



UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL
"LISANDRO ALVARADO"



**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE
MANEJO DE VÍCTIMAS RESULTANTES DE DESASTRES UNIDAD DE
EMERGENCIA GENERAL "DR. RUI MEDINA" HOSPITAL CENTRAL
UNIVERSITARIO "ANTONIO MARÍA PINEDA" BARQUISIMETO-LARA
JUNIO – NOVIEMBRE 2004**

Autoras: LILIAN VENEGAS
PETRA RODRÍGUEZ
YORLENIS UZCATEGUI

BARQUISIMETO, 2004



UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL
"LISANDRO ALVARADO"
DECANATO DE MEDICINA
PROGRAMA DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE
MANEJO DE VÍCTIMAS RESULTANTES DE DESASTRES UNIDAD DE
EMERGENCIA GENERAL "DR. RUI MEDINA" HOSPITAL CENTRAL
UNIVERSITARIO "ANTONIO MARÍA PINEDA" BARQUISIMETO-LARA
JUNIO – NOVIEMBRE 2004**

Autoras: Lilian Venegas
Petra Rodríguez
Yorlenis Uzcategui
Tutora: Lic. Josefina Palma
Asesoras: M Sc. Milagro Puertas
M Sc. Elsa Vargas

Barquisimeto, Noviembre de 2004

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE
MANEJO DE VÍCTIMAS RESULTANTES DE DESASTRES UNIDAD DE
EMERGENCIA GENERAL “DR. RUI MEDINA” HOSPITAL CENTRAL
UNIVERSITARIO “ANTONIO MARÍA PINEDA” BARQUISIMETO-LARA
JUNIO – NOVIEMBRE 2004**

Por:

LILIAN VENEGAS
PETRA RODRÍGUEZ
YORLENIS UZCATEGUI

Tutor

Asesor

Barquisimeto, Noviembre de 2004

Agradecimientos

- ❖ A Dios todo poderoso por darnos la vida y por ser guía en el logro de cada una de nuestras metas.
- ❖ A nuestros padres por ser apoyo incondicional, en los momentos difíciles y al mismo tiempo brindarnos palabras de aliento que nos permitieron levantarnos y seguir adelante.
- ❖ A los asesores metodológicos y tutora por brindarnos los conocimientos necesarios que nos orientaron en el logro de nuestros objetivos.
- ❖ A Lic. Roberto Veliz, TSU. José Gregorio Cadenas, TSU María González, a Bernaind Castellanos; por su colaboración incondicional, paciencia, comprensión y apoyo.
- ❖ Al Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda” y al personal que labora en la unidad de emergencia, por abrirnos sus puertas y haber sido participe de este pequeño pero significativo aporte a la investigación.

INDICE GENERAL

Capítulo	Página
Lista de cuadros	Vi
Resumen	Vii
Introducción	1
Capítulo I: El Problema	3
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivo General y Específicos.	7
Justificación.....	7
Alcances y Limitaciones.	8
Capítulo II: Marco Teórico	9
Antecedentes de la Investigación.....	9
Bases teóricas.	11
Definición de términos.	26
Sistema de variables.....	30
Operacionalización de variables.....	30
Capítulo III: Marco Metodológico	31
Tipo de estudio.....	31
Población y muestra.....	31
Procedimiento.....	32
Métodos y técnicas de recolección de datos.....	34
Capítulo IV: Resultados	36
Capítulo V :Conclusiones y Recomendaciones	40
Conclusiones.....	40
Recomendaciones.....	41
Referencias Bibliográficas	43
Anexos .	

LISTA DE CUADROS

Cuadro		Pág.
1	Nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre generalidades en desastres en la Unidad de Emergencias del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda". Barquisimeto, Estado Lara. Junio-Noviemrbe 2004.	36
2	Nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre atención y manejo de múltiples víctimas en situación de desastres. Unidad de Emergencias del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda". Barquisimeto, Estado Lara. Junio-Noviemrbe 2004.	37
3	Nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre el uso del sistema de códigos de colores para la referencia de víctimas en caso de desastres. Unidad de Emergencias del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda". Barquisimeto, Estado Lara. Junio-Noviemrbe 2004.	38
4	Nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre la acciones brindadas en situación de desastres (durante y después). Unidad de Emergencias del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda". Barquisimeto, Estado Lara. Junio-Noviemrbe 2004.	39

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL “LISANDRO ALVARADO”
DECANATO DE MEDICINA
PROGRAMA DE ENFERMERÍA

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE
MANEJO DE VÍCTIMAS RESULTANTES DE DESASTRES UNIDAD DE
EMERGENCIA GENERAL “DR. RUI MEDINA” HOSPITAL CENTRAL
UNIVERSITARIO “ANTONIO MARÍA PINEDA” BARQUISIMETO-LARA
JUNIO – NOVIEMBRE 2004**

Autoras: Lilian Venegas, Petra Rodríguez; Yorlenis Uzcategui

RESUMEN

Con la finalidad de determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre manejo de víctimas resultantes de desastres unidad de emergencia general “Dr. Rui Medina” Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda” Barquisimeto Junio-Noviembre 2004. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, la muestra se seleccionó en forma no probabilística intencional conformada por 20 enfermeras Técnico Superior en Enfermería y Licenciadas en Enfermería. Se aplicó una encuesta que constó de 5 partes, siendo la primera parte de identificación, la segunda parte correspondiente a generalidades en desastres se obtuvo un 73.8% de respuestas correctas tienen conocimiento y el 26.1% respuestas incorrectas no tienen conocimiento; la tercera parte sobre atención y manejo de múltiples víctimas en situación de desastre presentó un 71.6% de respuestas correctas tienen conocimiento y el 28.3% de respuestas incorrectas no tienen conocimiento; la cuarta parte correspondiente a uso de sistema de código de colores para la referencia de víctimas en caso de desastre obteniendo 65% de respuestas correctas tienen conocimiento y un 35% de respuestas incorrectas no tienen conocimiento, la quinta parte sobre acciones brindadas en situación de desastre (durante y después), adquiriendo un 51.6% de respuestas correctas tienen conocimiento y un 48% de respuestas incorrectas no tienen conocimiento; luego de los resultados obtenidos se llegó a la conclusión que el personal de Enfermería que labora en la Emergencia del Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda” tienen conocimiento sobre manejo de víctimas en caso de desastres ya que los resultados arrojaron que más del 50% de la muestra encuestadas las respuestas fueron correctas lo que significa que tienen conocimiento, sobre manejo de víctimas resultantes de desastre.

Palabras claves: conocimiento, manejo de víctimas, desastres.

INTRODUCCIÓN

Un desastre es un evento o conjunto de eventos causados por la acción de la naturaleza o actividades causadas por el hombre. Los desastres se dividen de acuerdo a sus causas en dos categorías: Los desastres naturales, que se deben a circunstancias relacionados con la naturaleza y que ponen en peligro el bienestar del ser humano y el medio ambiente, considerándose aquellos fenómenos climáticos o geológicos que no se pueden contrarrestar, dentro de los cuales se encuentran Los Huracanes, Los terremotos, Las inundaciones, Los derrumbes y los deslizamientos. Entre los desastres por falla de origen técnico o vinculado al hombre (Desastres Antropológicos); Abarcan: Incendios, accidentes aéreos, Derrames petroleros, Daños por sustancias químicas o materiales peligrosos, guerras, terrorismos, entre otros.

Tratar el tema de desastres en el siglo XXI se ha convertido en un hecho cotidiano, puesto que la frecuencia con la que a ocurrido los mismos a nivel mundial, lo convierte en un problema de salud pública que no distingue población, clase social, raza, religión ni ubicación geográfica.

La creación y ejecución de planes para mitigar y prevenir desastres se hace necesario, si se toma en cuenta, que desde la antigüedad han ocurrido fenómenos que han azotado a diferentes puntos geográficos del globo terráqueo.

Sobre la base de las consideraciones anteriores surgió la iniciativa de desarrollar un proyecto para determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre manejos de víctimas resultantes de desastres en la Unidad de Emergencia General “Doctor Rui Medina” Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”, a través un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, con un muestreo no probabilístico intencional representada la muestra por 20 Enfermeras de la unidad. Aplicando una encuesta tipo cuestionario que determino el nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre el área (generalidades sobre desastres, atención y manejo de múltiples víctimas, uso de sistemas de colores para la referencia de víctimas de caso de desastres, acciones de brindadas en situación de desastre); los resultados fueron tabularon y analizaron en cuadros.

Debido a la importancia que tiene este tema en el campo de la salud pública y al desconocimiento que presenta muchas personas en el mismo, se hizo necesario la realización de este proyecto, con la finalidad de lograr que los directivos y el equipo de salud pública de este centro puedan usar esta información para reconocer las debilidades de los planes en el campo de conocimiento, así como también generar y aplicar planes de capacitación, acción y prevención en cuanto a desastres.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

Desde los inicios de la humanidad se identifican fenómenos naturales y provocados por el hombre, donde la intervención y transformación de la naturaleza a repercutido progresivamente en la frecuencia, características y gravedad de mismo, afectando tanto al individuo como viviendas, edificaciones.

Se estima que comunidades a nivel mundial, nacional y local podrían estar afectadas en un momento dado por un desastre, que altera gravemente las condiciones de vida de una población y que es ocasionada por fenómenos naturales o por efectos de la acción del hombre, requiriendo la intervención del Estado para responder en forma rápida y eficiente, de modo de permitir que las víctimas resultantes de la emergencia sean inmediatamente rescatadas del área del siniestro y reciban asistencia medica por personal calificado.

