	N	N	SL
F	B	E	2	2	N	N	N	N	CN	N	NP	I	S	S	C	B1°,M	ES	N	E,R	N	EZ	SL
F	D	E	4	4	S	N	N	N	S	NS	PV	I	S	S	A	M	ES	N	E,R	N	EZ	B
F	A	E	1	1	S	N	N	N	N	D	NP	I	D	P	C	M	SC	N	E	N	GS	B
F	C	E	3	3	S	N	N	N	S	D	PV	I	S	S	C	T	SC	N	E	N	GS	SL
F	B	EU	2	2	N	N	N	N	N	N	NP	I	S	S	C	T	NH	N	E	N	GS	B
F	D	E	3	3	N	N	N	NP	S	D	NP	I	S	S	C	T	NH	NR	E	N	GS	SL
M	D	L	4	4	S	P	N	NH	S	NS	NP	T	S	S	C	T	SC	S	E	CH	GS	SL
F	B	E	1	1	S	N	N	NP	CN	D	NP	I	D	S	A	T	AT	N	E,R	N	GS	B
F	A	E	2	1	S	N	N	N	NS	D	NP	I	D	P	C	M,LE	AT	N	E,R	N	EZ	SL
F	C	L	4	3	N	P	N	N	S	N	NP	I	S	S	C	B1°,M	AT	S	A,S,E,R	T	EZ	B
F	B	E	3	2	N	N	N	N	S	D	NP	I	S	S	C	M,LE	ES	N	A,S,E,R	N	EZ	SL
F	D	E	4	4	S	N	N	N	S	N	NP	I	S	S	C	M,LE	ES	N	E,R	N	EZ	SL
F	C	E	2	1	S	N	N	N	CN	D	NP	I	S	S	C	M	NH	N	E	N	EZ	SL
F	B	L	4	4	S	N	N	S	NS	NS	PV	I	S	S	C	M	SC	S	E	S	EZ	SL
F	C	E	3	2	N	MP	N	N	NS	D	NP	I	S	S	C	T	NH	S	E	CH	EZ	SL
F	D	E	3	3	S	P	N	N	NS	D	NP	I	S	S	C	T	NH	NR	S,R	CH	GS	SL
F	C	E	2	2	S	P	N	NP	NS	N	NP	I	S	S	C	T	ES	N	S,R	T	GS	SL

F	B	E	2	1	S	N	N	N	NS	N	NP	I	S	S	C	M	ES	N	E,R	N	EZ	B
F	C	E	4	4	S	N	N	N	S	NS	NP	T	S	S	C	T	ES	S	E	N	GS	B

F	B	E	2	2	N	N	N	N	NS	D	NP	I	D	P	C	T	AT	N	E	N	GS	SL
F	A	EU	1	1	AX	N	N	N	CN	D	NP	I	S	P	A	T	NH	N	A,S,E,R	N	EZ	SL
F	C	E	4	3	S	N	N	N	S	N	PV	I	S	S	C	T	NH	S	A	N	EZ	SL
F	D	L	4	4	S	P	N	NH	S	D	PV	I	S	S	C	T	SC	NS	A	CH	EZ	B
F	D	E	3	3	N	N	N	N	S	D	NP	I	S	S	C	T	NH	NS	E,R	N	EZ	B
F	C	L	3	2	N	N	N	N	NS	D	NP	I	S	S	C	B1°,M	NH	N	R	N	GS	SL
F	C	E	4	4	S	MP	N	N	S	D	PV	I	S	S	C	B1°,M	NH	NR	R	T	GS	SL
F	B	E	2	2	S	N	N	NP	CN	D	NP	I	S	S	C	M,LE	ES	NR	E.A	N	GS	SL
F	C	E	3	2	AX	N	N	N	NS	N	NP	I	S	S	C	T	ES	N	S	N	GS	SL
F	D	E	4	4	S	N	N	NH	S	D	NP	I	S	S	C	T	NH	NR	E,R	N	GS	SL
F	C	E	2	1	S	N	N	N	CN	NS	NP	T	D	S	A	M,LE	NH	NR	E	N	GS	B
F	C	E	4	3	N	MP	N	N	NS	D	NP	I	S	S	C	M,LE	NH	N	A,S,E,R	CH	EZ	B
F	B	E	3	3	S	N	N	NP	NS	D	NP	I	S	S	C	T	AT	N	E	N	EZ	B
F	C	L	4	4	S	N	N	N	NS	NS	NP	I	S	S	C	T	AT	N	E,R	N	EZ	SL
F	B	EU	2	1	S	N	N	N	NS	NS	NP	I	S	S	C	T	ES	N	E,R	N	EZ	SL
F	C	E	2	2	N	N	N	N	NS	D	NP	I	S	S	C	M,LE	AT	N	R	N	EZ	SL
F	D	E	4	3	N	N	N	N	NS	D	NP	I	S	S	C	B1°,M	AT	NR	R	N	EZ	SL
M	D	L	4	3	S	M	N	N	NS	N	NP	I	S	S	C	M,LE	NH	NR	A,S,E,R	N	EZ	SL
F	B	E	1	1	N	N	N	NP	NS	D	NP	I	D	P	C	T	NH	N	S,R	N	EZ	SL
F	B	E	2	2	N	N	N	NH	NS	D	NP	I	S	S	C	T	NH	N	S,R	N	EZ	B
F	C	E	3	2	S	N	N	N	NS	D	NP	I	S	S	C	T	NH	N	E,R	N	EZ	SL
F	C	E	3	3	AY	N	N	N	NS	D	NP	I	S	S	C	M,LE	NH	N	E,R	N	EZ	SL
F	B	E	2	1	AX	N	N	N	NS	NS	NP	I	S	S	C	M,LE	NH	N	E	N	EZ	SL
F	C	E	3	3	N	N	N	N	NS	N	NP	I	S	S	C	T	NH	N	E	N	EZ	SL
F	C	L	4	4	S	MP	N	N	NS	NS	NP	I	S	S	C	T	NH	N	E	T	N	SL
F	B	E	2	2	S	N	N	NP	NS	D	NP	I	S	S	C	T	ES	N	E	N	EZ	SL
	A	E	2	2	AY	N	SCH	N	NS	D	NP	I	D	S	C	M,LE	ES	N	E	N	GS	B