

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y SU RELACIÓN CON EL MANEJO
DE VÍCTIMAS RESULTANTES EN CASO DE UN DESASTRE
EN EL ENFERMERO (A) DE LA MICRORRED
DE SALUD CONO SUR, TACNA 2018

TESIS

Presentada por:

Lic. Nancy Susana Canque Llanqui

Lic. Ruth Roxana Canque Llanqui

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

TACNA - PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y SU RELACIÓN CON EL MANEJO DE
VÍCTIMAS RESULTANTES EN CASO DE UN DESASTRE EN EL
ENFERMERO (A) DE LA MICRORRED DE SALUD
CONO SUR, TACNA 2018**

TESIS

Presentada por:

LIC. NANCY SUSANA CANQUE LLANQUI

LIC. RUTH ROXANA CANQUE LLANQUI

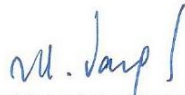
Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Aprobado por: Unanimidad ante el siguiente jurado:



Dra. Ingrid María Manrique Tejada
PRESIDENTA



Mgr. María Lourdes Vargas Salcedo
MIEMBRO



Dra. Carla Patricia Mori Fuentes
MIEMBRO



Lic. Esp. Elide Eufemia Tipacti Sotomayor
ASESORA

DEDICATORIA

A Dios por ser nuestra fortaleza y
fuerza en nuestro camino.

A la Lic. Esp. Elide Eufemia Tipacti
Sotomayor por su orientación para el
desarrollo de la presente
investigación.

A nuestras familias por su
apoyo incondicional, para
cristalizar así una de nuestras
grandes aspiraciones.

NANCY Y RUTH

AGRADECIMIENTO

A nuestra prestigiosa casa de estudios Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad de Ciencias de la Salud y a la Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería.

A la Microrred de Salud Cono Sur, por brindarnos las facilidades para realizar el presente estudio.

NANCY Y RUTH

ÍNDICE

| | Pág |
|------------------------------------------------------|-----|
| RESUMEN | |
| ABSTRACT | |
| INTRODUCCIÓN | |
| | |
| CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO | |
| 1. Fundamentos y Formulación del Problema..... | 03 |
| 2. Objetivos..... | 08 |
| 3. Justificación..... | 09 |
| 4. Formulación de Hipótesis..... | 10 |
| 5. Operacionalización de las variables..... | 11 |
| | |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | |
| 1. Antecedentes de la Investigación..... | 13 |
| 2. Bases Teóricas..... | 19 |
| 3. Definición Conceptual de Términos..... | 45 |
| | |
| CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | |
| 1. Tipo y Diseño..... | 47 |
| 2. Población y Muestra..... | 47 |

| | |
|---------------------------------------------------------|----|
| 3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos..... | 50 |
| 4. Procedimientos de Recolección de Datos..... | 52 |
| 5. Procesamiento y análisis de los datos..... | 53 |

CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS

| | |
|--------------------|----|
| 1. Resultados..... | 54 |
| 2. Discusión..... | 73 |

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, se realizó con el propósito de determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre en el enfermero (a) de la Microrred de Salud Cono Sur, Tacna 2018. Estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional, en una muestra de 57 profesionales de enfermería. Utilizando como instrumentos: El Cuestionario y la lista de cotejo de la Organización Mundial de la salud (2016) sobre el nivel de conocimiento y el manejo de víctimas ante un desastre. Resultados: En los datos sociodemográficos: El total de enfermeros (as) si ha participado en un simulacro de sismo (100%), la mayoría son del sexo femenino (92,9%); tiene especialidad (82,5%); no pertenece al COE (94,7%); conoce las rutas de evacuación y señales de alarma ante un desastre (89,5%); y más de la mitad tiene de 25 a 45 años de edad (68,4%), más de la mitad de enfermeros (as) tiene un nivel de conocimiento Regular (63,2%), y tienen un manejo regular de víctimas resultantes en caso de un desastre (57,9%). Conclusión: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre en el enfermero (a) demostrado a través de la prueba X^2 y un p_valor 0,05.

Palabras clave: Conocimiento, Manejo de víctimas, desastre, enfermero.

ABSTRACT

The present research work was carried out with the purpose of determining the relationship between the level of knowledge and the management of the resulting victims in the event of a disaster in the nurse of the Southern Cone Health Microrrid, Tacna 2018. Quantitative study, descriptive and correlational, in a sample of 57 nursing professionals. Using as instruments: The questionnaire and the list of matching of the World Health Organization (2016) on the level of knowledge and handling of a disaster victims. Results: In the sociodemographic data: The total of nurses (as) (100%) if it has participated in an earthquake simulation, the majority are female (92,9%), has a specialty (82,5%), the does not belong to the COE (94,7%); if you know the evacuation routes and warning signs of a disaster (89,5%); and more than half are between 25 and 45 years old (68,4%), and more than half of nurses have a level of knowledge Regular (63,2%), more than half has a regular handling of resulting victims in the event of a disaster (57,9%). Conclusion: There is a significant relationship between the level of knowledge and the handling of the resulting victims in the event of a disaster in the nurse through the X^2 test and a p_value 0,05.

Key words: Knowledge, Handling of victims, disaster, nurse.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud refiere que a nivel nacional e internacional existe un creciente impacto de los desastres, lo que ha influenciado para que los gobiernos del mundo asuman un mayor grado de compromiso y de conciencia social para buscar e implementar medidas más efectivas, que van más allá de aquellas acciones de origen limitadas únicamente a la atención de los desastres, sino que incluyan el uso del conocimiento científico, una cuidadosa planificación del desarrollo, la reformulación, actualización y el cumplimiento responsable de políticas y legislación vigentes (1).

Por vivir en una región con alto riesgo sísmico y por la importancia que tiene la prevención y preparación para afrontar las situaciones de emergencia o desastre, tanto como ciudadanos y como trabajadores de la salud; debemos estar capacitados, instruidos, organizados y disponer de la mayor información útil, a fin de minimizar los efectos deletéreos de todo evento catastrófico.

Un desastre es una situación excepcional y el rol del enfermero (a) es un correcto abordaje de sus funciones específicas como participar en las fases previas, respuesta y posteriores al mismo garantizando que las personas afectadas reciban los cuidados de la mayor calidad posible (1).

La enfermera(o) debe conocer a la perfección cual es el rol que va a desempeñar, así como delimitar los distintos grados de responsabilidad que le corresponde al equipo de salud en un desastre.

Ante este contexto se realizó el presente trabajo de investigación que tuvo el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre en el enfermero (a) de la Microrred de Salud Cono Sur, Tacna 2018.

El trabajo se encuentra organizado en Capítulo I: Planteamiento del problema; Capítulo II: Marco Teórico; Capítulo III: Metodología; Capítulo IV: Resultados y discusión continuando con las Conclusiones y Recomendaciones y finalmente las Referencias bibliográficas.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

A nivel mundial (2017) los desastres más frecuentes son los terremotos, huracanes, lluvias e inundaciones. Como en las islas del Caribe apenas comenzaban a recuperarse de los estragos provocados por el huracán Irma (Septiembre, 2017), que dejó cerca de 60 muertos, cuando fue golpeado por los vientos de hasta 260 km/h del huracán María. México fue sacudido por un terremoto de 7.1 de magnitud que causó al menos 325 muertes a casi una semana de que ocurriera, apenas 12 días después fue nuevamente sacudido por un terremoto de 8.2 de magnitud que mató cerca de 100 personas en el sur del país. Entretanto, en el sur de Asia, inundaciones provocadas por las lluvias monzónicas dejaron mil personas muertas en Bangladesh, India y Nepal (1).

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID-2016) registró que en el año 2016 los desastres naturales en Latinoamérica causaron alrededor de 46 mil fallecidos además de decenas de millones de pérdidas, siendo los más perjudicados los países de menor desarrollo, así por ejemplo, desde

la ocurrencia del terremoto en Haití, este país no se ha podido recuperar de las graves consecuencias que ocasionó este desastre en el año 2010 (2).

En el Perú los fenómenos naturales más frecuentes son (lluvias, sismos, huaicos, etc.), estrechamente relacionados a los procesos de desarrollo, siendo la gestión pública, privada y la población las entidades capaces de evitar o reducir tales riesgos. El impacto económico de los desastres es un alto costo que año a año asume el Estado. Anualmente más de 40 millones de dólares de pérdidas económicas se producen como consecuencia de desastres en el país, mientras que más de 2 millones de personas se han visto afectadas por estos eventos de emergencia en el último año. Incluso, el solo impacto económico por el fenómeno del “Niño Costero” del 2017 generó pérdidas de 3, 124 millones de dólares, lo que ha acarreado una pérdida de 1,6% del PBI nacional y redujo de 4,3 % a 3,5% la proyección de crecimiento anual de la economía peruana (3).

La costa central peruana, donde se encuentran localizada Lima, y la costa sur, frente a Tacna y Moquegua, son los posibles escenarios de terremotos, debido al silencio sísmico, reveló el Instituto Geofísico del Perú (IGP). Esta institución pudo determinar la vulnerabilidad en estos lugares, gracias a que elaboró el Sistema Nacional de Monitoreo

Sísmico, el cual incluye todos los sismos registrados a nivel nacional desde 1960 hasta 2016. A estas zonas se les denomina lagunas sísmicas, pues en el pasado fueron protagonistas de sismos de gran magnitud, que alcanzaron o superaron los 8 grados en la escala de Richter (3).

El 23 de Junio de 2001: A las 03:33 p.m., un terremoto afectó nuevamente el sur del Perú, las regiones de Moquegua, Tacna y Arequipa. Este sismo tuvo características importantes entre las que se destaca la complejidad de su registro y ocurrencia. El terremoto originó varias réplicas y alcanzó una intensidad máxima de VIII. Las localidades más afectadas por el terremoto fueron las ciudades de Moquegua, Tacna, Arequipa, Valle de Tambo, Caravelí, Chuquibamba, Ilo, algunos pueblos del interior y Camaná por el efecto del Tsunami. En Tacna se reportaron 74, 767 damnificados, 363 heridos, 14 fallecidos, 15, 507 viviendas afectadas y 6976 de viviendas destruidas (3).

Un desastre es evento adverso grave del funcionamiento de una comunidad o sociedad que causa daños humanos, materiales, económicos medioambientales y que exceden la capacidad de la comunidad o sociedad afectada para hacerle frente con sus propios recursos (4).

Los desastres repentinos exigen que los profesionales de la salud y personal preparado en el área de emergencia 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 médica constituye sin duda el punto focal de la coordinación de la respuesta del sector salud, ya que la atención oportuna juega un papel crítico 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 (5).

El profesional de enfermería parte del equipo multidisciplinario debe conocer a la perfección el rol que le corresponde desempeñar en el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre, así como delimitar los distintos grados de responsabilidad que le corresponde a cada uno.

En los establecimientos de salud de la Microrred de Salud Cono Sur al interactuar con el personal de enfermería sobre si tenían conocimientos sobre el manejo de víctimas en casos de desastres, evidencian conocimientos básicos y otros de manera no correcta, es de suma importancia conocer los aspectos a fortalecer tales como clasificación de

las víctimas según prioridad y etiquetar por colores según la condición de gravedad, para el buen actuar del profesional que trabaja en el área de emergencia del establecimiento de salud y brinde un cuidado oportuno.

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 enfermero (a) 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 zonas afectadas y así mitigar en la medida de lo posible las consecuencias. Y estar preparadas y organizadas para la atención de víctimas.

Por ello, se formuló la siguiente interrogante:

¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre en el enfermero (a) de la Microrred de Salud Cono Sur, Tacna 2018?

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre en el enfermero (a) de la Microrred de Salud Cono Sur, Tacna 2018.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los datos socio demográficos de los profesionales de enfermería de la Microrred de Salud Cono Sur.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre en el enfermero (a) de la Microrred de Salud Cono Sur.
- Valorar el nivel de manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre en el enfermero (a) de la Microrred de Salud Cono Sur.
- Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre en el enfermero (a) de la Microrred de Salud Cono Sur.

3. JUSTIFICACIÓN

La Región de Tacna se encuentra localizada en una zona de los posibles escenarios de terremotos, debido al silencio sísmico. El Instituto Geofísico del Perú refiere que se pudo determinar la vulnerabilidad de esta ciudad, gracias a que se elaboró el Sistema Nacional de Monitoreo Sísmico, el cual incluye todos los sismos registrados a nivel nacional desde 1960 hasta 2016. “A estas zonas se les denomina lagunas sísmicas, pues en el pasado fueron protagonistas de sismos de gran magnitud, que alcanzaron o superaron los 8 grados en la escala de Richter. Sin embargo, aún no se han repetido” (6).

Es de vital importancia, que el equipo de salud en el caso de presentar un desastre natural tenga pleno conocimiento del papel a desempeñar en el área de emergencia del Establecimiento de Salud del 1er nivel de atención a pacientes, por cuanto debe tener una alta capacidad resolutive, a nivel personal y profesional, que le permita realizar su trabajo de manera eficiente y eficaz, que sus acciones puedan estar enfocadas a brindar soluciones dentro del equipo multidisciplinario.

El profesional de enfermería es el personal asistencial que más contacto tiene con la población en el I nivel de atención, por lo que es fundamental que tenga conocimiento sobre el manejo de víctimas en caso de un desastre a fin de resguardar la integridad física de las personas brindando atención oportuna.

La realización del presente estudio se justifica por su magnitud, dado que Tacna es una región con alto riesgo sísmico cuya población puede ser afectada y exceder su capacidad de respuesta para hacer frente al desastre con sus propios recursos.

Los resultados de la presente investigación permitirán a las autoridades de la Microrred de Cono Sur implementar estrategias que favorezcan los conocimientos de los profesionales de enfermería, lo que implicará que la población de Cono Sur cuente con profesionales preparados que actúen con una respuesta óptima y eficiente en caso de un desastre natural.