Diversos países del mundo están expuestos a fenómenos naturales o provocados, como los tornados, inundaciones, terremotos, explosiones, incendios, derrumbes, lo que los hace susceptible a la población de sufrir diversas lesiones hasta el punto de comprometer su vida.

Los desastres en cuanto a salud, abarcan una amplia gama de implicaciones derivadas no únicamente de la demanda de acción inmediata a las víctimas, sino de efectos a mediano y largo plazo, por lo que se hace necesaria la intervención de personal, organismos e instituciones capacitados para restaurar la salud y bienestar del individuo y comunidad afectada

Los países latinoamericanos son sumamente vulnerables a los desastres naturales pues un gran porcentaje de los centros urbanos se localizan en zonas riesgosas debido a que se asientan en terrenos no aptos para la construcción. Según el

informe mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 1999, la temporada de desastre de 1998 ha sido una de las peores registradas hasta el momento y causo más daños que nunca a nivel mundial. La frecuencia y severidad de los desastres naturales de origen geológico en América Latina, y con menor incidencia en el Caribe, han provocado daños considerables a la infraestructura de salud. De acuerdo a la Organización panamericana de la Salud (OPS) aproximadamente 50% de los casi 15.000 hospitales existentes en la región Latinoamericana están ubicados en zonas de alto riesgo. Solo los últimos 15 años más de 90 hospitales y 540 centros de salud han colapsado o han quedado en condiciones vulnerables que exigen su desalojo, alrededor de 24.000 camas han quedado inhabilitadas durante dicho lapso. (*Federación Internacional de la Cruz roja y la Media Luna Roja. 1988, delegación Guatemala, serie Es mejor prevenir*)

En Venezuela desde la época de la colonia existen referencias de sismos y desastres naturales, los primeros terremotos de los que se tiene conocimiento es en el año 1530 y en 1812 y 1967 ocurrió un terremoto con daños considerables motivo por el cual se crea la fundación Venezolana de investigación sismológica, siendo los últimos desastres el terremoto de 1997 que afecto a la población de Cariaco y Cumaná donde se demostró deficiencia en las construcciones aunado a la falta de conocimiento de la comunidad. Las lluvias torrenciales del 13 y 14 de Diciembre de 1999 que produjo grandes inundaciones afectando 10 estados de la parte norte de Venezuela siendo la zona más afectada el estado Vargas en donde se estiman mas de 20.000 muertos o desaparecidos y un total de 200.000 personas afectadas que tuvieron que ser desplazadas a otros estados del país.(5)

La región Centroccidental no escapa a la problemática mundial en cuanto a desastres, naturales o no, siempre ha estado amenazado por los constantes cambios ambientales por la localización y geografía, aunada a la deficiencia de la disposición de las infraestructuras concebidas para albergar seres humanos. El estado Lara, es una zona con terrenos semiáridos y vegetación xerófila en gran parte de su extensión, la cual está constituida por valles (Quíbor, Tocuyo, El Turbio) y mesetas del principio de la cordillera andina montañosa de los Andes. Desde la antigüedad esta población

ha estado afectada por los constantes cambios atmosféricos y geológicos que sufre el planeta, una de las principales es la falla de Boconó la cual, según estudios realizados por la unidad de geología de la universidad de Munich en 1985 es uno de los “accidentes geográficos más importantes para el estudio sísmico de América del Sur” tanto la falla de Boconó como las constantes lluvias que generan deslizamientos de tierras arrastrando sedimentos hacia los ríos y cuencas, representan un complejo de riesgo para las comunidades del estado. Aproximadamente un 80% de la población larense se encuentra ubicado en áreas de alto riesgo geológico. (4)

Específicamente la ciudad de Barquisimeto está expuesta a desastres, ya que por sus características geológicas, esta ubicada en la Falla de Boconó, lo que nos hace propenso a sufrir un terremoto, las frecuentes lluvias a inundaciones, experiencia vivida en 1999, cuando el Río Turbio sobrepasó el nivel de agua del cauce y con una fuerza inimaginable destruyó cinco puentes de diferentes localidades y causó cuantiosas pérdidas humanas y materiales. Por otro lado, si observamos los alrededores de nuestra ciudad, existen numerosas viviendas construidas en zona prohibidas, con la probabilidad de que ocurra deslizamiento y afectar a sus habitantes. (4)

Los desastres repentinos exigen que los profesionales de la salud y personal preparado en el área enfoquen toda su capacidad técnica y su iniciativa en la solución de los problemas bajo condiciones críticas, donde no siempre están disponibles las facilidades y los medios que se ofrecen en situaciones normales. Dentro del amplio conjunto de necesidades y su complejidad, la organización de la asistencia medica constituye sin duda el punto focal de la coordinación de la respuesta del sector salud, ya que la atención oportuna juega un papel critico para salvar vidas, esta atención en salud pese a ser oportuna, podría resultar insignificante si es desorganizada e incoherente y por tanto ineficaz e ineficiente.

Es curioso que casi todos los organismos de salud encargados de la dinámica de atención de pacientes afectados por desastres se congestionan de tal manera, que compromete al paciente. El error común asociado a las políticas de estos organismos e instituciones es el de enfocar sus esfuerzos a favor del manejo del paciente afectado,

sin criterios de emergencia, y el tipo de desastre, por ende, estos organismos e instituciones mantienen una política de atender los casos de desastres ya ocurridos y aprovechando estos eventos aplican y fomentan sus políticas de atención. Sin embargo la emergencia del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda" trabaja en conjunto con todas las unidades de dicho centro hospitalario para poder llevar a cabo el plan de contingencia en situaciones de desastres a la hora de que este ocurra igualmente trabaja en conjunto con otros centros de salud y organismos del estado para restablecer la salud de las personas afectadas contando el centro de salud con una capacidad operativa arquitectónicamente de 836 camas pero con presupuesto para de 717 camas con capacidad en cada sala de 46 camas en condiciones normales y la capacidad de respuesta en situación de saldo masivo de víctimas es de 1000 camas utilizando pasillos entre las unidades como espacios físicos para ubicar este excedente. la capacidad de respuesta de la Emergencia del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda" es de cuarenta y cuatro camas de observación de las cuales son cuatro para soporte vital avanzado, nueve cubículos de triaje, cuatro cubículos de sala de tratamiento, cinco cubículos de curas, un pabellón y una sala de radiología, contando con un personal capacitado y especializado médicos y enfermeras.

Hay signos muy sutiles que pueden indicar los potenciales riesgos de siniestros que pasan desapercibidos ante los ojos incluso de los más expertos, por el simple hecho de que los esfuerzos de los mismos se concentran en atender los casos presentes e introducir allí sus normativas.

Es de suma importancia resaltar que el personal de salud debe conocer que hacer, durante y después de un desastre ya que son las principales personas encargadas de velar por el bienestar y seguridad de las comunidades afectadas y así mitigar en la medida de lo posible las consecuencias, pero ¿tiene conocimientos el personal de enfermería en el manejo de víctimas de un desastre?, ¿Las enfermeras conocen tipo de triaje a utilizado en situación de saldo masivo de víctimas y es aplicado?, ¿saben qué hacer, durante y después de un desastre? Por lo tanto se hace necesario determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre

manejo de víctimas resultantes de desastre Y de esta manera generar un aporte a la profesión de enfermería ya que el personal de enfermería forma parte del equipo de salud encargado de restablecer el bienestar del paciente afectado y contribuir en la incorporación del individuo a la sociedad.

Objetivos

Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre manejo de víctimas resultantes de desastres en la Unidad de Emergencia del Hospital Central Universitario “Antonio María pineda” Barquisimeto junio-noviembre 2004.

Objetivos específicos

- Indagar el nivel de conocimiento del personal de Enfermería de la unidad de emergencia sobre desastres naturales
- Identificar el nivel de conocimiento personal de Enfermería de la unidad de emergencia sobre desastres provocados
- Conocer el tipo de triaje brindado por el personal de enfermería de la unidad de emergencia en el manejo de víctimas de desastres.
- Determinar el tipo de intervenciones de enfermería brindadas a las víctimas de desastres.

Justificación e Importancia

Se justifica la realización de este trabajo en vista de que son escasos los antecedentes acerca del nivel de conocimiento sobre desastres en enfermería, por lo que se hace necesario abordar este tema ya que es muy importante en el dominio de las competencias. El presente estudio puede ser ejemplo y servir de fuente a trabajos similares y así incluir a otros grupos de estudiantes del Decanato de Medicina para quienes también resulta interesante la propuesta, tomando en cuenta que en algún momento de su desempeño laboral se presentaran emergencias provocadas por

desastres naturales o provocados donde debe estar preparado fortaleciendo la práctica diaria en el campo laboral, requerida para responder en forma rápida y eficiente.

Alcances y Limitaciones

Se espera que los resultados de esta investigación sirvan de incentivo a los estudiantes, para que tomen en cuenta la importancia de profundizar y aplicar los conocimientos sobre desastres que le permitirán mejorar las competencias profesionales. Así mismo, se desea que los docentes tomen en cuenta este tema en las asignaturas clínicas, contribuyendo así en la formación integral del estudiante

Por otro lado, se espera que los resultados de esta investigación sirvan de fuente para otras investigaciones, los cuales van permitir la creación de un programa educativo referente a éste tema.

La línea de investigación a la que pertenece este estudio es de tipo ocupacional y se realizará en el área de Enfermería, específicamente con la población de profesionales de enfermería del área de emergencia del Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda” ubicado al Centro Este de la ciudad de Barquisimeto en el estado Lara, específicamente colindando al Norte con la avenida Libertador, al Sur con la avenida Las Palmas, al Este con la avenida Vargas y al Oeste con el hospital pediátrico Dr. “Agustín Zubillaga”.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes del Estudio

Hablar de desastres y de los manejos de víctimas luego de éstos es un tema muy amplio que ha sido estudiado por muchas personas desde hace ya muchos años y en todas las partes del mundo, la mayoría con el fin de mitigar la vulnerabilidad y prepararse para próximos incidentes en donde las acciones principales van dirigidas a atender y salvar la mayor cantidad de víctimas posibles, es por ello que a continuación se mencionan ciertos autores cuyas investigaciones se relacionan con el tema.

Álvarez, B. (1998) realizó un estudio titulado: *El triaje en los servicios de urgencias hospitalarios. Papel de la enfermera*”, Hospital de Cabueñes de Gijón –Asturias 1998, cuyo objetivo fue dar a conocer el perfil del profesional de enfermería encargado del triaje en los servicios de urgencia, la protocolización del triaje y las experiencias en el Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes de Gijón, la muestra fue el personal de enfermería experto y se considero experto en que llevara un mínimo de dos años en el servicio del hospital concluyendo cuando un paciente acude al servicio de urgencias del Hospital de Cabueñes de Gijón, el primer profesional sanitario que le recibe es la enfermera de la unidad de triaje, valora, priorizar su atención y le asigna a la unidad correspondiente donde un equipo de profesionales le prestara la atención necesaria, se considero que el trabajo de la enfermera es valioso, intenso, de gran responsabilidad, que requiere de una actualización inmediata y eficaces, se observo que cuentan con excelente preparación y calidad personal

Por otro lado, Formes, L. (1999) realizó un trabajo de investigación titulado *“Ubicación de áreas de atención en la unidad de emergencia pediátrica para la atención de víctimas de un sismo en la ciudad de Mérida, Instituto Autónomo*

Hospital Universitario de los Andes (1999)" de tipo analítico experimental, cuyo objetivo fue: Diagnosticar el estado actual de los lineamientos empleados para evaluar y clasificar y distribuir víctimas de un sismo en la unidad de Emergencia Pediátrica por medio de la realización de un simulacro; tomando como población 52 niños para simulacro en edades comprendidas entre 10 – 12 años; estudiantes de 6to, 7mo y 8vo Año de la Escuela Básica "José María Velaz", ubicado cerca del Hospital Universitario de Los Andes donde se concluyó que la carencia de entrenamiento especializado condujo a múltiples conductas administrativas y asistenciales inapropiadas, en la atención e implementación del sistema de clasificación de pacientes según su condición clínica, surgiendo un sistema tentativo en la Sala de Emergencias Pediátricas para clasificar y distribuir por área de atención a las víctimas de un siniestro, así como la necesidad de desarrollar y ejercitar un plan de atención medica en situación de desastre para el Instituto Autónomo del Hospital Universitario de los Andes como preparativo para un efectivo desempeño del personal hospitalario ante situaciones de desastre.

Así mismo Ivelte, A. (2003) realizó un trabajo de investigación titulado "*Nivel de Preparación del Equipo de Salud ante una situación de desastre con saldo masivo de víctimas en el Ambulatorio Urbano Tipo III, La Carucieña Junio – Noviembre 2003*"; cuyo objetivo fue: Determinar el nivel de conocimiento y preparación del Equipo de Salud del Ambulatorio Urbano Tipo III La Carucieña ante una situación de desastre con saldo masivo de víctima, a través de un estudio descriptivo de corte transversal, tomando como población a 169 personas que laboran en el ambulatorio organizados en dos grupos médico-asistencial y obrero-administrativo concluyendo los resultados obtenidos en el presente estudio permitió demostrar que el nivel de conocimiento sobre generalidades y prevención resultó 89% y 86.5% ubicándolos en dicha en la categoría satisfactorio. Aunque el Ambulatorio como tal su estructura física y financiera, sería insuficiente para la atención de situación de desastres con saldo masivo de víctimas; y la inexistencia de un plan de respuesta a estas situaciones coloca el Ambulatorio en un nivel de preparación no adecuado.

Los estudios realizados están dirigidos a determinar el conocimiento y la preparación del personal en el manejo de eventos con saldo masivo de víctimas en las comunidades y equipo de salud, por lo cual los antecedentes expuestos tienen relación con el estudio que se realizara, ya que va dirigido al personal de Enfermería para determinar el nivel de conocimiento sobre manejo de víctimas y de esta manera identificar la capacidad resolutive en cuanto a conocimiento del personal de enfermería en el manejo de dichas situaciones.

Bases Teóricas

Un desastre puede definirse como un fenómeno que altera gravemente la condición de vida de una población y que es ocasionado por fenómenos naturales o por efecto de la acción accidental del hombre, requiriendo de la atención del estado para el proceso de reconstrucción y rehabilitación de la infraestructura de la comunidad afectada, la Organización Mundial de la Salud define el término desastres como un evento súbito que rebasa la capacidad de respuesta del sistema.

La trascendencia de la definición de la OMS estriba en una relación entre el evento catastrófico y la capacidad que tiene el sistema afectado para poder hacerle frente. Por eso, en sistemas con poca capacidad de respuestas, se consideran desastres aquellos eventos que afectan a sistemas con capacidad de respuestas adecuadas, se podrían considerar incidentes mayores o menores y, no como desastres. (13)

Es importante diferenciar entre una calamidad pública y emergencia donde la calamidad es cuando se produce alteraciones de las condiciones de vida porque no implica la misma gravedad, ya que sólo se llevan a cabo labores de rehabilitación; el término emergencia es cuando surgen fenómenos inesperados dentro de los factores conocidos, causando daños sin exceder la capacidad de respuesta en la comunidad; también es importante saber que un accidente es un hecho cualquiera a consecuencia del mal, algunas personas resultan lesionadas, otros pierden la vida y además se producen daños materiales.(6)

Las nociones de peligro y riesgo nos remiten, en primera instancia, al momento de la prevención. En este momento las instituciones sociales

correspondientes al aparato científico y a la autoridad han tenido un papel preponderante; unas veces con deficiencias derivadas del alejamiento existentes entre dos instituciones, otras según sea el desarrollo socioeconómico de la sociedad en particular Venezuela, el conocimiento producido o buscado en la esfera científica atiende básicamente tres aspectos además del tecnológico, que son: conceptual, histórico y empírico. Estos tres tipos de conocimientos tienden a hacer más permisible la caracterización espacial y temporal de los peligros, riesgos, vulnerabilidades y, por supuesto, formas para esclarecer no solo la esencialidad sino la manera como debe investigarse un fenómeno desastroso, desde sus potencialidades hasta su desenlace y posibles consecuencias. (11)

Tradicionalmente se han clasificado los desastres como naturales o provocados por el hombre. Esta clasificación ha sido recientemente cuestionada por antropólogos y sociólogos interesados en la materia; dicen un huracán o un sismo no son desastres pero se convierten en desastres cuando afectan el sistema.

Es relevante aclarar que es esencial la presencia de personas afectadas para hablar de desastres naturales o provocados por el hombre, los cuales han sido clasificados en desastres naturales repentinos (desastres biológicos, topológicos, tectónicos); naturales de gestación lenta y larga duración (mala cosecha, epidemias) los desastres naturales repentinos(antropológicos) y de gestación lenta (conflictos nacionales e internacionales, población desplazada); los desastres naturales representan el 35% de los informados y ocasionan 3 millones de muertos encabezados por las inundaciones.(6)

De la misma manera los desastres según su origen su origen pueden ser Geológicos (erupciones volcánicas, sismos), Hidro-meteorológicos (huracanes, inundaciones), Sanitario-ecológicos (pandemias, contaminación); Socio-organizativos (guerras civiles, eventos artísticos y deportivos); Tecnológicos (explosiones, fugas radioactivas).

Algunos parámetros para determinar la severidad de un desastre son el Número de muertos, lesionados, damnificados, Daños Materiales, Afectación a las vías de comunicación, Afectación a la vida política y económica del país. (13)

En la clasificación rápida de los casos de urgencia según la prematura con que se requiere el tratamiento; el triaje es una de las funciones y responsabilidades más importantes del equipo de salud.

Por lo tanto, es conveniente conocer sobre el triaje o la clasificación, es un término de origen francés, actualmente aceptado por toda la comunidad médica mundial y que significa clasificación de pacientes según su estado de salud. Genéricamente consiste un conjunto de procedimientos sencillos, rápidos y repetitivos, efectuados entre cada una de las víctimas que en su momento demandan asistencia y que orientan sobre unas posibilidades de supervivencia como consecuencia del proceso que la afecta; requieren no sólo de conocimientos básicos y externos en cirugía, medicina, toxicología, psicología y psiquiatría, sino en la capacidad de poner en práctica estos conocimientos en medidas eficaces e inmediatas bajo circunstancias de estrés.

En situación de accidentes masivos, la encargada del triaje debe ser la persona más adiestrada y experimentada que se encuentre disponible para así clasificar según el orden de prioridad o el tratamiento individual; el orden acostumbrado de medios terapéuticos es el siguiente:

1. Suprimir la hemorragia importante que se pueda controlar en el sitio periférico.
2. Tratamiento de las vías respiratorias, respiración o ventilación.
3. Restablecimiento de la circulación.
4. Inmovilización de fracturas de huesos importantes.
5. Tratamiento de choque
6. Restablecimiento de la temperatura corporal normal.
7. Tratamiento de infecciones notables.
8. Tratamiento de lesiones masivas de tejidos blandos.