4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Existe relación entre el nivel de conocimiento y el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre en el enfermero (a) de la Microrred de Salud Cono Sur, Tacna 2018.

5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| Variable | Definición operacional | Dimensión | Indicador | Escala valorativa | Escala de medición |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <p>Variable independiente:</p> <p>Nivel de conocimiento sobre el manejo de víctimas en caso de un desastre.</p> | <p>“Nivel de conocimiento sobre el manejo de víctimas en caso en un desastre es la capacidad de aprehender del enfermero(a) del actuar ante una disrupción grave del funcionamiento de una comunidad o sociedad que causa amplios daños que exceden la capacidad de la comunidad y el profesional hace frente con sus propios recursos, manejando de forma correcta este tipo de pacientes.” (14).</p> | <p>Desastre</p> <p>Triaje</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Definición – Tipos – Etapas – Definición – Clasificación – Uso de tarjetas | <p>Nivel de conocimiento muy bueno: De 27 a 32 puntos.</p> <p>Nivel de conocimiento bueno: De 18 a 26 puntos.</p> <p>Nivel de conocimiento regular: De 9 a 17 puntos.</p> <p>Nivel de conocimiento deficiente: 0 a 8 puntos</p> | Ordinal |
| <p>Variable dependiente:</p> | <p>El manejo de víctimas en caso de un desastre en el establecimiento de salud,</p> | <p>Durante el desastre</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Brinda cuidado de enfermería según las necesidades. – Participa en el triaje hospitalario. | <p>Manejo de víctimas</p> | Ordinal |

| | | | | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>Manejo de víctimas en caso de un desastre.</p> | <p>es la forma de actuar del profesional de enfermería ante un evento adverso, en el durante y después de un desastre.</p> | <p>Después del desastre</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Manejo según prioridad a los pacientes agudos. - Manejo según prioridad a los pacientes crónicos. - Identifica rápidamente los problemas propios del desastre. - Apoya en la evaluación de las instalaciones. - Apoya en la atención de alimentación. - Apoya en la atención en refugios. - Apoya en un alojamiento alternativo. - Participa en la evaluación de necesidades. - Asiste en el tratamiento de las enfermedades, lesiones o secuelas físicas. - Asiste en las secuelas psicológicas. - Valora el nivel de ansiedad. - Brinda apoyo emocional. - Participa en la evaluación de la actuación. | <p>óptima: De 38 a 48 puntos.</p> <p>Manejo de víctimas regular: De 27 a 37 puntos.</p> <p>Manejo de víctimas deficiente: De 16 a 26 puntos.</p> | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Se han encontrado los siguientes trabajos de investigación relacionados con el tema en estudio:

A nivel internacional:

Castillo V. (7), en su tesis “Conocimiento del equipo de salud en el manejo de víctimas ante un desastre natural en la sala de emergencia del Hospital “Luis Gabriel Dávila” Tulcán México 2017”. Estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo, transversal. La muestra estuvo conformada por 32 profesionales de enfermería. Obteniendo como conclusiones: Que tienen un conocimiento medio en concepto de desastre con porcentaje de 50%, de acuerdo a la estructura del plan el personal tiene un conocimiento medio con un porcentaje de 66%, mientras en señales de evacuación tiene un conocimiento alto con un 100%.

De acuerdo al manejo de víctimas en masa el equipo de salud tiene un conocimiento alto, en el código rojo, código naranja y código amarillo el 64% tiene conocimiento medio en concepto de desastre natural,

emergencia, estructura del plan, sin embargo, tienen un conocimiento alto en la atención de casos de código rojo, naranja y amarillo.

Andrés R. (8), en su estudio “Capacidad de respuestas hospitalarias distrital en Bogotá ante un evento con múltiples víctimas en Colombia 2015”. Esta investigación se realizó por medio de un estudio de corte transversal, en donde se tomó una muestra de 58 enfermeras de la red hospitalaria Distrital. Como conclusiones se obtuvo que los dieciséis hospitales encuestados cuentan con comité hospitalario de emergencia, así como también con la elaboración de planes de emergencia, el 50% de los hospitales tienen dentro de su estructura el plan de emergencia, el 18,8% de los hospitales cuentan con reforzamiento de la estructura y el 81,2% de los hospitales refieren tener una cooperación con organizaciones locales y externas.

Hons K. (9), en su estudio “Atención primaria en salud con enfoque preventivo desde manejo de pacientes en desastres en enfermeras de emergencias de hospitales en el área metropolitana de Adelaida Australia 2013”. De tipo descriptivo, con una muestra de 76 enfermeras. Se concluyó: Que las enfermeras en el Sur de Australia han tenido una experiencia mínima en desastres, un gran número de enfermeras han completado lo que es educación y capacitación en desastres. Y tiene un

bajo nivel de conocimientos sobre desastres, los resultados de este estudio son relevantes no sólo para las enfermeras de emergencia, sino para todos los profesionales de la salud involucrados en la respuesta de desastres. El estudio propone un programa de capacitación en desastres para profesionales de enfermería que trabaja en el servicio de emergencia.

Kio M. (10), en su estudio “Conocimientos y actitudes necesarios en el alivio del terremoto: Implicaciones para la educación de enfermería en Hospitales China 2015”. Estudio descriptivo, se tomó en cuenta a 139 enfermeras de 38 hospitales de 13 provincias del total de China que habían trabajado en uno a más terremotos. Los resultados fueron que el 63,3% de los participantes ninguno había recibido capacitación ante el terremoto y su actitud era positiva en un 85%.

A nivel nacional:

Pérez M. (11), en su estudio “Revisión aspectos a fortalecer en el personal de enfermería sobre el manejo de víctimas resultantes de desastres en la unidad de emergencia Chiclayo 2017”. Se utilizó la metodología de enfermería basada en la evidencia, revisión sistemática de 5 artículos. Concluyendo: Que la mayoría de los profesionales de

enfermería desconocen sobre el manejo de pacientes frente a un evento de desastres y es por ello de suma importancia conocer los aspectos a fortalecer tales como clasificación de las víctimas según prioridad y etiquetar por colores según la condición de gravedad, para el buen actuar del profesional que trabaja en el servicio de emergencias para brindar un cuidado oportuno.

Maita Rojas, Anally F. (12), en su estudio “Conocimientos del personal de salud sobre la respuesta ante un desastre por sismo, en el Centro de Salud Señor de los Milagros Huaycán Lima 2013”. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 31 profesionales de enfermería. Conclusiones. El mayor porcentaje del personal del Centro de Salud Señor de los Milagros, no conoce la respuesta ante un desastre por sismo, referido a las fases del ciclo del desastre, actividades importantes que permitan llevar a cabo acciones anticipadas ante un desastre, definición del plan de contingencia ante un desastre, componentes del plan de contingencia.

Además la finalidad de la mitigación, definición del centro de operaciones de emergencias (COE), comisiones que no forman parte del COE enunciadas que se relacionan al triaje, código de colores de triaje, triaje

según nivel de atención, actitud durante el sismo, tiempo de evacuación a zona segura, finalidad del estado de alerta, objetivo fundamental en la etapa de respuesta, actividad en la fase “después” del desastre, definición y actividades que corresponden a la “rehabilitación” y proceso de “reconstrucción.

Guzman L. (13), en su tesis “Nivel de conocimiento en el manejo de víctimas ante un sismo en el Centro de Salud de Caraveli Arequipa 2014”, estudio descriptivo, con una muestra de 25 profesionales de salud. Llegando a obtener las conclusiones: El 52% nivel de conocimiento bajo y un 48% nivel de conocimiento alto.

A nivel local:

Vargas M. (14), en su trabajo de investigación “Gestión del cuidado de enfermería de las vulnerabilidades ante desastres siconaturales en la Microred de salud cono sur y cono norte Tacna-2016” estudio descriptivo, con una muestra de 48 Profesionales de Enfermería. Concluyendo: Que el 75% de los profesionales de enfermería presentan vulnerabilidad en cuanto al nivel de conocimiento, que 52,08% que los E.S. presentan una vulnerabilidad estructural media, 39,58% que existe una alta vulnerabilidad no estructural, el 47,92% que existe una vulnerabilidad media ante la atención masiva frente al desastres. Se

identificaron 17 acciones en la gestión del cuidado de enfermería, las mismas que agrupadas en la función asistencial, administrativa, docente y de investigación se observa que: En la Microred de Salud del Cono Norte el 52,94% cumplen la función asistencial, administrativa y docente y en Cono Sur el 41,18% cumplen solo la función asistencial y administrativa, estando ausente la función docente y de investigación.

Aquino N. (15), en su tesis sobre “Nivel de conocimiento sobre la atención de víctimas en caso de sismo y su relación con el nivel de respuesta del personal de salud del Centro de Salud Leoncio Prado 2015”, estudio correlacional, con una muestra de 35 profesionales de enfermería. Se diseñaron cuestionarios. Obteniendo las siguientes conclusiones: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre la atención de víctimas en caso de sismo y el nivel de respuesta $p < 0,05$.

Mori C. (16), en su trabajo de investigación “Nivel de conocimiento del profesional de enfermería que labora en el puesto de salud Cono Norte - MINSA sobre el plan de gestión de riesgo en Desastres, Tacna 2016”, estudio de diseño descriptivo explicativo, con una población de 22 profesionales de enfermería, concluyendo que: El 63,68 % nivel conocimiento medio, mientras el 36,32% nivel de conocimiento alto.

2. BASES TEÓRICAS

2.1. Conocimiento en el Manejo de víctimas en caso de desastre

2.1.1. Conocimiento

Significa acción y efecto de conocer, entendimiento, inteligencia y razón natural. “Es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente” (17).

El conocimiento siempre implica una dualidad de realidades de un lado, el sujeto cognoscente y, del otro, el objeto conocido, que es poseído en cierta manera, por el sujeto cognoscente. El pensamiento es un conocimiento intelectual (18).

Mediante el conocimiento, el hombre penetra las diversas áreas de la realidad para tomar posesión de ella. Ahora bien, la propia realidad presenta niveles y estructuras diferentes en su constitución. Pasan tales verdades a ser consideradas como fidedignas y por tal razón son aceptadas. Esto se cumple con base en la ley suprema de la inteligencia:

aceptar la verdad venga de donde viniere, en tanto que sea legítimamente adquirida (19).

Los tipos de conocimiento son: El conocimiento empírico se refiere al conocimiento popular. Es lo que aprendemos a partir de nuestra interacción y observación del mundo. El conocimiento científico comprende las informaciones y hechos que son comprobados por medio de la ciencia. El conocimiento filosófico nace a partir de las reflexiones que el ser humano hace sobre cuestiones subjetivas. El conocimiento teológico o religioso está basado en la fe religiosa, y sostiene que ella tiene la verdad absoluta.

A pesar de todo, no podemos decir que sólo se usa un tipo de conocimiento, todos están relacionados unos con otros, de tal suerte que el científico utiliza su experiencia propia y usa la filosofía para que, ayudado por los resultados que obtuvo aplicando el método científico, de una explicación al fenómeno. Esto es igual con los demás niveles de conocimiento.

Nivel de conocimiento de las sobre el manejo de víctimas en caso en un desastre: "Es la capacidad de aprehender del enfermero(a) del actuar ante una disrupción grave del funcionamiento de una comunidad o

sociedad que causa amplios daños que exceden la capacidad de la comunidad y el profesional hace frente con sus propios recursos, manejando de forma correcta este tipo de pacientes.” (19).

El nivel de conocimiento se mide con nivel muy bueno, nivel bueno, nivel regular y nivel deficiente.

2.1.2. Manejo de Víctimas en un caso de un desastre

• Desastre

Un desastre es evento adverso grave del funcionamiento de una comunidad o sociedad que causa daños humanos, materiales, económicos medioambientales y que exceden la capacidad de la comunidad o sociedad afectada para hacerle frente con sus propios recursos (4).

Tipos

Los desastres en función de su origen pueden clasificarse en:

- Desastres naturales. Dentro de los cuales se encuentran:
 - Geofísicos. Originados por tierra sólida (terremotos, volcanes, deslizamientos de tierra).

- Meteorológicos. Causados por procesos atmosféricos de corta duración y de pequeña a mediana escala (tormentas).
- Hidrológicos. Como consecuencia de la desviación del ciclo normal del agua y/o sobreflujo de la cantidad de agua debido al viento (inundaciones, movimientos masivos de agua).
- Climatológicos. Eventos causados por procesos de larga duración y media duración a gran escala (temperaturas extremas, sequías, incendios forestales).
- Biológicos. Debido a la exposición de organismos vivos a gérmenes y sustancias tóxicas (epidemias, infestaciones por insectos, estampidas animales).

- Desastres tecnológicos. Es provocada por el hombre. Son los siguientes:
 - Derrame químico.
 - Accidente industrial.
 - Accidentes de tránsito (aéreo, terrestre y marítimo).
 - Terrorismo
 - Conflictos armados.
 - Incendios.
 - Intoxicaciones alimentarias masivas (4)

Etapas

La clasificación más general habla de 3 etapas o momentos claramente diferenciados en el ciclo del desastre:

Antes del desastre. Es la etapa más importante, pues es aquí donde se puede actuar para reducir la vulnerabilidad y por tanto, el impacto que un determinado desastre producirá en una comunidad. Esta etapa de pre-impacto podría dividirse a su vez en dos fases distintas (22):

Fase de planificación y preparación. Las actividades que se desarrollarán en este punto irán encaminadas a estudiar el perfil de riesgos de la comunidad correspondiente, creando mapas de riesgos y planes eficaces de emergencia o desastre. Dichos planes deberán ser conocidos por todos los equipos implicados en la respuesta (bomberos, policía, servicios sanitarios, etc.) y mantenerse actualizados. Además, para garantizar una correcta y coordinada puesta en marcha del plan llegado el momento, han de realizarse entrenamientos y simulacros periódicamente.