9. Otras medidas apropiadas en el tratamiento de la enfermedad o lesión específica

Igualmente es necesario conocer la clasificación de prioridades en accidentes masivos. En caso de accidentes masivos hay que tratar en primer lugar a las personas con lesiones graves, que puedan sobrevivir con la atención inmediata que le pueda proporcionar y que de otra forma no sobreviva.

1. A todas las víctimas se les debe ayudar por control periférico de la hemorragia importante y vigilando rápidamente las vías respiratorias, ordenar la oclusión de cualquier herida torácica con aspiración antes que nada.
2. Atender según la gravedad de la lesión (menor, moderada, grave).
3. A las víctimas se les debe colocar una tarjeta o etiquetas que indique si se han evaluado y si ya se ha determinado su prioridad de atención. La decisión más simple es atender ahora o atender después, utilizar la tarjeta o etiqueta de colores. El START (traje simple y tratamiento rápido) se debe efectuar un reconocimiento sencillo, completo, rápido clasificado en grave, muy grave, menos grave, irrecuperable asignado una categoría, una cadena de tratamiento e incluyendo prioridad. Todo paciente clasificado se etiqueta, abarcando los colores rojo, amarillo, verde, negro, según el tipo de víctima, ya que es una herramienta en saldo masivo de víctimas. Sus parámetros se evalúan menor a un minuto:
 - a) Habilidad para caminar
 - b) Frecuencia respiratoria
4. Circulación (llenado capilar)
5. Estado de conciencia (respuestas a preguntas)
6. Las víctimas se evalúan de nuevo en el primer hospital de recepción más cercano.
7. El triaje, para que sea eficaz, debe coordinar eficientemente con el transporte, por medio de dirección centralizada.

La codificación propuesta por el sistema METAG (sistema de tarjeteo) como es:

Color Rojo

- Prioridad 1
- Codificación: grave con altas posibilidades de sobrevivir.

Color Amarillo

- Prioridad 2
- Condición: Necesita traslado. Puede esperar.

Color Verde

- Prioridad 3
- Condición: Traslado diferido o por sus propios medios.

Color Negro

- Prioridad 4/0
- Condición: no salvable.(10)

Existen diversos programas para desastres del servicio medico de urgencias en casos de accidentes masivos, donde el equipo de triaje debe llevar a cabo con rapidez un estado inicial de todas las víctimas, al ocuparse en fase inicial sólo de la ventilación es decir de la vía aérea con tanta rapidez como sea posible y contención de hemorragia importante, se ponen etiquetas a las víctimas a medida que se conoce su estado de prioridad; los pacientes en riesgo ambiental inmediato (humo, incendio, tóxicos, entre otros) se mueven primero, se establece un Centro de Control de Accidentes (CCI) y Estación de Reunión de Pacientes (ERP) en sitios seguros y convenientes para alojar allí a las víctimas.

Se debe establecer de inmediato contacto con los hospitales y cuarteles generales para casos de desastres con objeto de comunicar las necesidades de suministro y personal. Los paramédicos inmovilizan por completo a los sujetos más gravemente lesionados, los pacientes se colocan en fila de prioridad (según las etiquetas que aplicó el equipo de triaje, aquellos con

En cuanto al suministro y personal, (la movilización de suministro y personal necesarios) etiqueta roja (primera prioridad) se ponen más cerca de la zona de

llegadas de las ambulancias según corresponda a la magnitud del desastre, debe comenzar de inmediato de acuerdo al plan anterior.

El personal incluye médicos, cirujanos, enfermeras, paramédicos y personal de seguridad. Los descontaminadores son esenciales no sólo para reducir la exposición adicional de las víctimas a sustancias tóxicas, sino para proteger el personal médico y de urgencia contra la exposición secundaria al momento de atender a las víctimas.

Las etiquetas que indican el estado de afán a la víctima, permiten dar continuidad de los cuidados y ahorro de tiempo. Los sujetos más gravemente lesionados requieren admisión, el Departamento de Admisión Hospitalaria debe comunicar al Cuartel General para la aparición de desastre, su capacidad de ocuparse de más víctimas, y es responsabilidad de todos los aspectos de los registros de los pacientes.

Debe crearse una zona de morgue, separada de las zonas de tratamiento. Es esencial el personal de seguridad (policías, guardias de seguridad) para proteger y auxiliar a las víctimas y personal, dirigir el flujo de tránsito y conservar la ley y el orden. Debe cubrirse las necesidades de alimento y líquidas de las víctimas y el personal. Se logra el abarcamiento máximo sólo por la cooperación plena y disciplina de todo el personal que participa en la operación. Los habitantes inquietos, pacientes y representantes de los medios de comunicación necesitan una diseminación bastante rápida de la mejor información disponible, que le brinda en forma tranquila.

El Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda” en la Emergencia General cuentan con una fase de activación Hospitalaria ante un accidente:

1. *Notificación*: se realiza la interconexión con todos los centros de salud del estado a través de radiocomunicaciones, realizando el reporte inmediato del hecho; conocimiento del tipo de accidente, numero de lesionados, condiciones clínicas de los pacientes, decisión de traslado a otros centros de salud más cercanos y con posibilidades de atención para el tipo de lesión ejemplo hospital del seguro social-hospitales tipo III.

2. *Activación:* se prepara el área de shock con material y equipos necesarios, las áreas de la emergencia se encuentran divididas para llevar a cabo el triaje; trauma shock ubican a las víctimas con tarjeta roja el personal encargado son médicos especialistas y licenciadas en enfermería con experiencia; sala de curas ubican a las víctimas con tarjeta amarilla personal encargado médicos residentes y auxiliares de enfermería; consulta las víctimas con tarjeta verde personal encargado es de menor complejidad.
3. *Puesta en marcha:* llegada de los lesionados se realiza atención inmediata, realización de procedimientos especiales de acuerdo al caso; toma de vía central, toracotomías, paracentesis, intubación endotraqueal, etc.; y dejar en observación o conducta quirúrgica de acuerdo al caso.
4. *Recuperación:* retomar labores rutinarias del servicio
(Información aportada por el Departamento de medicina preventiva de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Decanato de Medicina)

Intervención de Enfermería en Situación de Desastre en el Área Hospitalaria

El personal de enfermería realiza la valoración inmediata de la víctima, La revisión inicial está enfocada a identificar el potencial de las lesiones que pueden causar la muerte. Entre las prioridades inmediatas de la atención, están las funciones necesarias para mantener a las víctimas con vida, como son la respiración y la circulación eficaces. Si cualquiera de las dos falta o es inadecuada, debe iniciarse inmediatamente el tratamiento apropiado, sin perder segundos preciosos

Las vías respiratorias y la columna cervical, la prioridad máxima es la valoración rápida de las vías respiratorias del paciente. El paso inicial en el suministro de oxígeno es el desplazamiento del aire de la atmósfera hacia los alvéolos y esta función requiere que las vías respiratorias estén despejadas y haya una ventilación apropiada. La ventilación inadecuada ocasiona hipoxemia e hipoxia inmediatas y cuando el oxígeno deja de llegar al cerebro, se provoca una lesión irreversible en un término de 5 minutos. Considere rápidamente la posición de la víctima, la naturaleza de la obstrucción de las vías respiratorias y la forma de

despejarlas. Al realizar esta valoración tenga en mente que si el paciente presenta fracturas y cortaduras en la cara y está inconsciente, quizá hubo suficiente fuerza en el impacto como para fracturar alguna vértebra cervical.

La causa más común de obstrucción de las vías respiratorias es la lengua de la víctima. Sin embargo, cuando existe la posibilidad de una lesión de las vértebras cervicales no conviene ladear o inclinar la cabeza del paciente ni levantarle la barbilla en un intento de despejar la obstrucción, ya que esto provoca la hiperextensión del cuello. Un movimiento similar podría transformar una fractura de la columna cervical sin daño medular.

La columna cervical debe inmovilizarse con la mayor rapidez posible. Cualquier transferencia o movimiento del paciente debe hacerse sólo si la persona que lo atiende le conserva la cabeza y el tronco alineados y desplaza el cuerpo girándolo sobre sí mismo como un todo.

La Respiración en segundo término, se debe valorar la respiración. La ventilación de los pulmones depende no sólo de las vías respiratorias, sino también de los alvéolos, de los huesos rígidos que forman el tórax, así como de la integridad de los nervios y músculos que controlan los movimientos de las costillas y del diafragma. La enfermera debe iniciar la exploración de la respiración al colocar su oído sobre nariz y la boca de la persona para verificar que haya el intercambio de ventilación. Tomar el pulso en la muñeca o el cuello del paciente, para valorar la circulación. Es importante que el tórax esté al descubierto para así; observar los movimientos respiratorios. Si no se percibe ningún esfuerzo espontáneo de respiración o éste es demasiado débil, habrá que iniciar y continuar la ventilación asistida.

Circulación el siguiente paso en la exploración es la circulación. Sin embargo, medir la presión arterial en la revisión primaria no constituye un estudio útil en ese momento. Simplemente con tomar el pulso se pueden obtener datos importantes acerca del rendimiento cardiaco. El pulso puede ser valorado rápidamente en cuanto a sus características, frecuencia y regularidad. Si se palpa en la arteria radial cabe suponer, en términos generales, que la presión arterial es mayor de 80 mm Hg. Si es

palpable el pulso femoral, la presión sistólica es superior a 70 mm Hg.; y mayor de 60 mm Hg. si se palpa el pulso carotídeo. El tiempo que tardan en llenarse los capilares puede determinar rápidamente si el volumen de sangre es el adecuado. Una prueba capilar de la parte blanca o matriz de la uña muestra la normalización del color debajo de ella en un término de 2 o 3 seg., en un paciente normovolémico.

Si la sangre que sale en chorro denota hemorragia arterial, habrá que aplicar presión directa a la herida, y si no se obtienen buenos resultados con esta maniobra, localice el punto más cercano de presión entre la herida y el corazón y aplique presión con 3 dedos y no simplemente con el pulgar o con un dedo.

La hemorragia interna es más difícil de valorar, pero puede detectarse por medio de los signos y síntomas de una conmoción hipovolémica. Entre los sitios más probables en donde se puede presentar la pérdida "oculta" de sangre están el tórax, el abdomen, pelvis, el plano retroperitoneal o los muslos. Por ejemplo, cada hemitórax puede contener, incluso, más de dos litros de sangre.

Cuando hay Nivel de Urgencia, Mientras la enfermera realiza las valoraciones y tratamientos iniciales, también valora el nivel de conciencia de la víctima, tal como lo indiquen el estado de alerta y la orientación de la reacción del paciente. La orientación respecto al tiempo, el sitio y la persona denotan el funcionamiento cerebral. El nivel de conciencia puede significar cosas diferentes para distintas personas, y para una revisión inicial rápida, el método ABDS (en inglés AVPU) es sencillo, uniforme y fácil de recordar.

A = Alerta

B = Respuesta a estímulos bucales

D = Respuesta a estímulos dolorosos

S = Sin respuesta

Durante la revisión inicial, ABCs o RRR CCC, (vías respiratorias, ritmo de la respiración y circulación, vértebras cervicales y conciencia), se trata de obtener una descripción de lo que ocurrió, principalmente los mecanismos posibles de lesión, para ayudarse a determinar cuales fueron las áreas u órganos que posiblemente sufrieron algún daño en particular. Por ejemplo, la revisión de la escena del accidente y sus

alrededores puede aportar pistas útiles para entender el mecanismo de la lesión y del traumatismo resultante. En términos generales, entre mayor sea la velocidad con que se desplazaba el vehículo, mayor será la lesión. Las quemaduras señalan a la enfermera, los peligros de que haya ocurrido la inhalación de humo y la intoxicación por monóxido de carbono, así como la presencia de quemaduras en las fosas nasales, la boca y la faringe, por lo cual debe brindar acciones que contribuyan en el alivio del dolor evitar la infección, limpieza de las zonas menos afectadas, utilizando técnicas de asepsia que favorezcan la disminución de microorganismos que puedan conllevar a complicaciones de la víctima; las heridas por arma de fuego por lo regular ocasionan hemorragias internas, perforaciones y fracturas. Toda la información de esa índole obtenida del personal de rescate es útil para determinar la posibilidad de lesiones específicas.

Entre los signos que indican empeoramiento del estado de la víctima están los siguientes:

- Piel fría y húmeda
- Palidez cenicienta que denota una menor aspersión de los tejidos, y reacciones de tensión debido al aumento de la actividad del sistema nervioso simpático
- Diaforesis, respuesta de origen simpático que surge en etapas finales
- Cianosis, que denota lentitud de la corriente sanguínea, volumen proporcionalmente bajo de hemoglobina, y con ello disminución del contenido de oxígeno de la sangre
- Alteración del nivel de conciencia, la cual inicialmente asume la forma de angustia, nerviosismo e irritabilidad, a medida que el sistema nervioso simpático intensifica la secreción de epinefrina, y más tarde se manifiesta en forma de apatía, letargo, confusión e inquietud, conforme el cerebro recibe sangre y glucosa en cantidades insuficientes

Esta valoración inicial puede completarse en un término de 60 a 90 segundos y así se asegura que las condiciones que amenazan la vida pueden ser determinadas y tratadas adecuadamente. La persona que toma la decisión, que es la enfermera, afronta esta situación en un clima de inseguridad y tensión por lo que, Conviene usar

una lista de la toma de decisiones, en cada fase del proceso asistencial. En ella se incluirían dos preguntas generales:

1. ¿Qué es lo que tratamos exactamente de decidir?
2. ¿En que etapa o fase de la solución del problema estamos?

Para cada fase o etapa se formularían preguntas adicionales:

- ¿Que personas deberían intervenir?
- ¿En qué forma? (directa, por consulta o información)
- ¿En qué momento deben intervenir dichas personas?
- ¿Es alguna persona encargada de que todo lo planeado se lleve al cabo?

Las enfermeras como personal de salud tiene como objetivo contribuir en el mantenimiento y restablecimiento de las víctimas afectadas, por ende debe llevar a cabo la atención del paciente en cada uno de los niveles de atención iniciando con la prevención primaria comienza antes de que acontezca una calamidad, comprende todos los aspectos de planificación del suministro de atención medica y de enfermería y la preparación de las actividades básicas de la vida diaria en condiciones de desastre. Considera los posibles peligros de seguridad e intenta aminorar las situaciones riesgosas del medio ambiente. Por ejemplo, habrá que designar otras fuentes de alimentos y agua si las que se utilizan normalmente llegaran a contaminarse o fueran inaccesibles.

Los programas de fomento de la salud pueden estar diseñados para alentar las medidas de auto auxilio como el almacenamiento de alimentos, y agua dentro del hogar y entrenamiento en primeros auxilios. Las intervenciones específicas como la prevención de enfermedades infantiles y la distribución de suplementos nutritivos a los pobres, deben ayudar a conservar los niveles altos de salud en la comunidad y a evitar algunos posibles peligros contra éstos en un desastre.

Los programas sociales comunitarios son importantes porque las personas cuya salud emocional es satisfactoria tienen mayor fortaleza para superar las crisis generadas por los desastres. Las comunidades podrán adaptarse mejor a las nuevas

exigencias y dificultades si han logrado una estabilidad y sus miembros cuentan con apoyo físico y social adecuado.

La prevención primaria también aminora la vulnerabilidad de las personas al mejorar su capacidad para reaccionar ante una catástrofe. Las comunidades cuyos integrantes tienen una conciencia muy clara de las posibilidades de que surja un desastre, pueden reaccionar con mayor rapidez y productividad.

Las medidas de prevención secundaria asumen importancia durante las etapas de impacto, rescate y socorro en un desastre. Las instalaciones para casos agudos pueden estar totalmente saturadas con heridos y por tal motivo, las enfermeras de la comunidad pueden organizar y supervisar la atención a personas enfermas y lesionadas, ya sea en el hogar o en el centro hospitalario. Ellas pueden asumir tareas de enseñanza y consulta, en conjunto con la comunidad y miembros del equipo de salud. (13)

Ética en Situación de Desastres

Según Cantavella (2002) una catástrofe es un suceso nefasto, por lo general imprevisto y violento, que puede producir mucha destrucción material, importante desplazamiento de población, gran número de víctimas y significativa desorganización social; todas estas consecuencias o solo algunas de ellas pueden estar presentes, dependiendo del tipo de catástrofe y de la circunstancia bajo las cuales ésta tiene lugar.

El término “catástrofe” no incluye los conflictos armados, internacionales o internos de un país, aún cuando son situaciones catastróficas que, además de las consecuencias anteriores producen otras más.

Las catástrofes, sean éstas naturales como los terremotos, tecnológicas como los accidentes nucleares, químicos o fortuitas como los descarrilamientos de trenes, se caracterizan por diversos elementos que causan problemas particulares derivados del carácter imprevisto con el que se presentan y de la necesidad de una rápida intervención de auxilio, tanto a lo referente en recursos médicos como de otra índole. La necesidad urgente de recursos en número superior a lo que generalmente se

dispone, determina situaciones que requieren de la mayor eficacia y eficiencia a fin de salvar el mayor número posible de vidas, los cuales se dificulta debido a que frecuentemente están presentes alteraciones del medio ambiente producidas por los daños que ocasionó la propia catástrofe. Haciendo difícil y peligroso el acceso a las víctimas.

Las catástrofes inician una acción multidisciplinarias que pone en marcha numerosos tipos de ayuda, que van desde el transporte y aprovisionamiento de alimentos, hasta la atención medica. Sin embargo, estas ayudas deben siempre estar sujetas a una estructura de seguridad, sea ésta la policía, los bomberos, el ejército, etc., pues para que estas operaciones tengan éxito se requiere de una autoridad eficaz y centralizada que coordine las acciones públicas y privadas.

En estas circunstancias, tanto los servicios de rescate como el personal de salud se enfrentan a una situación excepcional donde la ética hacia la colectividad se combina con la ética individual en un contexto emocional irritante.

Los escasos recursos médicos, las frecuentes alteraciones del terreno y el aumento de heridos en un corto lapso de tiempo, plantean diversos problemas éticos que se agregan a los técnicos y a los de organización.