La educación comunitaria también es una actividad clave durante esta fase, así como la adopción de las medidas preventivas necesarias.

Fase de alerta. Aunque muchos desastres no presentan una señal de advertencia previa, otros si lo hacen, como por ejemplo determinados eventos meteorológicos (huracanes, tornados). Es en estos casos donde los sistemas de alarma temprana cobran una importancia vital, puesto que una correcta puesta a punto de los mismos puede reducir en gran cantidad el número de víctimas y los daños causados por un desastre.

Deben mobilizarse los recursos necesarios y difundir a la comunidad la información pertinente, siempre que los sistemas de comunicaciones lo permitan.

Durante el desastre. Es la etapa en la que acontece el desastre. La actividad más relevante en este momento es llevar a cabo una evaluación rápida de necesidades tan pronto como sea posible, lo que permitirá ajustar la respuesta a las demandas reales de la población. Se han de utilizar los recursos humanos y materiales disponibles y coordinar adecuadamente la ayuda externa, cuando ésta sea solicitada (22).

Tradicionalmente las intervenciones ante un desastre se centran en el momento crítico del impacto, pero no debe olvidarse en este punto establecer tareas de enlace con el periodo post-desastre, ya que son las labores de rehabilitación y reconstrucción las que permiten a las

sociedades sobreponerse al evento y recuperar las condiciones de vida previas.

Después del desastre. Como se ha comentado previamente esta etapa es clave para que una comunidad afectada por un desastre pueda restablecer su funcionamiento habitual. Las actividades aquí irán encaminadas principalmente a satisfacer las necesidades de las víctimas, restaurar los servicios comunitarios y reparar los daños (rehabilitación y reconstrucción). Para ello, se realizará de nuevo una evaluación de necesidades que permita priorizar las acciones tras el desastre (23).

- **Triage**

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 (24).

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.
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.

Clasificación del triaje

Es la valoración que se realiza en un desastre por prioridades de atención. 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 (25).

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.

- Atender según la gravedad de la lesión (menor, moderada, grave).
- Las víctimas se evalúan de nuevo en el primer establecimiento de recepción más cercano.
- 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

La clasificación de los heridos se hace visible mediante un código de colores que informa sobre la prioridad asistencial que les corresponde (26):

- Color rojo: Prioridad 1. Máxima urgencia. Los pacientes necesitan tratamiento o evacuación inmediata.
- Color amarillo: Prioridad 2. Las lesiones no implican peligro de muerte inminente, por lo que la atención puede demorarse unas horas.
- Color verde: Prioridad 3. Lesiones leves que pueden demorarse durante más tiempo que las de prioridad.
- Color negro: fallecidos.

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).

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.

Uso de Tarjetas

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 (triaje simple y tratamiento rápido) se debe efectuar un reconocimiento sencillo, completo, rápido clasificado en grave, muy grave, menos grave, irreuperable 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: Habilidad para caminar y frecuencia respiratoria, circulación (llenado capilar), Estado de conciencia (respuestas a preguntas).

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 hospitalaria con 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 (27).

2.2. Manejo de Víctimas resultantes en caso de un desastre por el profesional de enfermería en el establecimiento de salud

Como se ha visto, 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 multidisciplinario altamente cualificado y entrenado para intervenir.

Los integrantes del equipo multidisciplinario 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 (28).

El manejo de víctimas en caso de un desastre en el establecimiento de salud, es la forma de actuar del profesional de enfermería ante un evento adverso (28).

El manejo de víctimas ante un desastre es medido como óptimo, regular y deficiente.

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 es mucho más extenso, como se detalla a continuación.

2.2.1. Antes

Como se ha comentado anteriormente la etapa previa al impacto es la más importante, pues las acciones realizadas en este punto van a permitir minimizar los efectos esperables tras un determinado episodio. Todas las intervenciones que van a llevar a cabo los profesionales de enfermería durante este periodo se enmarcan dentro de la prevención primaria, cuyo cometido fundamental es disminuir «las probabilidades de enfermedad, muerte e incapacidad como consecuencia de un desastre». Para tratar de reducir la vulnerabilidad de las poblaciones expuestas a un cierto riesgo, los enfermeros pueden participar en diferentes labores preventivas. Son las siguientes (28):

- Valoración previa y plan de respuesta al desastre. La valoración previa a un desastre persigue (29):

- Estudiar la vulnerabilidad y los riesgos particulares que presenta una determinada población (análisis de riesgos).
- Conocer los recursos médicos y sociales de que se dispone.

Una vez se conocen los riesgos de una comunidad y los recursos disponibles para hacerles frente, puede procederse a la elaboración de un plan de respuesta al desastre. El éxito del plan vendrá determinado en gran parte por la forma en que éste se adapte a las necesidades existentes y los recursos con los que se cuenta.

La creación de un plan de emergencia es una tarea compleja, que requiere la participación y colaboración de profesionales de muy diversos ámbitos, y donde el papel principal de los enfermeros se centra en la identificación de las necesidades de salud y la asignación de recursos.

- Simulacros. La existencia de un plan de emergencia no servirá de nada si éste no se mantiene actualizado y se representa regularmente. Los simulacros permiten a los principales actores involucrados en la respuesta a un desastre mejorar su preparación

gracias a la puesta en práctica de habilidades y competencias que no desempeñan en su día a día. Además, esto repercutirá en un aumento de la confianza con la que enfrentarse a una intervención en caso de desastre real.

Es relevante destacar que tras cada simulacro debe realizarse una evaluación para poner de manifiesto los errores cometidos (si los ha habido) y los aspectos mejorables (si los hubiera).

Los profesionales de Enfermería no sólo participan en el ejercicio del simulacro propiamente dicho, sino también en la planificación y evaluación del mismo, aportando ideas para modificar el plan si fuese necesario (26).

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

Es muy importante no olvidar incluir en este tipo de programas a los grupos de población más vulnerables de la sociedad, como por ejemplo los niños, a los cuales deberían impartirse también instrucciones básicas de seguridad desde sus centros escolares.

Dentro de la educación comunitaria también podría resultar interesante realizar simulacros frente a los peligros reales de una región. Mejoraría la respuesta de la población general, siendo ésta más organizada, y disminuiría la ansiedad de los ciudadanos al tener claro qué deben hacer.

2.2.2. Durante

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

Por otro lado, quienes se encarguen de brindar la atención en la zona de impacto podrán realizar las tareas que se enuncian a continuación (26):

- Evaluación rápida de necesidades. Para determinar el área afectada por el desastre, el posible número de víctimas, el estado de las principales instalaciones sanitarias, etc.
- Triage prehospitalario. El triaje prehospitalario es un sistema que permite la clasificación de los pacientes en función de su gravedad, su capacidad de recuperación y los recursos y el tiempo disponibles. Es una labor compleja que va a determinar la atención que las víctimas van a recibir, por lo que el personal encargado de llevarlo a cabo debe poseer experiencia y estar entrenado con esta práctica.
- Cuidados de Enfermería. El patrón de lesiones de las víctimas va a depender, entre otros factores, de la intensidad del daño, la duración del mismo, la vulnerabilidad y la preparación del sistema sanitario.

Lógicamente, la etiología del desastre también va a influir en la patología de los heridos, pues los efectos sobre la salud de aquellos afectados por un terremoto serán distintos de los que sufran las víctimas de un atentado terrorista. Los cuidados de Enfermería irán dirigidos al tratamiento de estas lesiones, aplicando todos los conocimientos disponibles y utilizando las técnicas e intervenciones en Enfermería correspondientes. Además, será fundamental dar apoyo psicológico a los afectados (25).

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

- Enfermería comunitaria y salud pública. El objetivo de la prevención secundaria es «la identificación rápida de problemas propios del desastre y la implementación de medidas para tratar y evitar su reaparición o las complicaciones» (27).

Los aspectos a los que la Enfermería comunitaria debe prestar una especial atención por poder alterar de manera grave las saludes públicas de la comunidad afectada por un desastre son:

- a) Agua y saneamiento. Las personas que han sufrido un desastre son mucho más susceptibles de contraer determinadas enfermedades. Algunas de ellas son consecuencia de un abastecimiento y saneamiento del agua deficitario, como por ejemplo las enfermedades diarreicas, las enfermedades

infecciosas de transmisión fecal-oral y las transmitidas por vectores asociados con los residuos sólidos y el agua (29).

Por este motivo, son muy importantes los programas de promoción de la higiene (tanto individual como de grupo) en casos de desastre, así, los afectados dispondrán de la información y los conocimientos necesarios para prevenir las enfermedades relacionadas con el agua y el saneamiento.

- b) Alimentación. Durante un desastre pueden aparecer problemas relacionados con los alimentos. La escasez de los mismos sumado a una nutrición inadecuada pueden repercutir negativamente en la supervivencia de las víctimas.

Las principales acciones que van a permitir mejorar la seguridad alimentaria y la nutrición de una comunidad afectada por un desastre son:

- Alimentación de lactantes (fomentar siempre la lactancia materna) y niños en crecimiento.
- Tratamiento de la malnutrición aguda.
- Distribución de alimentos.

- Entregas de dinero en efectivo y cupones.

- Apoyo a los medios de subsistencia.

- c) Refugio y asentamientos humanos. El alojamiento es un elemento clave 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 consecuencia de un desastre se produzcan desplazamientos de población. En estos casos se proporcionará un alojamiento alternativo: tiendas de campaña, alojamiento en edificios públicos o con familias de acogida (28).

Las labores de prevención y promoción de la salud en este punto deberán evitar el hacinamiento y el alojamiento inadecuado, pues tales condiciones podrían impactar negativamente sobre la salud de

los desplazados y favorecer la diseminación de enfermedades transmisibles.

Por último, debe tenerse muy presente durante la etapa de respuesta a un desastre el establecimiento de tareas de enlace con el periodo post-desastre. Sólo de esta forma se garantizará que los cuidados y servicios brindados durante la etapa de impacto tienen continuidad en el tiempo, y esto a su vez, permitirá finalmente restablecer el funcionamiento normal de la comunidad afectada.

2.2.3. Después

La última etapa del ciclo del desastre es la de mayor duración. Las actividades se centrarán en las tareas de rehabilitación y reconstrucción (prevención terciaria), y el objetivo final será lograr que la región afectada y sus habitantes puedan recuperar las condiciones de vida previas al desastre. Para conseguirlo es clave realizar una evaluación de necesidades que permita establecer acciones prioritarias.

La labor más importante desde el punto de vista de la Enfermería durante esta etapa es la de rehabilitación, proceso que abarca el tratamiento de

las enfermedades, lesiones o secuelas derivadas del desastre. Las secuelas no sólo van a ser físicas sino también psicológicas, y la salud mental es uno de los aspectos a los que mayor atención debe prestarse, debido a la gran predisposición que tienen las víctimas a desarrollar patología de esta índole (27).

Uno de los trastornos psiquiátricos que con mayor frecuencia padecen las personas que han sufrido un evento de estas características es el trastorno de estrés postraumático. Este trastorno aparece como una «respuesta tardía a un acontecimiento estresante o a 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 presentar también inquietud, ansiedad y anhedonia.

Los cuidados de Enfermería se dirigirán a valorar el nivel de ansiedad, brindar apoyo emocional y ayudar al paciente a identificar las situaciones que generan dicha ansiedad.

Dada la elevada prevalencia del trastorno de estrés postraumático tras un desastre, los enfermeros deberán conocer e identificar sus

manifestaciones más comunes. Esto facilitará un diagnóstico precoz de los casos existentes y permitirá proporcionar el tratamiento adecuado lo más pronto posible.

La Enfermería comunitaria también tiene un papel fundamental en esta última etapa, pues es frecuente que durante un desastre existan desplazamientos de población. Cuando las circunstancias no permiten que tras la fase aguda del impacto los desplazados vuelvan a su lugar de origen, los asentamientos humanos se prolongan en el tiempo, pudiendo llegar a durar incluso años. En estas condiciones, la salud pública de la comunidad puede verse afectada si no se desarrollan las actividades pertinentes en materia de promoción de la salud y prevención (28).

Finalmente, es necesario que tras un evento de estas características se valoren los aspectos que han fallado y por tanto deben mejorarse, y los que deberían potenciarse más. Las lecciones aprendidas permiten perfeccionar y corregir las estrategias de preparación y prevención frente a un futuro desastre, y sólo así será posible conseguir poblaciones menos vulnerables y con mayor capacidad de resiliencia.

2.3. Microrred de Salud de Cono Sur

La Microrred de Salud de Cono Sur pertenece a la Red de Salud Tacna, situado en el Distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa, Departamento de Tacna, conformado por el Centro de Salud San Francisco (00002888), Puesto de Salud 5 de Noviembre (00002889), Puesto de Salud Vista Alegre (00002891), Puesto de Salud Las Begonias (00002890), Centro de Salud Viñani (00006724). En los diversos establecimientos según su nivel de atención cuenta con diversos profesionales de la salud (Médicos, Enfermeras, Obstetras, Odontólogos, Psicólogos, Nutricionistas Asistentes sociales, Técnicos de enfermería, entre otros profesionales.

2.4. Teoría del Logro de metas de Imágenes King

Imogene King nació el 23 de Enero (1923) en West Point (Estados Unidos). En el año (1945) finalizó sus estudios básicos de Enfermería en la Escuela de Enfermería de San Juan. (1961) se Doctoró en Educación en la Universidad de Columbia, preparando una maestría en Enfermería basada en el marco Conceptual Enfermero (1971), publicó su libro “Hacia una Teoría de Enfermería: Conceptos Generales de la conducta Humana”. (1981) perfeccionó sus teorías en un nuevo libro “Una teoría para Enfermería: Sistemas, Conceptos y Procesos” (29).