En consecuencia, la Asociación Médica Mundial (AMM) recomienda las siguientes normas éticas en el marco de la función del personal de salud en situaciones de catástrofes:

Selección de las víctimas. Introduce un problema ético ya que existe una desproporción entre los necesarios recursos de tratamiento que deben estar disponibles e inmediato y la gran cantidad de víctimas con distintos grados de gravedad. La selección debe regirse por estricto criterio médico, priorizando el acceso al tratamiento según la gravedad y edad de las víctimas. Esta selección debe realizarse rápidamente pues no hay tiempo para plantear consideraciones derivadas de estudios especiales que pudieran afinar el pronóstico. Al seleccionar a los pacientes que pueden ser salvados, el médico debe considerar sólo el grado de emergencia, obviando cualquier consideración basada en criterios no médicos. En lo posible, la

selección debe estar a cargo de un médico con experiencia y suficiente autoridad para que todos respeten su criterio.

Clasificación de las víctimas

- Heridos recuperables en peligro de muerte que deben ser atendidos de inmediato o cuyo tratamiento debe asegurarse lo antes posible.
- Heridos que requieren atención urgente, sin peligro inminente de muerte y que por lo tanto pueden esperar un tiempo suministrándole los cuidados pertinentes
- Heridos leves que solo necesitan atención simple y que pueden ser atendidos posteriormente por el personal de salud de los diferentes niveles
- Víctimas en estado de shock que necesitan recuperarse y que no pueden ser atendidas de forma individual, pero que necesitan mejorar o tomar un sedante, en caso de que estén muy afectadas
- “Urgencias Sobrepasadas”: En situación de desastre pueden existir heridos que requieren recursos terapéuticos no disponibles y cuyo estado de salud es en extremo grave e irrecuperable; por ejemplo, personas afectadas por radiaciones y quemaduras extensas y profundas, o casos quirúrgicos complejos que ameriten delicadas y prolongadas operaciones. Estos heridos son clasificados por la AMM como “urgencias sobrepasadas”; no suministrar la ayuda pertinente a una persona en estas condiciones no se considera, en estos casos, abandono; puesto que, en situación de catástrofe, se trata de salvar el mayor número de heridos recuperables. Desde el punto de vista ético, el problema de la selección y de la actitud a tomar en los casos de urgencias sobrepasadas, se inscribe en el marco de la distribución inmediata de los recursos disponibles en circunstancias excepcionales de fuerza mayor. Es importante que se evalúen constante y regularmente los heridos a fin de detectar cambios en el estado de un paciente que lo ubicarían en otra categoría distinta a la que fue clasificado inicialmente.

La atención médica es obligación ineludible del médico. Prestar atención a todo aquel que lo requiera sin esperar que esta sea solicitada. Esto incluye, además de

las acciones técnicas, el duelo, es decir, el respeto a la dignidad y a la moral de las víctimas y los familiares, y el acompañamiento de los sobrevivientes, reconociendo y dando apoyo a la angustia psicológica. Debe mantenerse la imparcialidad y el respeto a las costumbres, ritos y religión de las víctimas.

La Confidencialidad Aún en situación de catástrofe, cuando el médico tenga que enfrentarse a los medios de comunicación y a terceras personas, debe resguardar el carácter confidencial de la información de los pacientes; además de ser cauto y objetivo, actuando con dignidad con relación al clima emocional y político que se vive en las situaciones de catástrofes.

Responsabilidad. La asociación médica mundial ha solicitado a todos los estados miembros y compañías de seguros que establezcan una responsabilidad menor o sin culpa y cubran la responsabilidad civil y los daños personales que puedan producir los médicos, cuando prestan atención médica en las situaciones de catástrofes o urgencias. Además la AMM solicita a los gobiernos que ayuden, protejan y acepten las acciones de los médicos extranjeros, sin discriminación de raza, religión, etc.

Para la realización del estudio se aplicó la teoría de Sor Callista Roy, ya que ella propuso su modelo de adaptación como un marco de referencia para el ejercicio, la investigación y la formación de Enfermería, dotando su modelo de valores humanos, utilizando a Maslow para explorar estos valores definiendo que el humanismo en enfermería puede verse como la creencia en el poder creativo de uno mismo y en que las propias capacidades de afrontamiento de las situaciones permitirán mejorar el bienestar propio.

Roy define a Enfermería como las actividades que comprenden la valoración de la conducta y de los estímulos que influyen en la adaptación. Los criterios aplicados se basan en esta valoración y las intervenciones se planifican de manera que respondan a estos estímulos; el objetivo de enfermería según Roy consiste en ayudar a las personas a adaptarse a los cambios que se producen en sus necesidades fisiológicas, su auto concepto, el desempeño de roles y en sus relaciones de

interdependencia durante la salud y la enfermedad, visualizando a la persona como un ser biopsicológico en constante interacción con un entorno cambiante, siendo esta el receptor de la asistencia sanitaria, como un sistema vivo, complejo y adaptativo (necesidades fisiológicas, auto concepto, función del rol e interdependencia).

Roy precisa al entorno como el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y la conducta de las personas y los grupos. Un entorno cambiante estimula las respuestas de adaptación de las personas; el entorno es la información que entra en la persona considerada como un sistema adaptativo que comprende factores tanto internos como externos, sin embargo, todo cambio en el entorno demanda una cierta energía para adaptarse a la situación clasificándose estos factores en estímulos focales, contextuales y residuales.

Esta teoría se aplica al presente trabajo de investigación ya que sugiere al humanismo como la fuerza que mueve a Enfermería basado en valores que van a permitir que la enfermera pueda hacer frente a todo tipo de situación que se le presente, siempre tomando en cuenta las bases científicas, para así ayudar a cualquier individuo al proceso de adaptación de un entorno cambiante que por lo general se presenta luego de un desastre ya que las condiciones en las que se encuentren en ese momento pueden afectar el desarrollo del individuo o grupo de individuos víctimas de resultantes de desastres siendo la enfermera como miembro del equipo de salud la persona indicada para guiar a estas víctimas en la inesperada situación que afrontan.

Definición de Términos

- *Accidente masivo*: Se refiere a desastres que ocurren en una localidad, sin que haya fenómenos similares en pueblos o condados vecinos. Algunos usan el término múltiple para referirse de 10 a 100 casos y masivo para indicar accidentes que afectan cientos o miles de personas.
- *Accidente*: Es un hecho cualquiera a consecuencia del cual algunas personas resultan lesionadas, otras pierden la vida y además se produce daños materiales. Un accidente que ocasione demandas que excedan la capacidad de respuestas de la comunidad afectada, constituye un desastre.

- *Amenaza*: Probabilidad de que un fenómeno, de origen natural o humano, se produzca en un determinado tiempo y espacio. Peligro (potencial) de que las vidas o bienes materiales humanos sufran un perjuicio o daño.
- *Desastre*: en Europa se usa más el término catástrofe, igualmente lo usan en Colombia. Los bomberos en su jerga utilizan la palabra siniestro, al igual que las compañías de seguro y los medios de comunicación prefieren el vocablo tragedia. Hecho de rebasar la capacidad de respuesta de la comunidad donde sucedió el evento. Todo accidente que entraña y tiene: A.- Efecto sorpresa. B.- Aflujo masivo de víctimas, heridos, muertos y damnificados. C.- Daños materiales importantes y extensos. D.- Saturación rápida de los medios de atención médica. Cualquier evento o suceso que ocurre, en la mayoría de los casos, en forma repentina e inesperada causando sobre los elementos sometidos, alteraciones intensas, representadas por la pérdida de vida y salud de la población, la destrucción o pérdida de los bienes de la comunidad.
- *Desastres Antrópicos*: provocados por el ser humano y su tecnología: a) Conflictos armados de tipo regular e irregular. B) Accidentes causados por fallas tecnológicas, explosivos, incendios, intoxicaciones, accidentes de transporte terrestre, aéreo o marítimo. C) contaminación atmosférica, de los alimentos y de las aguas. D) violencia social: huelgas, manifestaciones y disturbios
- *Desastres biológicos*: causados por epidemias y plagas
- *Desastres meteorológicos*: Este grupo de desastre implica vientos destructivos como ciclones, huracanes, tifones, tormentas, tornados y trombas marinas
- *Desastres tectónicos*: Dentro de este grupo de desastre están los movimientos sísmicos.
- *Desastres topológicos*: Dentro de este grupo de desastres naturales se encuentran los derrumbes, deslizamientos, avalanchas deslaves e inundaciones.
- *Emergencia*: Situación fuera de control que se presenta por el impacto de un desastre.
- *Estado de emergencia*: El que un gobierno declara como fuera del normal desarrollo de la convivencia ciudadana, reforzando el poder ejecutivo para

controlar la situación y aplicar las medidas pertinentes, sin la oposición ni las trabas legales normalmente reconocidas como válidas

- *Falla geológica*: Fractura en una masa rocosa, a lo largo de la cual se producen desplazamientos de los bloques originados.
- *Fenómeno natural*: Manifestación de la fuerza de la naturaleza.
- *Huracán*: También llamado ciclón se define como fenómeno meteorológico de la atmósfera baja, que puede describirse como un gigantesco remolino en forma de embudo. Puede alcanzar un diámetro de cerca de 1000 Km. Y una altura de 10 Km. Produce vientos con velocidades superiores a los 200 Km./Hora y con ráfagas de hasta 400 Km./Hora, trayendo consigo fuertes lluvias.
- *Incendio*: Fenómeno que se presenta cuando uno o varios materiales inflamables son consumidos en forma controlada por el fuego, generando pérdidas en vidas o/y bienes. Para que se produzca fuego es necesario que existan tres elementos: material combustible, oxígeno y una fuente de calor
- *Incidente*: Es un suceso de importancia menor cuya ocurrencia se derivan pocos o ningún daño a las personas o los bienes materiales
- *Inundación*: Se define como aumento anormal en el nivel de las aguas, provoca que los ríos se desborden y cubran en forma temporal, la superficie de las tierras que se ubican en sus márgenes.
- *Maremoto*: Serie de grandes olas marinas originadas por los desplazamientos de agua provocados por sismos cuyo epicentro se encuentra en fondos oceánicos. Pueden alcanzar varios mts. de altura y se desplazan a velocidades de hasta algunos centenares de millas/ horas
- *Mitigación*: Significa actuar antes de que ocurra un desastre, para reducir al mínimo las pérdidas humanas y materiales. La mitigación puede considerarse como “Prevención en un mundo imperfecto”, es el resultado de una intervención dirigida a reducir riesgos.
- *Múltiples Víctimas*: Prevención: Medidas diseñadas para proporcionar protección completa frente a los desastres naturales mediante el control de los efectos de los fenómenos naturales.