Corriente que comenzó a desarrollarse a principios de siglo XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor causal era la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. Por lo cual creemos que esta teoría responde a este paradigma en sus dos orientaciones, la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad unida a la práctica médica, porque:

El interés central de la Enfermería es el ser humano, en interacción con su entorno, lo que conduce a las personas a un Estado de Salud entendido como la Capacidad para desempeñar un Rol social (29).

- Planifica, aplica y evalúa los cuidados enfermeros.
- Aporta a través de sus conocimientos y habilidades para el proceso de atención de enfermería aplicado a un individuo visto desde tres dimensiones: personal, interpersonal y social en continua interacción. Para ello el enfermero debe tener conocimientos para brindar un cuidado, como en Desastres y el manejo a este tipo de víctimas.

El objetivo de la Enfermería ante un desastre es garantizar que las personas afectadas reciban cuidados de la mayor calidad posible, a

través de la participación activa en todas las etapas del ciclo del desastre.

En el ámbito asistencial y comunitario es la aplicación de cuidados y técnicas avanzadas en soporte vital, siguiendo guías de actuación, protocolos y recomendaciones internacionales, también destacar la labor de prevención, investigación y educación para la salud ante un desastre (29).

3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

3.1. Conocimiento

Conocimiento es la capacidad de aprehender, facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas (14).

3.2. Manejo de víctimas

El manejo de víctimas en caso de un desastre en el establecimiento de salud, es la forma de actuar del profesional de enfermería ante un evento adverso, en el durante y después de un desastre (13).

3.3. Desastre

Es un hecho natural o provocado por el ser humano que afecta negativamente a la vida, al sustento o a la industria y desemboca con frecuencia en cambios permanentes en las sociedades humanas y a los animales que habitan en ese lugar; en los ecosistemas y en el medio ambiente. Una catástrofe es un suceso que tiene consecuencias desastrosas. Los desastres ponen de manifiesto la vulnerabilidad del equilibrio necesario para sobrevivir y prosperar (28).

3.4. Enfermero(a)

Profesional de salud que tiene por función cuidar, asistir o atender a la persona sana o enfermera, en los diversos niveles de prevención y atención (17).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación del presente estudio de acuerdo al nivel de conocimiento y profundidad es Descriptivo, de acuerdo al tiempo o frecuencia de medición de las variables es transversal y de acuerdo a la manipulación de las variables es No experimental.

Diseño de investigación: Descriptivo, correlacional, ya que está determinado si dos variables están correlacionadas o no, esto significa analizar si un aumento o disminución en una variable coincide con un aumento o disminución en la otra variable (30).

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

2.1. Población:

La población estuvo constituida por los profesionales de enfermería de la Microrred de Salud Cono Sur, Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Departamento de Tacna.

| Establecimiento de Salud | Nro de profesionales de enfermería |
|--------------------------------|------------------------------------|
| Microrred de Salud Cono Sur | |
| Centro de Salud San Francisco | 22 |
| Puesto de Salud 5 de Noviembre | 9 |
| Puesto de Salud Vista Alegre | 9 |
| Puesto de Salud las Begonias | 9 |
| Centro de Salud Viñani | 11 |
| Total | 60 |

2.2. Unidad de análisis

Profesionales de enfermería de la Microrred de Salud Cono Sur.

2.3. Tamaño de la muestra

La muestra estuvo conformada por 57 profesionales de enfermería de la Microrred de Salud Cono Sur.

Fórmula de muestra:

Determinándose el tamaño de muestra; con el siguiente procedimiento:

$$n = \frac{NZ^2}{4(N-1)e^2 + Z^2}$$

Donde:

n = Muestra poblacional

N = Población en estudio (60)

Z = Nivel de confianza

e = Margen de error

Reemplazando:

$n = 120 * 1,96^2$

$$\frac{\quad}{4(120-1)*0,05^2+1,96}$$

n=57 profesionales de enfermería.

Criterios de Inclusión:

- Profesionales de enfermería que laboran en la Microrred de Salud Cono Sur.
- Profesionales de enfermería de ambos sexos.

Criterios de Exclusión:

- Profesionales de enfermería que laboran en otros establecimientos de salud.
- Profesionales de enfermería que no acepten participar en el estudio.

2.4. Tipo de Muestreo

Se utilizó el muestreo probabilístico que es una técnica de muestreo en virtud de la cual las muestras son recogidas en un proceso que brinda a todos los individuos de la población las mismas oportunidades de ser seleccionados (30).

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica es la encuesta y observación.

Instrumento N° 01.

Cuestionario sobre el nivel de conocimiento sobre el manejo de víctimas ante un desastre de la Organización Mundial de la Salud (2016). Consta de 2 partes la primera los datos generales como: Edad, sexo, estudios de pos grado, pertenece algún grupo del Comité Operativo Emergencia (COE), ha participado alguna vez en un simulacro sobre Qué hacer antes, durante y después de un desastre y conoce las rutas de evacuación y señales de alarma en caso de un desastre natural (28).

Y la segunda parte son las preguntas que valoran el nivel de conocimiento sobre el manejo de víctimas ante un desastre que consta de 16 ítems con las opciones de verdadero (V) y falso (F).

A la respuesta de 2 puntos a la opción correcta y respuesta 0 punto a la opción incorrecta.

Escala de puntaje:

Nivel de conocimiento muy bueno : De 27 a 32 puntos.

Nivel de conocimiento bueno : De 18 a 26 puntos.

Nivel de conocimiento regular : De 9 a 17 puntos.

Nivel de conocimiento deficiente : 0 a 8 puntos (Ver Anexo N°02).

Instrumento N° 02.

Lista de cotejo sobre el manejo de víctimas ante un desastre por la Organización Mundial de la Salud (2016) consta de 16 ítems con las opciones Siempre (3 puntos), A veces (2 puntos) y Nunca (1 punto).

Valorando con la escala de puntaje (28):

Manejo de víctimas óptima : De 38 a 48 puntos.

Manejo de víctimas regular : De 27 a 37puntos.

Manejo de víctimas deficiente : De 16 a 26 puntos (Ver Anexo N°03).

Validez

Se realizó la validez del instrumento por 4 expertos teniendo como resultado 1,72 adecuación total. (Ver Anexo N° 04).

Confiabilidad

Se aplicó la prueba de confiabilidad Alpha de Cronbach resultando para los instrumentos (0,89) y (0,91) Adecuación total (Ver Anexo N° 05).

4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se consideró los siguientes aspectos:

- Se pidió permiso a la Dirección de la Microrred de Salud Cono Sur y la Jefatura del Establecimiento de Salud.
- Se coordinó con los Profesionales de enfermería para su disponibilidad en la aplicación de la encuesta.
- Se informó y pidió el consentimiento informado a los Profesionales de Enfermería haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales (Ver Anexo N° 06).
- Para la aplicación del cuestionario sobre el nivel de conocimiento se otorgó de manera directa a cada enfermero (a); y en cuanto a la lista de cotejo esta fue evaluada por el Jefe de Enfermería o Gerente del Establecimiento de Salud.

5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos recopilados fueron procesados por el Software SPSS (Paquete de Ciencias Sociales). Para la comprobación de hipótesis se utilizó la prueba estadística X^2 . Se realizó la codificación, luego se utilizó patrones de calificación simple como la tabulación nominal y porcentual y los resultados se presentan en tablas estadísticas, con representación gráfica reportando frecuencias absolutas y porcentuales.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

1. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados en tablas y gráficos, y para la comprobación de hipótesis, se utilizó la prueba de chi cuadrado (X^2).

TABLA N° 01

DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORRED DE SALUD CONO SUR, TACNA 2018

| DATOS GENERALES | N° | % |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|
| Edad | | |
| 25 a 45 años | 39 | 68,4 |
| 46 a 59 años | 17 | 29,8 |
| Mayor a 60 años | 1 | 1,8 |
| Total | 57 | 100,0 |
| Sexo | | |
| Femenino | 53 | 92,9 |
| Masculino | 4 | 7,1 |
| Total | 57 | 100,0 |
| Estudios | | |
| Especialidad | 47 | 82,5 |
| Maestría | 8 | 14,0 |
| Doctorado | 2 | 3,5 |
| Total | 57 | 100,0 |
| Ud pertenece al COE | | |
| Si | 3 | 5,3 |
| No | 54 | 94,7 |
| Total | 57 | 100,0 |
| A participado en algún simulacro | | |
| Si | 57 | 100,0 |
| No | 0 | 0,0 |
| Total | 57 | 100,0 |
| Conoce las rutas de evacuación y señales de alarma en caso de desastre | | |
| Si | 51 | 89,5 |
| No | 6 | 10,5 |
| Total | 57 | 100,0 |

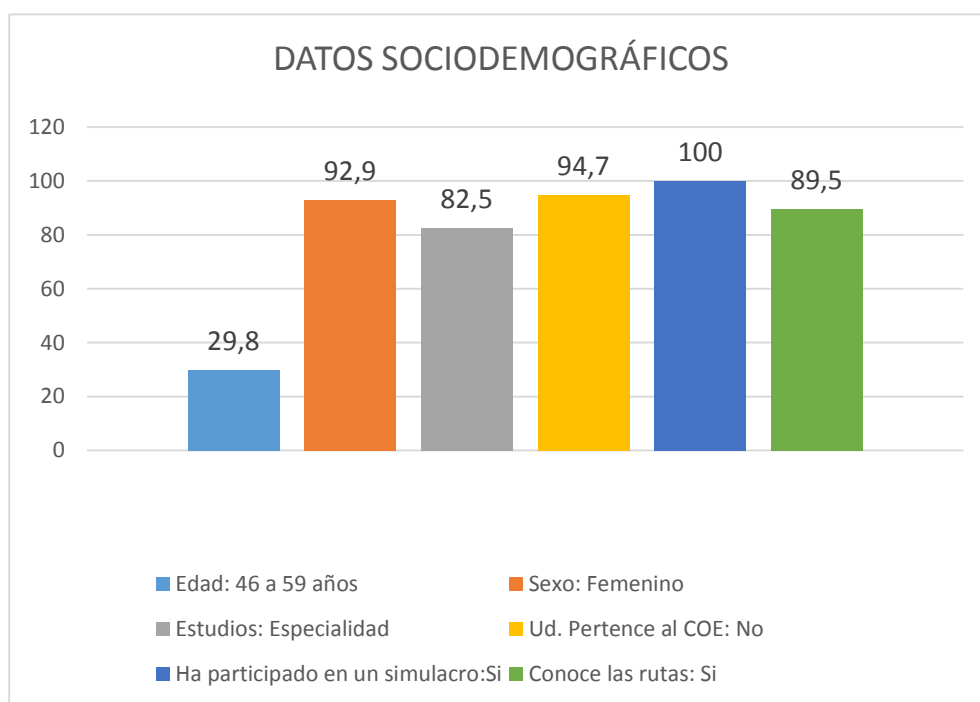
Fuente: Cuestionario Nivel de conocimiento sobre el manejo de víctimas ante un desastre elaborado por la Organización Mundial de la Salud (2016).
Aplicado a enfermeros(as) de la Microrred de Salud Cono Sur, Tacna 2018.

Descripción:

En la Tabla N° 01 se muestra los datos sociodemográficos de los profesionales de enfermería en donde el 68,4% (39) de 25 a 45 años de edad; el 29,8% (17) de 46 a 59 años de edad y el 1,8% (1) mayor de 60 años de edad. El 92,9% (53) del sexo Femenino y el 7,1% (4) sexo Masculino. El 82,5% (47) con especialidad; mientras el 14% (8) con Maestría y el 3,5% (2) con Doctorado. El 94,7% (54) no pertenece al COE y el 5,3% (3) si pertenece al COE. El 100% (57) si ha participado en un simulacro de sismo. El 89,5% (51) si conoce las rutas de evacuación y señales de alarma ante un desastre y el 10,5% (6) no conoce las rutas de evacuación y señales de alarma ante un desastre.

GRÁFICO N° 01

DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORRED DE SALUD CONO SUR, TACNA 2018



Fuente: Tabla N° 01.

TABLA N° 02

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO DE VÍCTIMAS
RESULTANTES EN CASO DE UN DESASTRE EN EL
ENFERMERO (A) DE LA MICRORRED DE SALUD
CONO SUR, TACNA 2018**

| Nivel de conocimiento | N° | % |
|------------------------------|-----------|-------------|
| Muy bueno | 0 | 0,0 |
| Bueno | 0 | 0,0 |
| Regular | 36 | 63,2 |
| Deficiente | 21 | 36,8 |
| Total | 57 | 100,0 |

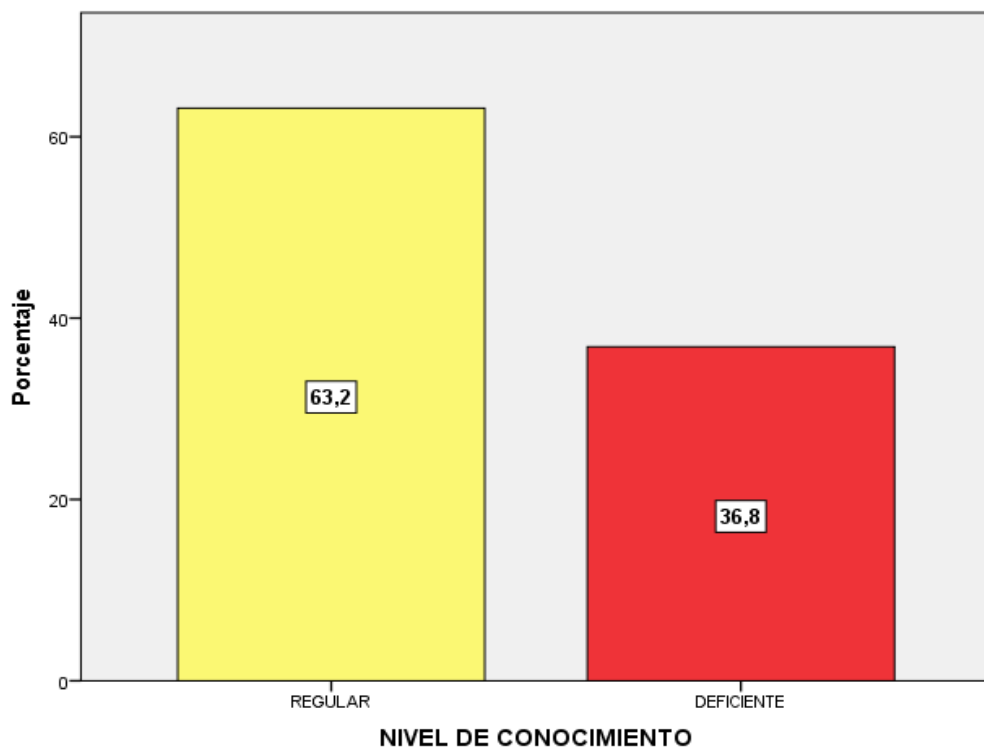
Fuente: Cuestionario nivel de conocimiento sobre el manejo de víctimas ante un desastre elaborado por la Organización Mundial de la Salud (2016).
Aplicado a enfermeros(as) de la Microrred de Salud Cono Sur, Tacna 2018.

Descripción:

La tabla N° 02 muestra que el 63,2% (36) tiene un nivel de conocimiento Regular en el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre en el enfermero (a) y el 36,8% (21) un nivel de conocimiento Deficiente.

GRÁFICO N° 02

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO DE VÍCTIMAS RESULTANTES EN CASO DE UN DESASTRE EN EL ENFERMERO (A) DE LA MICRORRED DE SALUD CONO SUR, TACNA 2018



Fuente: Tabla N°02.

TABLA N° 03

**DIMENSIONES DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO DE
VÍCTIMAS RESULTANTES EN CASO DE UN DESASTRE EN EL
ENFERMERO (A) DE LA MICRORRED DE SALUD
CONO SUR, TACNA 2018**

| Dimensiones | Nivel de conocimiento | | | | | | | | Total | |
|----------------------|-----------------------|-----|-------|-----|-----------|-------------|------------|------|-------|-------|
| | Muy bueno | | Bueno | | Regular | | Deficiente | | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Desastre | | | | | | | | | | |
| Definición | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 36 | 63,2 | 21 | 36,8 | 57 | 100,0 |
| Tipos | 0 | 0,0 | 4 | 7,0 | 32 | 56,2 | 21 | 36,8 | 57 | 100,0 |
| Etapas | 0 | 0,0 | 2 | 3,5 | 39 | 68,4 | 16 | 28,1 | 57 | 100,0 |
| Triaje | | | | | | | | | | |
| Definición | 0 | 0,0 | 1 | 1,7 | 38 | 66,7 | 18 | 31,5 | 57 | 100,0 |
| Clasificación | 0 | 0,0 | 1 | 1,7 | 40 | 70,2 | 16 | 28,1 | 57 | 100,0 |
| Tarjetas | 0 | 0,0 | 1 | 1,7 | 40 | 70,2 | 16 | 28,1 | 57 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario nivel de conocimiento sobre el manejo de víctimas ante un desastre elaborado por la Organización Mundial de la Salud (2016).
Aplicado a enfermeros(as) de la Microrred de Salud Cono Sur, Tacna 2018.

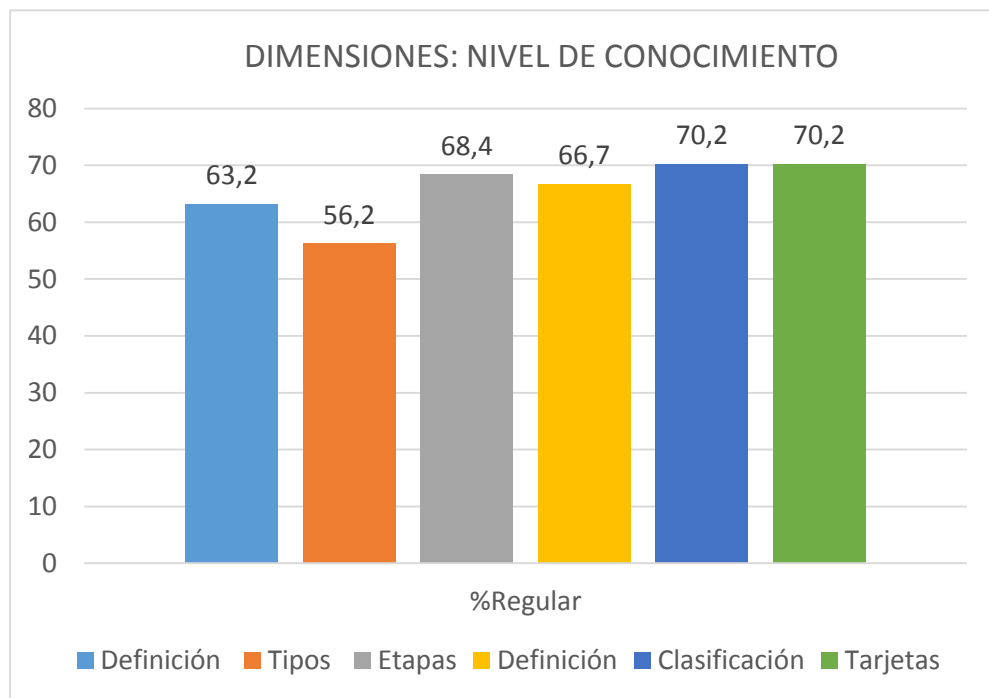
Descripción:

En la tabla N° 03 se muestra las dimensiones del nivel de conocimiento: en la dimensión desastre el 63,2% (36) tiene un nivel de conocimiento Regular en cuanto a la definición; el 56,2% (32) nivel de conocimiento Regular en los tipos; y el 68,4% (39) nivel de conocimiento Regular en las etapas.

En la dimensión triaje el 66,7% (38) nivel de conocimiento Regular en la definición; el 70,2% (40) nivel de conocimiento Regular en la clasificación y el 70,2% (40) nivel de conocimiento Regular en las tarjetas.

GRÁFICO N° 03

DIMENSIONES DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO DE VÍCTIMAS RESULTANTES EN CASO DE UN DESASTRE EN EL ENFERMERO (A) DE LA MICRORRED DE SALUD CONO SUR, TACNA 2018



Fuente: Tabla N°03.

TABLA N° 04

**MANEJO DE VÍCTIMAS RESULTANTES EN CASO DE UN DESASTRE
EN EL ENFERMERO (A) DE LA MICRORRED DE SALUD
CONO SUR, TACNA 2018**

| Manejo de víctimas | N° | % |
|---------------------------|-----------|-------------|
| Óptima | 24 | 42,1 |
| Regular | 33 | 57,9 |
| Deficiente | 0 | 0,0 |
| Total | 57 | 100,0 |

Fuente: Lista de cotejo sobre el manejo de víctimas ante un desastre elaborado por la Organización Mundial de la Salud (2016).

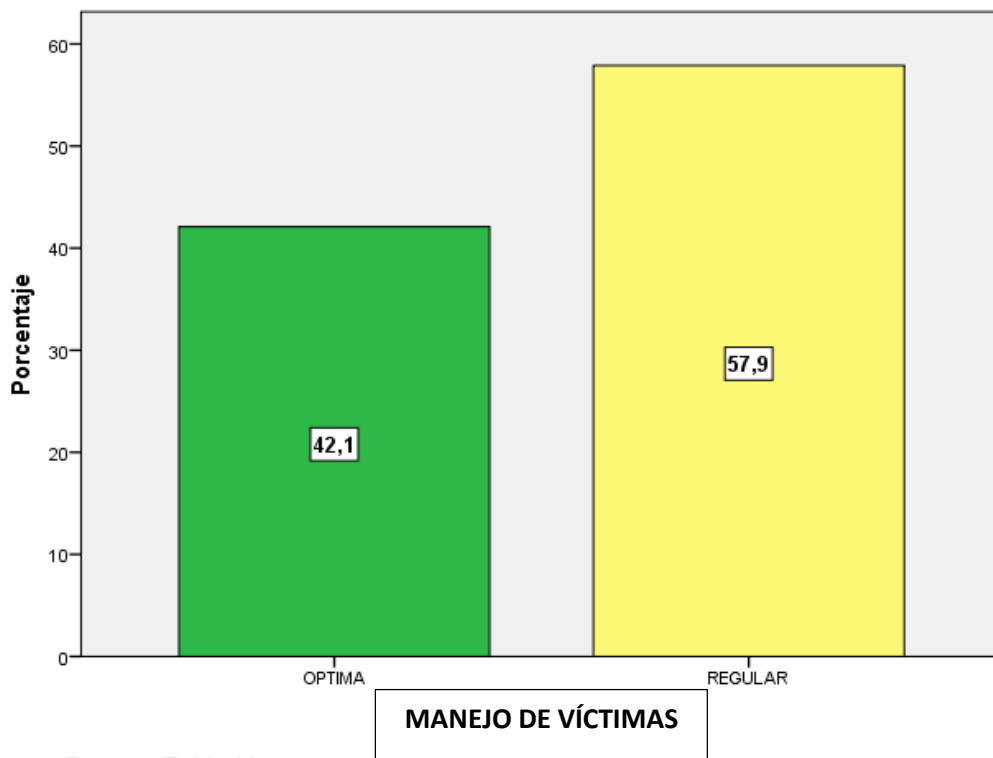
Aplicado a los enfermeros (as) en la Microrred de Salud Cono Sur, Tacna 2018.

Descripción:

La tabla N° 04 se muestra el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre en el enfermero (a), en donde el 42,1% (24) tiene un manejo de víctimas Óptima; mientras que el 57,9% (33) tiene un manejo de víctimas Regular.

GRÁFICO N° 04

MANEJO DE VÍCTIMAS RESULTANTES EN CASO DE UN DESASTRE EN EL ENFERMERO (A) DE LA MICRORRED DE SALUD CONO SUR, TACNA 2018



Fuente: Tabla N° 04.

TABLA N° 05

DIMENSIONES DEL MANEJO DE VÍCTIMAS RESULTANTES EN CASO DE UN DESASTRE EN EL ENFERMERO (A) DE LA MICRORRED DE SALUD CONO SUR, TACNA 2018

| Dimensiones | Óptima | | Regular | | Deficiente | | Total | |
|----------------|--------|------|---------|------|------------|-----|-------|-------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Durante | 24 | 42,1 | 33 | 57,9 | 0 | 0,0 | 57 | 100,0 |
| Después | 12 | 21,0 | 40 | 70,0 | 5 | 8,8 | 57 | 100,0 |

Fuente: Lista de cotejo sobre el manejo de víctimas ante un desastre elaborado por la Organización Mundial de la Salud (2016).

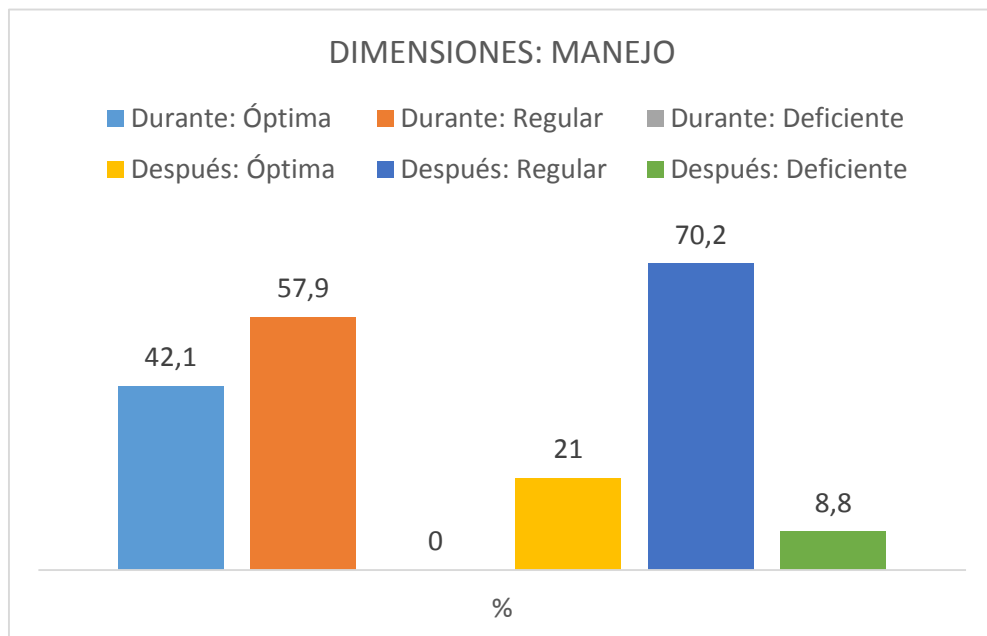
Aplicado a los enfermeros (as) en la Microrred de Salud Cono Sur, Tacna 2018.

Descripción:

La tabla N° 05 muestra las dimensiones del manejo de víctimas ante un desastre, en la dimensión durante manejo de víctimas Regular con un 57,9%, y manejo de víctimas Óptima 42,1%. En la dimensión después: Manejo de víctimas Óptima 21%; manejo víctimas Regular 70,0% y manejo de víctimas deficiente 8,8%.

GRÁFICO N° 05

DIMENSIONES DEL MANEJO DE VÍCTIMAS RESULTANTES EN CASO DE UN DESASTRE EN EL ENFERMERO (A) DE LA MICRORRED DE SALUD CONO SUR, TACNA 2018



Fuente: Tabla N° 05.