- *Riesgo*: (1) Es el resultado de una evaluación, generalmente probabilística, de que las consecuencias o efectos de una determinada amenaza exceda valores prefijados. (2) Corresponde el grado de pérdidas esperadas frente a la ocurrencia de un fenómeno de la naturaleza. El nivel de riesgo se encuentra íntimamente relacionado con el nivel de protección considerado en la estructura. (3) Es la probabilidad de que acontezca un hecho indeseado o un daño. (4) Probabilidad de daños sociales, ambientales y económicos, en un lugar dado y durante un tiempo de exposición determinado, esquemáticamente hablando, es el resultado de una o varias amenazas y los factores de vulnerabilidad. $V * A = R$
- *Saldo masivo de víctimas*: o Múltiples víctimas (1) Cuando la cantidad de víctimas o agraviados sobrepasa la capacidad operativa del centro de salud o institución donde son atendidos. (2) Referente a más de 10 víctimas producto de un accidente o desastre.
- *Sismo*: Movimiento vibratorio que se origina en zonas del interior de la tierra y que se propaga en todas las direcciones por los materiales de la misma en forma de ondas elásticas, denominadas ondas sísmicas.
- *Temblor*: Movimiento involuntario, repetido y continuado. Terremoto
- *Terremoto*: El terremoto consiste en la vibración de la corteza terrestre ocasionada por la liberación repentina de energía que se da al producirse movimientos de reajuste en las placas internas del globo terráqueo.
- *Triaje*: o clasificación, es un término de origen francés, actualmente aceptado por toda la comunidad médica mundial y que significa clasificación de pacientes según su estado de salud. Genéricamente consiste en un conjunto de procedimientos sencillos, rápidos y repetitivos, efectuados sobre cada una de las víctimas que en ese momento demandan asistencia y que orientan sobre sus posibilidades de supervivencia como consecuencia del proceso que le afecta.
- *Vulnerabilidad*: es una medida de la susceptibilidad o predisposición intrínseca de los elementos expuestos a una amenaza de sufrir un daño o pérdida, debido a posibles acciones extrínsecas. 2) es el potencial de riesgo capaz de ocasionar un

desastre si no se le neutraliza o se toman las medidas necesarias para evitar que actué en forma incontrolada y genere un desastre

Sistema de Variables

Definición Conceptual: Es el grado de conocimiento del personal de Enfermería en cuanto, a las acciones a realizar cuando, la cantidad de víctimas o agraviados resultantes de desastre sobrepasa la capacidad operativa del centro de salud

Operacionalización de Variables

VARIABLE	CATEGORÍA	INDICADORES	ITEMS
Nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre el manejo de víctimas resultantes de desastres	❖ Conocimientos sobre desastres	❖ Definición ❖ Tipos ↳ Naturales ↳ Provocados	01-02-03-04-05 06-07 -08-09
	❖ Conocimientos sobre triaje	❖ Definición ❖ Clasificación ❖ Tarjetas	10-11- 12-13-14 15-16-17-18-19
	❖ Conocimientos acerca de las acciones brindadas por el personal de Enfermería	❖ <i>¿Qué hacer en situación de desastres?</i> ↳ Durante ↳ Después	20-21-22-23-24 25-26-27-28

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio

Se realizó un estudio tipo descriptivo transversal que según Canales (2002) es la base y punto inicial de otros tipos de estudio (analítico y experimentales) están dirigidos a determinar “como es “ o “como esta” la situación de la variable que deben estudiarse en una población, la presencia o ausencia de algo, frecuencia con que ocurre. *Transversal* estudia la variable simultáneamente en delimitado momento haciendo un corte en él.

Población y Muestra

La población o universo se refiere a la totalidad de individuos o elemento en los cuales puede presentarse determinada característica susceptible de ser estudiada. Canales (2002)

Según Tamayo-Tamayo, la población es una totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de la población posee características comunes, la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación.

En la Unidad de Emergencia del Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”, laboran 55 Enfermeras (licenciadas, técnicos superior en Enfermería, Bachilleres asistenciales y auxiliares, suplentes), distribuidos en los diferentes turnos 7/1,1/7,7/7; la población estudio está representada por las 55 Enfermeras que laboran en la unidad.

Para obtención de la muestra, se utilizó un método de muestreo no probabilística intencional. Según Canales(2002), lo define como el tipo de muestreo que no sigue el proceso aleatorio, caracterizado porque el investigador selecciona su muestra siguiendo algunos criterios indicados para los fines del estudio ya que se decide según los objetivos del estudio los elementos que integraran la muestra.

Los criterios de inclusión para obtener la muestra de estudio fueron enfermeras que poseen un nivel académico universitario; licenciadas y técnicos superiores que laboran en la unidad de emergencia; quedando la muestra representada por 20 licenciadas y técnicos superior en enfermería de la unidad de emergencia Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda” en los turnos de 7/1, 1/7, 7/7, por lo tanto la muestra es representativa ya que representa el 36.6% de la población estudio.

Procedimiento

Para llevar a cabo esta investigación fue necesario la identificación del problema y a su vez una revisión de las bibliografías existentes con el fin de fundamentar los aspectos teóricos que influyen en el nivel de conocimiento del personal de Enfermería sobre manejo de víctimas resultantes de desastres.

Se envía una notificación por escrito a la jefe de Enfermeras; a la supervisora y coordinadora de la unidad de Emergencia, con la finalidad de obtener la colaboración necesaria para la aplicabilidad del instrumento y levantamiento de la información.

Se recibe la respuesta de aceptación para la realización del estudio por parte de la supervisora y coordinadora de la unidad de emergencia.

Para definir la población objeto de estudio, fue necesario dirigirse a la Unidad de Emergencia y solicitarle a la supervisora la información sobre la población de enfermeras que laboran en los diferentes turnos de la unidad; quedando representada la población estudio por 55 Enfermeras que laboran en la unidad. Para obtención de la muestra, se utilizó un método de muestreo no probabilística intencional, utilizando criterios de inclusión, quedando representada la muestra por 20 licenciadas y técnicos superior en enfermería que laboran en la unidad de emergencia del Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda” en los turnos de 7/1, 1/7, 7/7.

Para obtener el nivel de conocimiento del personal de enfermería, se diseñó un instrumento de recolección de datos tipo cuestionario, el cual estuvo conformada por una serie de enunciados estructurado en forma sencilla, de selección simple; en donde

se incluyeron las variables conocimiento sobre desastre, triaje, y acciones brindadas por el personal de enfermería. Se selecciono a tres licenciadas en Enfermería que laboran como docentes del programa de Enfermería del Decanato de medicina con la finalidad de juzgar y validar el instrumento.

Previa aplicación del instrumento se seleccionó a dos (2) licenciadas o técnicos superiores en enfermería que laboran como en la unidad de emergencia general del Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”, con características semejantes a la muestra, las cuales se les aplicó el instrumento como prueba piloto con la finalidad de evaluar la validez y confiabilidad del contenido del instrumento.

Precedente a la recolección de los datos, se le notifico al personal de enfermería de la emergencia Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda los objetivos del estudio y la importancia que representan sus respuestas para determinar el conocimiento en el manejo de víctimas resultantes de desastres, igualmente se les solicito su colaboración para el llenado del cuestionario.

Los datos obtenidos utilizando el método de manual de los palotes, para el análisis de los datos se emplearon técnicas de porcentuales y promedio, los datos las respuestas de las 28 preguntas fueron representadas en cuatro cuadros estadísticos, distribuidos de la siguiente manera:

Cuadro 1- Respuestas de la pregunta 1-2-3-4-5-6-7-8-9
Cuadro 2- Respuestas de la pregunta 10-11-12
Cuadro 3- Respuestas de la pregunta 13-14-15-16-17-18-19
Cuadro 4- Respuestas de la pregunta 20-21-22-23-24-25-26-27-28

Una vez analizados los datos se llevaron a la siguiente escala:

Tienen conocimiento = Respuestas correctas

No tienen conocimientos = Respuestas incorrectas

Método y Técnica de Recolección De Datos

Canales (2002) define método al medio o camino a través del cual se establece relación entre el investigador y consultado para la recolección de datos el logro de los objetivos. La técnica se define como el conjunto de reglas y procedimientos que permiten al investigador establecer la relación con el objeto o sujeto de la investigación (Fideas Arias) nos define como “técnica de recolección de datos “a las distintas formas o maneras de obtener la información.