TABLA N° 06

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y SU RELACIÓN CON EL MANEJO DE VÍCTIMAS RESULTANTES EN CASO DE UN DESASTRE EN EL ENFERMERO (A) DE LA MICRORRED DE SALUD CONO SUR, TACNA 2018

| Nivel de conocimiento | Manejo de víctimas | | | | | | Total | | X ² |
|-----------------------|--------------------|------|---------|------|------------|-----|-------|-------|-----------------------------------------|
| | Óptima | | Regular | | Deficiente | | N° | % | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | | |
| Muy bueno | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | X ² =3,93 gl=1 p=0,030 |
| Bueno | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | |
| Regular | 15 | 26,3 | 21 | 36,8 | 0 | 0,0 | 36 | 63,2 | |
| Deficiente | 9 | 15,8 | 12 | 21,1 | 0 | 0,0 | 21 | 36,8 | |
| Total | 24 | 42,1 | 33 | 57,9 | 0 | 0,0 | 57 | 100,0 | |

Fuente: Cuestionario nivel de conocimiento y Lista de cotejo sobre el manejo de víctimas ante un desastre elaborado por la Organización Mundial de la Salud (2016) aplicado a los enfermeros (as) en la Microrred de Salud Cono Sur, Tacna 2018.

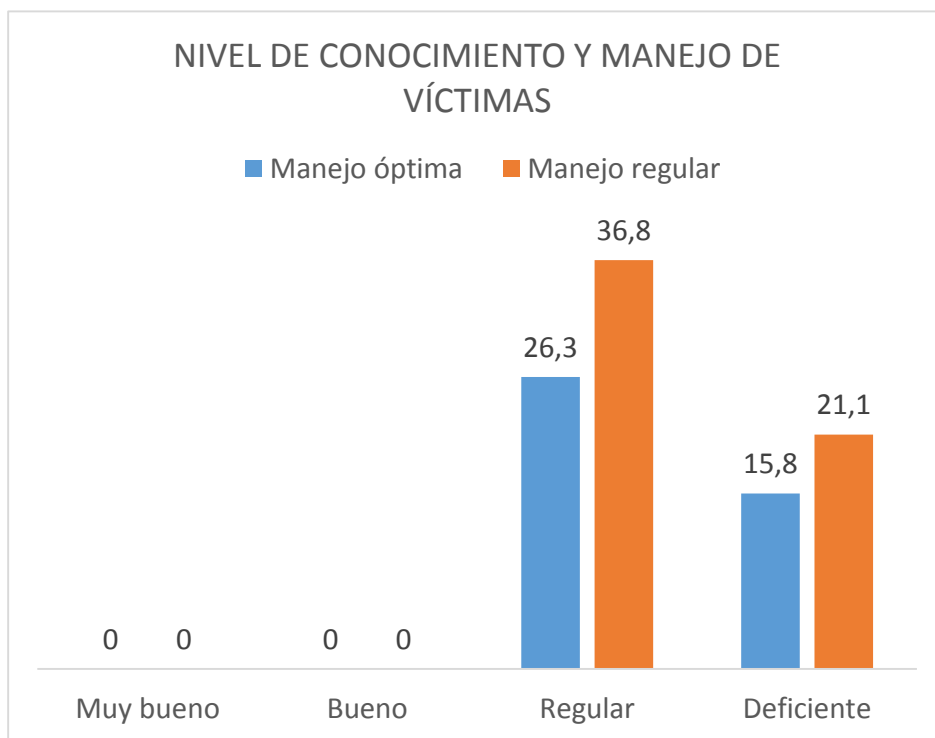
Descripción:

La tabla N° 06 muestra el nivel de conocimiento y manejo de víctimas en caso de un desastre; el 36,8% (21) tiene un nivel de conocimiento Regular y manejo de víctimas Regular.

En cuanto a la relación $X^2= 3,93$ (gl=1) con un valor p_0,030 por lo que se demuestra que existe relación entre las variables, por lo que existe dependencia.

GRÁFICO N° 06

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y SU RELACIÓN CON EL MANEJO DE VÍCTIMAS RESULTANTES EN CASO DE UN DESASTRE EN EL ENFERMERO (A) DE LA MICRORRED DE SALUD CONO SUR, TACNA 2018



Fuente: Tabla N° 06.

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | Gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|-----------------------------------------|--------------------|----|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | ,3,93 ^a | 1 | ,030 | | |
| Corrección por continuidad ^b | ,000 | 1 | 1,000 | | |
| Razón de verosimilitudes | ,3,93 | 1 | ,030 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | 1,000 | ,047 |
| Asociación lineal por lineal | ,3,93 | 1 | ,031 | | |
| N de casos válidos | 57 | | | | |

| | |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Se plantea la hipótesis específica | <p>Hi: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre en el enfermero (a) de la Microrred de Salud Cono Sur, Tacna 2018.</p> <p>Ho: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre en el enfermero (a) de la Microrred de Salud Cono Sur, Tacna 2018.</p> |
| Nivel de significancia | 5%=0,05% |
| Elección de la prueba | Prueba X ² |
| Estimación del p_valor | P=0,030 |

| | |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Valor p | Para aceptar el valor p <0,05 P<0,05=0,030 |
| Conclusión: | Se rechaza Ho Se acepta: H1: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre en el enfermero (a) de la Microrred de Salud Cono Sur, Tacna 2018. |

2. DISCUSIÓN

En la **tabla N° 01** se muestra los datos sociodemográficos de los enfermeros (as); en donde el total de enfermeros (as) si ha participado en un simulacro de sismo (100%). La mayoría son del sexo Femenino (92,9%); cuentan con especialidad (82,5%); no pertenecen al COE (94,7%); y si conocen las rutas de evacuación y señales de alarma ante un desastre (89,5%); y más de la mitad son de 25 a 45 años de edad (68,4%).

Difiere al estudio de **Gonzales H. (31)**, en donde el mayor porcentaje de profesionales de enfermería del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca son del sexo femenino (78%); tienen especialidad (45%), se encuentran nombrados (56%). Y **Ulloa M. (32)**, donde el (84%) de los enfermeros del Hospital de Belén de Trujillo son del sexo femenino; más de la mitad 54% tiene de 35 a 45 años de edad.

Los datos sociodemográficos son información general sobre grupos de personas, dependiendo de la finalidad, los datos pueden incluir atributos como la edad, el sexo y el lugar de residencia, así como características sociales como la ocupación, la situación familiar o los de ingreso y otros (33).

Analizando nuestros resultados se asemejan los datos de distintas instituciones de salud ya que los grupos poblacionales son parecidos, ello permitirá el uso estratégico de la adaptación de las ofertas al grupo objetivo respectivo y también pueden utilizarse como base para análisis de informes de rendimiento.

La **tabla N° 02** nos muestra que más de la mitad de profesionales de enfermería presentaron un nivel de conocimiento Regular en el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre (63,2%) y menos de la mitad un nivel de conocimiento Deficiente (36,8%).

Resultados que se diferencian al de **Hons K. (9)**, que concluyó: Que las enfermeras en el Sur de Australia tienen un bajo nivel de conocimientos sobre desastres, los resultados de este estudio son relevantes no sólo para las enfermeras de emergencia, sino para todos los profesionales de la salud involucrados en la respuesta de desastres.

Similares resultados al estudio de **Guzman L. (13)**, donde el 52% nivel de conocimiento bajo en profesionales de enfermería en el manejo de víctimas ante un sismo y un 48% nivel de conocimiento alto. (Centro de Salud Caraveli)

Los integrantes del equipo disciplinario deben conocer a la perfección cual es el rol que van a desempeñar, así como delimitar los grados de responsabilidad que les corresponden a cada uno. Dentro de este equipo el papel de los profesionales de enfermería es fundamental participando en el manejo de víctimas ante un desastre (34).

Analizando nuestros resultados se reportó un porcentaje significativo que conoce sobre el manejo de víctimas resultantes en casos de desastres, pero resulta preocupante que también se presenta que desconocen su rol como profesionales de enfermería.

En la **tabla N° 03** se muestra las dimensiones del nivel de conocimiento en donde: En la dimensión desastre más de la mitad tiene nivel de conocimiento Regular en cuanto a la definición (63,2%); nivel de conocimiento Regular en los tipos (56,2%); y el nivel de conocimiento Regular en las etapas (68,4%).

En la dimensión triaje: Más de la mitad tiene un nivel de conocimiento Regular en la definición (86,7%); el nivel de conocimiento Regular en la clasificación (70,2%) y el nivel de conocimiento Regular en las tarjetas (70,2%).

Se diferencian al estudio de **Durand N. (35)**, donde concluyó que en las dimensiones de manejo de desastres en profesionales de enfermería: En las generalidades en desastres se obtuvo un 73,8% de respuestas correctas tienen conocimiento; sobre atención y manejo de múltiples víctimas en situación de desastre presentó un 71,6% de respuestas correctas tienen conocimiento; uso de sistema de código de colores para la referencia de víctimas en caso de desastre obteniendo 65% de respuestas correctas tienen conocimiento; en las acciones brindadas en situación de desastre (durante y después) adquiriendo un 51,6% de respuestas correctas tienen conocimiento.

Se diferencia al estudio de **Pérez M. (11)**, donde concluyó que la mayoría de los profesionales de enfermería desconocen sobre el manejo de pacientes frente a un evento de desastres.

Analizando nuestros resultados es de suma importancia conocer los aspectos a fortalecer tales como clasificación de las víctimas según prioridad y etiquetar por colores según la condición de gravedad, para el buen actuar del profesional que trabaja en el servicio de emergencias para brindar un cuidado oportuno.

La **tabla N° 04** nos muestra el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre en el enfermero (a), en donde: Menos de la mitad tiene un manejo de víctimas Óptima (42,1%); mientras que más de la mitad manejo de víctimas Regular (57,9%).

Similares resultados al estudio de **Pica O. (36)**, en su estudio donde concluyó que el (50%) de enfermeros del Hospital de México manejó de manera regular en caso de un desastre. Y difiere al estudio de **Duarte P. (37)**, donde concluyó que el 75% de profesionales de enfermería del Centro de Salud Trujillo actuó de manera efectiva en un evento sísmico y un 25% ineffectivamente.

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 multidisciplinario altamente cualificado y entrenado para intervenir. Por lo tanto, los integrantes del equipo multidisciplinario 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 (38).

Analizando nuestros resultados podemos concluir que el objetivo de Enfermería ante un desastre es garantizar que las personas afectadas reciban cuidados de la mayor calidad posible, a través de la participación activa en todas las etapas del ciclo del desastre. Para tratar de reducir las vulnerabilidades de las poblaciones expuestas a un cierto riesgo.

La **tabla N° 05** muestra las dimensiones del manejo de víctimas ante un desastre, en donde en la dimensión Durante: más de la mitad tiene nivel Regular en el manejo de víctimas (57,9%) y en la dimensión Después: más de la mitad tiene nivel Regular en el manejo de víctimas (70,0 %).

Difiere al estudio de **Castillo V.** (7), donde de acuerdo al manejo de víctimas en masa el equipo de salud tiene un conocimiento alto, en el código rojo, código naranja y código amarillo 64% es entonces que tienen conocimiento medio en concepto de desastre natural, emergencia, estructura del plan, sin embargo tienen un conocimiento alto en la atención de casos de código rojo, naranja y amarillo.

Se diferencia al estudio de **Andrés R.** (8), donde se obtuvo como conclusiones de los dieciséis hospitales encuestados el 50% de los hospitales tienen dentro de su estructura el plan de emergencia, el 18,8% de los hospitales cuentan con reforzamiento de la estructura y el 81,2%

de los hospitales refieren tener una cooperación con organizaciones locales y externas.

Los establecimientos de salud, son los más vulnerables ante el impacto de los diversos tipos de peligros que pueden afectar el bienestar de la sociedad en general, como los peligros asociados a fenómenos naturales (peligros generados por fenómenos de geodinámica interna, de geodinámica externa y peligros generados por fenómenos hidrometeorológicos y oceanográficos) y los peligros inducidos por acción humana (explotación de los recursos naturales, contaminación ambiental, negligencia o deterioro de los sistemas de servicio en edificaciones, transporte o industria, etc.) (39).

Observando nuestros resultados en el manejo de víctimas en un desastre se hace necesario que el Ministerio de Salud, a través de la Oficina de Defensa Nacional y de Gestión del Riesgo de Desastres asuma la responsabilidad de ofrecer las condiciones necesarias para brindar un servicio seguro a la población en el antes, durante o después de una emergencia o desastre, porque los servicios de salud podrían verse perjudicados por los diversos peligros que se manifiestan en nuestra región, lo cual ocasionaría la pérdida de infraestructura y equipamientos necesarios para la atención, así como la pérdida de vidas

que, en muchos casos, también los afectaría emocionalmente a los trabajadores de la salud.

La **tabla N° 06** nos muestra el nivel de conocimiento y manejo de víctimas en caso de un desastre; menos de la mitad nivel de conocimiento Regular y manejo de víctimas Regular (36,8%).

En cuanto a la relación $X^2_c = 3,93$ (gl=1) con un valor $p = 0,030$ por lo que se demuestra que existe relación significativa entre las variables, por lo que existe dependencia.

Similares resultados al estudio de **Aquino N.** (15), donde concluyó que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre la atención de víctimas en caso de sismo y el nivel de respuesta $p < 0,05$. Y de **Mori C.** (16), Existe relación entre el Nivel de conocimiento y el plan de gestión de riesgo en Desastres en el profesional de enfermería que labora en el puesto de salud Cono Norte - Minsa, Tacna 2016.

Las enfermeras (os) somos las profesionales de la salud que constituimos el recurso humano más numeroso, cuyas competencias están diversificadas y se encuentran en todos los escenarios

relacionados con el cuidado de la salud. Estamos presente desde el Instituto de alta especialidad, pasando por los hospitales generales, los centros de salud más alejados en las zonas rurales o urbanas, en el domicilio de las personas, las escuelas y los centros de trabajo. Las enfermeras educamos, dirigimos, asesoramos, investigamos, pero ante todo cuidamos la salud y el bienestar de los seres humanos. Este objetivo principal de “cuidar” fundamenta y da sentido al aporte que las enfermeras realizan a la sociedad, es decir aportan el valor de los cuidados (40).

Tradicionalmente las intervenciones ante un desastre se centran en el momento crítico del impacto, pero no debe olvidarse en este punto establecer tareas de enlace con el periodo post-desastre, ya que son las labores de rehabilitación y reconstrucción las que permiten a las sociedades sobreponerse al evento y recuperar las condiciones de vida previas (41).

Ante los resultados consideramos que en Tacna podrían potenciarse más la labor de los profesionales de enfermería en el ciclo del desastre, especialmente en la materia de prevención. La investigación es la herramienta clave que permitirá dar a conocer los diferentes enfoques y ámbitos que puede tener la Enfermera en los diferentes campos.

CONCLUSIONES

1. En cuanto a los datos sociodemográficos de los enfermeros (as); El total de enfermeros (as) si ha participado en un simulacro de sismo (100%), la mayoría son del sexo Femenino (92,9%), tiene especialidad (82,5%), no pertenece al COE (94,7%); si conoce las rutas de evacuación y señales de alarma ante un desastre (89,5%); y más de la mitad tiene de 25 a 45 años de edad (68,4%).
2. Más de la mitad de los enfermeros (as) presentaron nivel de conocimiento Regular en el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre (63,2%) y menos de la mitad nivel de conocimiento Deficiente (36,8%).
3. Más de la mitad tiene un manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre Regular (57,9%) y menos de la mitad Óptima (42,1%).
4. Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre en el enfermero (a) de la Microrred de Salud Cono Sur, demostrado a través de la prueba X^2 .

RECOMENDACIONES

- Que la Dirección Regional de Salud fortalezca un plan de capacitación y actualización integral a personal de salud sobre manejo de víctimas en casos de desastres, monitoree y supervise las acciones de prevención en casos de desastre.
- Que en la Microrred Cono Sur se implemente y ejecute los planes de contingencia que incluya principalmente la gestión del riesgo y la respuesta para disminuir las consecuencias o daños a la infraestructura, bienes, servicios y sobre toda pérdida de vidas humanas tanto de usuarios como de proveedores del servicio.
- Que los enfermeros (as) continúen capacitándose en temas de desastres y así fortalecer al equipo multidisciplinario en el manejo de víctimas y que en la formación académica universitaria se incorpore procedimientos específicos de la intervención de enfermería en desastres, emergencias y continuar con la realización de trabajos relacionados al tema para disminuir los resultados.
- Que en los establecimientos de salud establezcan estrategias activas como simulacros personalizados y aplicación de fichas de evaluación de simulacros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez J. Los desastres más frecuentes en el mundo. México: El financiero; 2017. Disponible desde: <http://www.elfinanciero.com.mx/mundo/desastres-naturales-mas-frecuentes-en-2017>
2. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Desastres. Nicaragua: BID; 2016.
3. Estrategia Internacional de las Naciones Unidas para la Reducción de los Desastres (ONU-EIRD). Terminología: términos básicos de reducción del riesgo de desastres [Citado 21 Set. 2018]. Disponible en: http://www.unisdr.org/files/7817_7819isdrterminology11.pdf
4. Gonzales A. Desastres y salud pública. Argentina: Scielo. 2012 Mar; 76(2).
5. Perú21. Desastres tienen causas socioculturales y de gestión, advierte experto Inundaciones, deslizamientos y sismos entre otros son latentes en el Perú. [Internet]. Jun. 2018 [Citado 20 Set. del 2018]. Disponible

desde:<https://peru21.pe/peru/desastres-causas-socioculturales-gestion-advierte-experto-409843>

6. Ministerio de Salud. Planeamiento para hospitales y establecimientos de salud durante los desastres. Lima: MINSA; 2017. pp. 345.
7. Castillo V. Conocimiento del equipo de salud en el manejo de víctimas ante un desastre natural, 2017. Disponible desde: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/8149/1/06%20ENF%20954%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>
8. Andrés R. Capacidad de respuestas hospitalarias distrital en Bogotá ante un evento con múltiples víctimas. Colombia; 2015.
9. Hons K. Enfermeras de emergencia y respuesta a desastres. Revista Australiana de enfermería en emergencia. Australia; 2013: 14(2).
10. Kio M. Conocimientos y actitudes necesarios en el alivio del terremoto: Implicaciones para la educación de enfermería en Hospitales China 2015.

11. Pérez M. Aspectos a fortalecer en el personal de enfermería sobre el manejo de víctimas resultantes de desastres en la unidad de emergencia [Tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2017. Disponible desde: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/980>
12. Maita Rojas, Anally F. Conocimientos del personal de salud sobre la respuesta ante un desastre por sismo, en el Centro de Salud Señor de los Milagros Huaycán. Lima; 2013.
13. Guzman L. Nivel de conocimiento en el manejo de víctimas ante un sismo en el Centro de Salud de Caraveli Arequipa 2014.
14. Vargas M. Gestión del cuidado de enfermería de las vulnerabilidades ante desastres siconaturales en la Microred de salud cono sur y cono norte Tacna-2016. Disponible desde: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/1606/proin_125_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Aquino N. Nivel de conocimiento del personal de salud y su relación con el manejo de víctimas en casos de sismos en el C.S. Leoncio

Prado. Tacna; 2015. Disponible desde:
<http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG>

16. Mori C. Nivel de conocimiento del profesional de enfermería que labora en el puesto de salud Cono Norte - Minsa sobre el plan de gestión de riesgo en Desastres, Tacna 2016.

17. Bervian A. Niveles de conocimiento. España: Ed. Mc Graw Hill: 2013.

18. Navarro V. Nivel de conocimiento. Set. 2016 [citado 21 Set. del 2018]. Disponible desde:
<https://www.monografias.com/trabajos102/niveles-conocimiento/niveles-conocimiento.shtml>

19. Instituto Nacional de Defensa Civil. Nivel de conocimiento en el manejo de víctimas ante un desastre. Lima: INDECI; 2015. Disponible desde:
<https://www.indeci.gob.pe>

20. Ministerio de Salud. Departamento de Emergencia y Catástrofe. Capítulo I. En: Chile; Enfermería en Desastres; 2017.pp 11-15.

21. Taggart S.B. Antecedentes y perspectiva histórica. En: Arvizu Lara J. Enfermería en Desastres: Planificación, Evaluación e Intervención. México: HARLA; 2015. pp.9- 22.

22. Switzer H. Enfermería comunitaria durante un desastre. En: Arvizu Lara J. Enfermería en Desastres: Planificación, Evaluación e Intervención. México: HARLA; 2015. pp.211-252.

23. Ugarte A. Conceptos teóricos básicos. Material del Curso Vulnerabilidades ante Desastres Socionaturales. Chile: Universidad de Chile; 2015.

24. Imilan W. Prevención, Reacción y Emergencia. Material del Curso Vulnerabilidades ante Desastres Socionaturales. Chile: Universidad de Chile; 2015.

25. Red de Salud. Desastres y Red de Servicio Periféricos. Disponible desde: [www.tacna.minsa.gob.pe/.../red salud/.../](http://www.tacna.minsa.gob.pe/.../red%20salud/.../)

26. Organización Panamericana de la Salud. Módulo 6: Rol de los centros de Información. Unidad 3 Organización para emergencias y desastres. Washington; 2016.
27. Centro Regional de Información sobre Desastres (CRID). Colectivo de autores. Norma General Administrativa N° 19, Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada. mht. Resolución 1127.07.2017 doc. Santiago, 14, Disponible desde: <http://www.cubava.cu/cuida/enveiecer.html>
28. López Y. Plan de Manejo de Víctimas en Situación de Emergencia y Desastre, dirigido el personal de Enfermería de los 63 Hospitales del Seguridad Social del Municipio Maracaibo y San Francisco del Estado Zulia. Venezuela; 2016.
29. Marriner S. Modelos y Teorías. México: Edit. Interamericana; 2015.
30. Hernández R. Investigación científica. México: Editorial Interamericana; 2015.
31. Gonzales H. Datos sociodemográficos del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2015. Disponible desde: www.diresapuno.gob.pe

32. Ulloa M. Factores sociodemográficos del Hospital Belén de Trujillo; 2017.
33. Ritewiki. Datos sociodemográficos. España;2019. Disponible desde: https://es.ryte.com/wiki/Datos_Demogr%C3%A1ficos
34. Organización Mundial de la Salud. Instrumento cuestionario. Disponible desde: http://www.saludydesastres.info/index.php?option=com_surveys&controller=editsurvey&Itemid=505&id=1:%C2%BFcu%C3%A1nto-s%C3%A9&page=last&lang=es
35. Durand N. Nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre manejo de víctimas resultantes de desastres, en el departamento de emergencia del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz junio – noviembre 2014. Disponible desde: http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/3275/Tesis_51945.pdf?sequence=1&isAllowed=y
36. Pica O. Manejo de victimas en un desastre en el Hospital de México; 2016.

37. Duarte P. Manejo del enfermero en un evento sísmico. Centro de Salud Trujillo; 2014.
38. Freire L. Papel de enfermería en desastres. España; 2013. Disponible desde:
http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17315/6/TFM_Lidia%20Freire.pdf
39. LLuch M. Teorías y Enfermería Psicosocial y Salud Mental. España 2016. Disponible desde:
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/imogen-king-teoria-del-logro-de-metas.html>
40. Díaz J, Chuquisengo O, Ferradas P. Gestión de riesgo en los gobiernos locales. Lima: Edit. Soluciones Prácticas ITDG; 2015.
41. Instituto Nacional De Defensa Civil. Aprendiendo a Prevenir- Una propuesta educativa, Lima: INDECI; 2017. pp.45.

ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLE | METODOLOGÍA | INSTRUMENTO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre en el enfermero (a) de la Microrred de Salud Cono Sur, Tacna 2018?</p> | <p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre en el enfermero (a) de la Microrred de Salud Cono Sur, Tacna 2018.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Identificar el nivel de conocimiento sobre el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre en el enfermero (a) de la</p> | <p>Existe relación entre el nivel de conocimiento y el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre en el enfermero (a) de la Microrred de Salud Cono Sur, Tacna 2018.</p> | <p>Variable independiente: Nivel de conocimiento sobre el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre.</p> | <p>Tipo y diseño de investigación: Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal. No experimental. Población y muestra: 57 Profesionales de enfermería.</p> | <p>Cuestionario sobre el nivel de conocimiento sobre el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre.</p> |
| | | | <p>Variable dependiente: Manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre.</p> | | <p>Lista de cotejo de manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre.</p> |

| | | | | | |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| | <p>Microrred de Salud Cono Sur, Tacna 2018.</p> <p>Valorar el nivel de manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre en el enfermero (a) de la Microrred de Salud Cono Sur, Tacna 2018.</p> <p>Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y el manejo de víctimas resultantes en caso de un desastre en el enfermero (a) de la Microrred de Salud Cono Sur, Tacna 2018.</p> | | | | |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|

ANEXO N° 02

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO DE VÍCTIMAS RESULTANTES EN CASO DE UN DESASTRE CREADO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2016)

Instrucciones: Por favor escuche o lea con atención cada pregunta y encierre con un círculo el número que corresponda al grado que mejor le describa a usted. La encuesta será de carácter anónimo.

DATOS GENERALES:

1. Edad: _____
2. Sexo
 - a) Femenino
 - b) Masculino
3. Estudios pos grado
 - a) Especialidad _____
 - b) Maestría _____
 - c) Doctorado _____
4. Usted pertenece algún grupo del comité operativo emergencia COE
 - a) SI
 - b) NO
5. Ha participado alguna vez en un simulacro sobre ¿Qué hacer antes, durante y después de un desastre?
 - a) SI
 - b) NO
6. ¿Conoce usted las rutas de evacuación y señales de alarma en caso de un desastre natural?
 - a) SI

b) NO

CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO.

Conteste V o F según convenga

1. Un desastre natural es una destrucción de bienes materiales y pérdidas de vidas humanas.

V () F ()

2. Los desastres más comunes en nuestra región son: Sismos, lluvias y heladas.

V () F ()

3. La educación comunitaria se da dentro del momento 1 fase planificación y preparación antes de un desastre.

V () F ()

4. La clasificación ante un desastre se da por 3 momentos: antes, durante y después.

V () F ()

5. Una emergencia en un desastre es una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y que requiere una actuación inmediata.

V () F ()

6. La actuación en el durante involucra a todo el personal que trabaja en el establecimiento de salud para responder eficazmente con las actividades correspondientes para apoyar las acciones del antes,

durante y después de un desastre o emergencia y reducir costos humanos y /o materiales.

V () F ()

7. La decisión más simple es atender ahora o atender después, utilizando la tarjeta de triaje simple METAJ o etiqueta de colores.

V () F ()

8. La codificación en el triaje es por el sistema START (sistema de tarjeteo).

V () F ()

9. La clasificación de los heridos se hace visible mediante un código de colores que informa sobre la prioridad asistencial, utilizando los colores rojo, verde y negro.

V () F ()

10. ¿Cree usted que si el manejo pre hospitalario de víctimas fuera eficaz, el proceso de triaje podría estar en manos del profesional de enfermería experimentado; y si no existiera un buen manejo pre hospitalario de las víctimas deberán ser manejadas por un médico o un anestesiólogo experimentado del área de urgencias?

V () F ()

11. Dentro de las acciones en el durante se menciona que la líder de enfermería se encarga de organizar e identificar a su personal el mismo que debe estar capacitado y especializado en desastres naturales de otras áreas para apoyar en la emergencia.

V () F ()

- 12.** El equipo de salud encargado del triaje dentro del servicio de emergencia debe recibir al paciente con una tarjeta de color según la valoración del personal de atención pre hospitalaria.