Para medir el nivel de conocimiento del personal de Enfermería se utilizo un instrumento tipo cuestionario, en el cual se incluyeron las variables: conocimiento sobre desastres, acciones durante y después brindadas por el personal de Enfermería, y conocimiento sobre triaje.

El instrumento constó de 28 enunciados de respuestas estructuradas en forma sencilla de selección simple. El criterio empleado para medir el nivel de conocimiento en el personal de enfermería sobre el manejo de víctimas resultantes de desastres fue, a través del número de respuestas correctas e incorrectas que evidencia el puntaje general en la escala.

Tienen conocimiento = Respuestas correctas

No tienen conocimientos = Respuestas incorrectas

A este instrumento se le realizó un estudio de la validez de contenido con el propósito de determinar la correspondencia entre el contenido de cada enunciado y la dimensión que representa. Se empleo el juicio de expertas, para ello fueron seleccionadas dos (2) licenciadas en enfermería del área metodológica en investigación y una licenciada del área Salud Ocupacional que laboran como docentes en el programa de enfermería del Decanato de Medicina de la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”; con la finalidad de juzgar de manera independiente la relevancia o congruencia del contenido del instrumento. Finalmente se consideró que este instrumento es válido desde el punto de vista de contenido.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Cuadro 1

Nivel de conocimiento del personal de Enfermería sobre generalidades en desastres en la Unidad de Emergencia del Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda” Barquisimeto Edo. Lara Junio-Noviembre 2004

GENERALIDADES EN DESASTRES	RESPUESTAS CORRECTAS %	RESPUESTAS INCORRECTAS %
Ítem 1	100	0
Item 2	85	15
Item 3	40	60
Item 4	95	05
Item 5	95	05
Item 6	50	50
Item 7	85	15
Item 8	80	20
Ítem 9	35	65
PROMEDIO	73.8%	26,1%

Según las respuestas del personal de enfermería encuestado el 73.8% contestó de forma correcta, lo que significa que tienen conocimiento, mientras que el 26.1% contestó de forma incorrecta, es decir, no tienen conocimiento

Cuadro 2

Conocimiento que tiene el personal de Enfermería sobre atención y manejo de múltiples víctimas en situación de desastres en la Unidad de Emergencia del Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda” Barquisimeto Edo. Lara Junio-
Noviembre 2004

ATENCIÓN Y MANEJO DE MÚLTIPLES VICTIMAS	RESPUESTAS CORRECTAS %	RESPUESTAS INCORRECTAS %
Ítem 10	100	0
Item 11	25	75
Item 12	90	10
PROMEDIO	71,6%	28,3%

Según las respuestas del personal de enfermería encuestado sobre Atención y manejo de múltiples víctima en caso de desastres el 71.6% contestó de forma correcta (tienen conocimiento), mientras que el 28.3% contestó de forma incorrecta (no tienen conocimiento).

Cuadro 3

Conocimiento que tiene el personal de Enfermería sobre el uso de sistema de códigos de colores para la referencia de víctimas en caso de desastres, en la Unidad de Emergencia del Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda” Barquisimeto Edo. Lara. Junio- Noviembre 2004.

SISTEMA DE CÓDIGOS DE COLORES	RESPUESTAS CORRECTAS %	RESPUESTAS INCORRECTAS %
Ítem 13	60	40
Item 14	65	35
Item 15	30	70
Item 16	70	30
Item 17	85	15
Item 18	65	35
Item 19	80	35
PROMEDIO	65%	35%

Según las respuestas del personal de enfermería encuestado sobre el uso de sistemas de colores en caso de desastres, el 65% contestó de forma correcta lo que significa que tienen conocimiento, mientras que el 35% contestó de forma incorrecta es decir, no tienen conocimiento.

Cuadro 4

Conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre las acciones brindadas en situación de desastres (durante y después) en la Unidad de Emergencia del Hospital Central “Antonio María Pineda” Barquisimeto Edo. Lara. Junio- Noviembre 2004

ACCIONES BRINDADAS	RESPUESTAS CORRECTAS %	RESPUESTAS INCORRECTAS %
Ítem 20	50	50
Item 21	25	75
Item 22	65	35
Item 23	75	25
Item 24	10	90
Ítem 25	25	75
Ítem 26	70	30
Item 27	65	35
Item 28	80	20
PROMEDIO	51,6%	48,3%

Según las respuestas del personal de enfermería encuestado sobre las acciones brindadas en situación de desastres, el 51,6% contestó de forma correcta (tienen conocimiento), mientras que el 48,3% contestó de forma incorrecta (no tienen conocimiento).

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Una vez analizados los resultados, fueron llevados a la escala establecida para el estudio (tienen conocimiento y no tienen conocimiento) sobre manejo de víctimas resultantes de desastres y se concluye:

Los resultados adquiridos según el nivel de conocimientos sobre generalidades de desastres presentaron 73.8% tienen conocimiento y el 26.1% no tienen conocimiento, en cuanto atención y manejo de múltiples víctimas en situación de desastres el 71.6% tiene conocimiento, mientras que el 28.3% no tiene conocimiento.

Así mismo, en cuanto al uso de sistema de códigos de colores para referencia de víctimas en caso de desastres 65% tiene conocimiento y 35% no tienen conocimiento

Según las acciones brindadas en situación de desastre (durante y después) 51% tienen conocimiento, mientras que el 48.3% no tienen conocimiento.

Posterior a la obtención de los resultados del estudio realizado se observó que el personal de enfermería, tiene conocimientos en el manejo de víctima resultante de desastres, por lo tanto se hace necesario que la capacitación y fortalecimiento que se le brinde al personal de enfermería sea continuo, permanente y que permita reforzar los conocimientos poniendo en práctica habilidades y destrezas que permitan aumentar el contexto teórico-práctico del manejo de víctimas resultantes de desastres, tomando en cuenta que la organización de las entidades de salud y grupos de apoyos mantengan una adecuada comunicación y coordinación, que permitan trabajar armónicamente a la hora de atender un saldo masivo de víctimas, evitando así que se convierta en una emergencia y por ende el colapso del centro hospitalario

Recomendaciones

Al Ministerio de Salud y Desarrollo Social:

- * Solicitar y brindar recursos financieros para el desarrollo de múltiples actividades (sobre desastre).
- * Capacitar al equipo de salud de las diferentes instituciones a través de talleres educativos, sobre prevención, atención, y mitigación en situación de desastres con la finalidad de fomentar la importancia y lograr la obtención de destreza en todo el personal que labora en dichas instituciones.
- * Evaluar constantemente al equipo de salud que se capacita, con la finalidad de reforzar conocimientos y/o detectar fallas
- * Realizar anualmente simulacros que le permitan al personal implicado fortalecer habilidades y destrezas en situación de desastre.

A la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”

- * Incorporar el tema de desastres dentro de una cátedra de la línea curricular de la carrera de enfermería como obligatoria haciendo énfasis en el área clínica.
- * Diseñar programas educativos talleres, foros, simulacros; sobre prevención, mitigación y atención, con la participación de todos los decanatos y que luego puedan ser propagados a nivel las escuelas y comunidades.
- * Incentivar a la comunidad estudiantil para seguir la realización de trabajos de investigación sobre desastre y continuar sensibilizando a los medios involucrados.

Al Programa de Enfermería del Decanato de Medicina

- * Modificar el desarrollo del programa de enfermería de modo que se desarrolle el contenido teórico práctico paralelamente.

Al Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”

- * Capacitar a todo el personal que labora en la institución incluyendo personal obrero, a través de talleres teóricos prácticos y las evaluaciones continuas de los mismos

Al personal de Enfermería de la Unidad de Emergencia

- * Motivar al personal de enfermería en cuanto a la participación y colaboración en los trabajos de investigación que le permitan a la carrera dar un enfoque científico práctico en esta área.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Abarres, C.2001. *El triaje en los servicios de urgencia del hospital de Cabueñes*. Volumen 11.86-49
2. Cantavella, M. *Bioética, Ciencia y Humanismo*. 1ª Edicion.Editorial Clemente CA. Valencia. 2002 pp.402 –405.
3. Canales, F; *Metodología de la investigación*. Editorial Limusa. México 2002
4. Defensa Civil. *El terremoto más grande del mundo*. Táchira – Venezuela (Rescate 4.com). 1999
5. Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. *Serie es Mejor Prevenir*. Guatemala. 1988.
6. Gallardo J. *Nivel de conocimiento sobre desastre en los habitantes de la comunidad chorobobo, municipio Iribarren. 2000 – 2001* (Tesis de pregrado) Barquisimeto, Decanato de Medicina UCLA. 2001
7. Tomey, A. *Modelos y teorías en enfermería. Modelos de la adaptación*. 4ta Edición. Editorial Harcourt Brace. Madrid.1999.pp. 243-250
8. [http://WWW.mipunto.com/temas/2do trimestre 04/cruz roja/ html](http://WWW.mipunto.com/temas/2do_trimestre_04/cruz_roja/html). Fecha de consulta (25-09-2004)
9. [http://www.monografias.com/trabajos/2/ triaje/triaje.Shtml](http://www.monografias.com/trabajos/2/triaje/triaje.Shtml). Fecha de consulta (25-09-2004)
10. <http://www.proteccioncivil.df.gob.mx/desatre/>. Fecha de consulta (25-09-200)
11. <http://www.desenredado.org/public/libros/1993/ldnsn/html/cap5.htm>.Fecha de consulta (25-09-2004)
12. www.paho.org/español/tema/desastre/biblioteca/enfermeria