V () F ()

- 13.** Los pacientes de código rojo son prioridad 1 por que requiere una atención inmediata y son pacientes de Shock- trauma, fractura grave, obstrucción de las vías aéreas.

V () F ()

- 14.** Los pacientes con código naranja son prioridad 2 tienen que ser atendidos no mayor o igual a 10 minutos son aquellos pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias.

V () F ()

- 15.** Los pacientes con código amarillo son prioridad 3, pueden esperar una 1 hora para ser atendidos son aquellos con quemaduras con probable supervivencia, poli traumatizados estables, heridas torácicas sin asfixias.

V () F ()

- 16.** En el área negro están los pacientes irrecuperables, Quemaduras >40%, lesiones de columna cervical ausencia de sensibilidad y movimientos.

V () F ()

ANEXO N° 03

LISTA DE COTEJO SOBRE EL MANEJO DE VÍCTIMAS ANTE UN DESASTRE POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2016)

| | ACCIONES DE ENFERMERÍA | SIEMPRE | A VECES | NUNCA |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|-------|
| | DURANTE UN DESASTRE | | | |
| 1 | El profesional de enfermería brinda cuidado de enfermería según las necesidades como área afectada por el desastre, el posible número de víctimas, el estado de las principales instalaciones sanitarias, | | | |
| 2 | Participa en el triaje hospitalario. | | | |
| 3 | Manejo de enfermería según prioridad a los pacientes agudos. | | | |
| 4 | Manejo de enfermería según prioridad a los pacientes crónicos para estabilizar su salud. | | | |
| 5 | Identifica rápidamente los problemas propios del desastre y la implementación de medidas para tratar y evitar su reaparición o las complicaciones. | | | |
| 6 | Apoya en la evaluación de las instalaciones como agua y saneamiento. | | | |
| 7 | Apoya en la atención de alimentación. | | | |
| 8 | Apoya en la atención en refugios. | | | |
| 9 | Apoya en un alojamiento alternativo: tiendas de campaña, alojamiento en edificios públicos o con familias de acogida. | | | |
| | DESPUÉS DE UN DESASTRE | | | |
| 10 | Participa en la evaluación de necesidades que permiten establecer acciones prioritarias. | | | |
| 11 | Asiste en el tratamiento de las enfermedades, lesiones o secuelas físicas derivadas del desastre. | | | |
| 12 | Asiste en las secuelas psicológicas trabajando en la salud mental de los afectados. | | | |
| 13 | Valora el nivel de ansiedad del paciente en casos de desastre. | | | |
| 14 | Brinda apoyo emocional y ayuda al paciente a identificar las situaciones que generan dicha ansiedad. | | | |
| 15 | Participa en la evaluación de la actuación en el desastre. | | | |

ANEXO N° 04

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema:

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

| PREGUNTAS | ESCALA DE VALIDACIÓN | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---|---|---|---|
| 1. ¿Considera Ud. Qué los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. ¿C | | | | | |
| 9. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? | | | | | |

PROCEDIMIENTO

1. Se construye una tabla donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

| Nº Ítems | EXPERTOS | | | |
|-------------|----------|---|---|---|
| | A | B | C | D |
| 1 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 2 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 3 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 4 | 4 | 4 | 5 | 5 |
| 5 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 6 | 5 | 4 | 5 | 5 |
| 7 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 8 | 4 | 5 | 4 | 4 |
| 9 | 5 | 5 | 5 | 3 |

2. Con las medidas resumen (promedio) de cada uno de los ítems se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$\text{DPP} = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + \dots + (X - Y_9)^2}$$

En este estudio: DPP = 1.72

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(0), con la ecuación.
4. La D máx. se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de :

Hallado con la fórmula:

$$D_{\max} = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_9 - 1)^2}$$

$D_{\max} = 11.70$

Donde: X = Valor máximo de la escala para cada ítem (5)

Y = Valor mínimo de la escala para cada ítem (1)

5. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre sí. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

| ESCALA | VALORACIÓN | | VALORACIÓN DE EXPERTOS |
|-----------------|---------------------|---|------------------------|
| 0.0 – 2.34 | Adecuación total | A | 1.72 |
| 2.34 - 4.68 | Adecuación total | B | |
| 4.68 - 7.02 | Adecuación promedio | C | |
| 7.02 - 9.36 | Escasa adecuación | D | |
| 9.36 - 11.70 | Inadecuación | E | |

6. El punto DPP debe caer en las zonas A y B, en caso contrario la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

En el presente caso, el valor DPP fue **1.72** cayendo en la zona “**A**” lo cual significa una **adecuación total** del instrumento y que puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

ANEXO N° 05

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El criterio de confiabilidad se determinó a través del coeficiente Alfa de Cronbach (índice de consistencia interna), mediante el método de la varianza, aplicado a la prueba piloto cuyos resultados fueron lo siguiente:

| INSTRUMENTO | | PILOTO/10 | |
|-------------|---------------|------------------|-----------------|
| | | Alfa de Cronbach | Nº de Elementos |
| 1 | Instrumento 1 | 0,89 | 16 |
| 2 | Instrumento 2 | 0,91 | 15 |

Considerando a Rosenthal (García 2005) propone una confiabilidad mínima de 0.50 para propósitos de investigación; También Vellis (García 2005) plantea que un nivel entre 0.70 a 0.80 es respetable y alrededor de 0.90 es un nivel elevado de confiabilidad. Por lo tanto, el instrumento es aplicable en la presente investigación.

ANEXO N° 06

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....
.acepto participar voluntariamente en el presente estudio, señalo conocer el propósito de la Investigación. Mi participación consiste en responder con veracidad y de forma oral a las preguntas planteadas.

El investigador se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informaran de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas. Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

FIRMA

.....

ANEXO N° 07

CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO DE VÍCTIMAS RESULTANTES EN CASO DE UN DESASTRE CREADO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2016)

| ÍTEM | CORRECTA | INCORRECTA | TOTAL |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------|-------|
| Un desastre natural es una destrucción de bienes materiales y pérdidas de vidas humanas. | 36 | 21 | 57 |
| Los desastres más comunes en nuestra región son: Sismos, lluvias y heladas. | 35 | 22 | 57 |
| La educación comunitaria se da dentro del momento 1 fase planificación y preparación antes de un desastre. | 43 | 14 | 57 |
| La clasificación ante un desastre se da por 3 momentos: antes, durante y después. | 52 | 5 | 57 |
| Una emergencia en un desastre es una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y que requiere una actuación inmediata. | 40 | 17 | 57 |
| La actuación en el durante involucra a todo el personal que trabaja en el establecimiento de salud para responder eficazmente con las actividades correspondientes para apoyar las acciones del antes, durante y después de un desastre o emergencia y reducir costos humanos y /o materiales. | 50 | 7 | 57 |
| La decisión más simple es atender ahora o atender después, utilizando la tarjeta de triaje simple METAJ o etiqueta de colores. | 37 | 20 | 57 |
| La codificación en el triaje es por el sistema START (sistema de tarjeteo). | 41 | 16 | 57 |
| La clasificación de los heridos se hace visible mediante un código de colores que informa sobre la prioridad asistencial, utilizando los colores rojo, verde y negro. | 35 | 22 | 57 |
| ¿Cree usted que si el manejo pre hospitalario de víctimas fuera eficaz, el proceso de triaje podría estar en manos del profesional de enfermería experimentado; y si no existiera un buen manejo pre hospitalario de las víctimas deberán ser manejadas por un | 43 | 14 | 57 |

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| médico o un anesthesiólogo experimentado del área de urgencias? | | | |
| Dentro de las acciones en el durante se menciona que la líder de enfermería se encarga de organizar e identificar a su personal el mismo que debe estar capacitado y especializado en desastres naturales de otras áreas para apoyar en la emergencia. | 50 | 7 | 57 |
| El equipo de salud encargado del triaje dentro del servicio de emergencia debe recibir al paciente con una tarjeta de color según la valoración del personal de atención pre hospitalaria. | 38 | 19 | 57 |
| Los pacientes de código rojo son prioridad 1 por que requiere una atención inmediata y son pacientes de Shock- trauma, fractura grave, obstrucción de las vías aéreas. | 32 | 25 | 57 |
| Los pacientes con código naranja son prioridad 2 tienen que ser atendidos no mayor o igual a 10 minutos son aquellos pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias. | 40 | 17 | 57 |
| Los pacientes con código amarillo son prioridad 3, pueden esperar una 1 hora para ser atendidos son aquellos con quemaduras con probable supervivencia, poli traumatizados estables, heridas torácicas sin asfixias. | 28 | 29 | 57 |
| En el área negro están los pacientes irreuperables, Quemaduras >40%, lesiones de columna cervical ausencia de sensibilidad y movimientos. | 30 | 27 | 57 |

Fuente: Cuestionario nivel de conocimiento sobre el manejo de victimas ante un desastre elaborado por la Organización Mundial de la Salud (2016).
Aplicado a enfermeros(as) de la Microrred de Salud Cono Sur, Tacna 2018.

ANEXO N° 08

LISTA DE COTEJO SOBRE EL MANEJO DE VÍCTIMAS ANTE UN DESASTRE POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2016)

| | ACCIONES DE ENFERMERÍA | SIEMPRE | A VECES | NUNCA |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|-------|
| DURANTE UN DESASTRE | | | | |
| 1 | El profesional de enfermería brinda cuidado de enfermería según las necesidades como área afectada por el desastre, el posible número de víctimas, el estado de las principales instalaciones sanitarias, | 4 | 50 | 3 |
| 2 | Participa en el triaje hospitalario. | 35 | 17 | 5 |
| 3 | Manejo de enfermería según prioridad a los pacientes agudos. | 34 | 10 | 13 |
| 4 | Manejo de enfermería según prioridad a los pacientes crónicos para estabilizar su salud. | 12 | 40 | 5 |
| 5 | Identifica rápidamente los problemas propios del desastre y la implementación de medidas para tratar y evitar su reaparición o las complicaciones. | 21 | 30 | 6 |
| 6 | Apoya en la evaluación de las instalaciones como agua y saneamiento. | 4 | 50 | 3 |
| 7 | Apoya en la atención de alimentación. | 35 | 17 | 5 |
| 8 | Apoya en la atención en refugios. | 34 | 10 | 13 |
| 9 | Apoya en un alojamiento alternativo: tiendas de campaña, alojamiento en edificios públicos o con familias de acogida. | 20 | 32 | 5 |
| DESPUÉS DE UN DESASTRE | | | | |
| 10 | Participa en la evaluación de necesidades que permiten establecer acciones prioritarias. | 18 | 37 | 2 |
| 11 | Asiste en el tratamiento de las enfermedades, lesiones o secuelas físicas derivadas del desastre. | 32 | 11 | 14 |
| 12 | Asiste en las secuelas psicológicas trabajando en la salud mental de los afectados. | 12 | 38 | 7 |
| 13 | Valora el nivel de ansiedad del paciente en casos de desastre. | 21 | 30 | 6 |
| 14 | Brinda apoyo emocional y ayuda al paciente a identificar las situaciones que generan dicha ansiedad. | 34 | 10 | 13 |
| 15 | Participa en la evaluación de la actuación en el desastre. | 12 | 40 | 5 |

ANEXO N° 09

RESOLUCIÓN DE EJECUCIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología,
Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N°8883-2019-FACS/UNJBG

Tacna, 21 de diciembre del 2018

VISTO:

El Informe N° 274-2018-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS. Remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad de Enfermería, solicita designación de Asesor para el proyecto de tesis y, autorización para ejecución presentado por las Est. Lic. Nancy Susana Canque Llanqui y Est. Lic. Ruth Roxana Canque Llanqui, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante la Resolución de Consejo Universitario N° 14127-2017-UN/JBG, se aprueba el Reglamento de Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería, en el Capítulo III, Art. 07° la Tesis se desarrollará de manera individual o grupal (02 personas);

Que, las Est. Lic. Nancy Susana Canque Llanqui y Est. Lic. Ruth Roxana Canque Llanqui, de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Informe N° 274-2018-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS, remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería, solicita se designe Asesor del Proyecto de Tesis titulado: **NIVEL DE CONOCIMIENTO Y SU RELACIÓN CON EL MANEJO DE VÍCTIMAS RESULTANTES EN CASO DE UN DESASTRE EN EL ENFERMERO(A) DE LA MICRORRED DE SALUD COMO SUR, TACNA 2018**, presentado por las Est. Lic. Nancy Susana Canque Llanqui y Est. Lic. Ruth Roxana Canque Llanqui, alumnas de la Segunda Especialidad: Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres, de la Facultad Ciencias de la Salud, teniendo como Asesora a la Lic. Esp. Elide Eufemia Tipacti Sotomayor.

Que, teniendo opinión favorable de su Asesora Lic. Esp. Elide Eufemia Tipacti Sotomayor, se procede a autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado.

De conformidad con el Art.70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N°30220, y en lo expuesto en la R.R.N°006-2015-UNJBG, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ART. 1°: Oficializar la Designación de la Lic. Esp. Elide Eufemia Tipacti Sotomayor, como Asesora del Proyecto de Tesis titulado: **NIVEL DE CONOCIMIENTO Y SU RELACIÓN CON EL MANEJO DE VÍCTIMAS RESULTANTES EN CASO DE UN DESASTRE EN EL ENFERMERO(A) DE LA MICRORRED DE SALUD COMO SUR, TACNA 2018**, presentado por las Est. Lic. Nancy Susana Canque Llanqui y Est. Lic. Ruth Roxana Canque Llanqui, alumnas de la Segunda Especialidad: Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres de la Facultad Ciencias de la Salud

ART. 2°: Autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado por las Est. Lic. Nancy Susana Canque Llanqui y Est. Lic. Ruth Roxana Canque Llanqui, alumnas de la Segunda Especialidad-Enfermería, de la Facultad Ciencias de la Salud

Regístrese, comuníquese y archívese.

