

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Segunda Especialidad en Enfermería

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

TESIS

Presentada por:

Lic. Nancy Aquino Huanca

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

TACNA - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

SECCIÓN SEGUNDA ESPECIALIDAD

**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**

TESIS

Presentada por:

LIC. NANCY AQUINO HUANCA

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
Presidente



Dra. María del Carmen Silva Cornejo
Miembro



Lic. Esp. Elide Tipacti Sotomayor
Miembro



Mgr. María Lourdes Vargas Salcedo
Asesora

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser fuente de mi inspiración y fortaleza, y permitirme compartir este estudio.

A todas las personas que participaron e hicieron posible esta investigación.

A la Mgr. María Lourdes Vargas Salcedo, porque su guía, enseñanza, asesoría y consejos, permitió desarrollar este trabajo de investigación.

A la Dra. Elena Cachicatari Vargas, por su paciencia, acompañamiento y motivación para seguir superándome y por enseñarme con su calidad humana y experiencia la importancia del cuidado de enfermería.

Al Personal del C.S. Leoncio Prado por su desinteresada y motivadora participación, y muy especialmente a su Gerente, por brindarme todas las facilidades y el campo de estudio.

Nancy Aquino Huanca.

DEDICATORIA

A mis amados hijos Valentina y Cori por su comprensión y paciencia, y por ser mi motivo de superación para vivir conmigo una mejor calidad de vida.

A mis muy queridos padres Valentina y Delfín por la formación que me dieron, por motivarme a seguir mis sueños, y apoyarme en mis metas.

A mis maestros y colegas por motivarme a descubrir nuevos conocimientos.

Nancy Aquino Huanca.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	01
CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción del Problema	03
1.2 Formulación del problema	08
1.3 Objetivos	09
1.4 Justificación	10
1.5 Hipótesis	12
1.6 Operacionalización de Variables	13
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la Investigación	14
2.2 Base teórica	19
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Tipo y Diseño de Investigación	59
3.2 Población y Muestra	59
3.3 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	60
3.4 Procedimiento de recolección de Datos	62

3.5	Procesamiento y análisis de datos	62
CAPÍTULO IV	DE LOS RESULTADOS	
4.1	Resultados	63
4.2	Discusión	79
CONCLUSIONES		91
RECOMENDACIONES		93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		95
ANEXOS		102

RESUMEN

El presente estudio titulado Nivel de Conocimiento y su relación con el Manejo de Víctimas en casos de Sismos en el C.S. Leoncio Prado, de diseño cuantitativo, nivel relacional tipo descriptivo de corte transversal, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento del personal de salud y su relación con el manejo de víctimas en casos de un sismo en el C. S. Leoncio Prado, concluye que la población fue mayoritariamente femenina, adulta, profesionales de enfermería, con 1 a 5 años de experiencia. Más del cincuenta por ciento (51,3%) presenta un nivel de conocimiento bajo, el personal demuestra un manejo desfavorable de víctimas en caso de sismo, se caracteriza porque: siempre organizan las áreas de parto y triaje (46,2%), siempre se han organizado de manera tal que los miembros del equipo de triaje no abandonaron el área (43,6%), y siempre hacen uso de las tarjetas de triaje (46,2%). Al realizar la prueba estadística χ^2 y con nivel de significancia del 0,38% se afirma que el nivel de conocimiento se relaciona con el manejo de víctimas en caso de sismo.

Palabras clave: Sismo, Nivel de conocimiento, Manejo de víctimas

ABSTRACT

This study entitled Level of Knowledge and Relationship Management in Case of Earthquake Victims in C. S. Leoncio Prado, Design quantitative, descriptive, observational, transverse and quasi-experimental relational level, whose objective was to determine the level of knowledge of health personnel and their relation to the handling of victims in case of an earthquake in the CS Leoncio Prado It concludes that the population was predominantly female, adult, nurses, with 1-5 years experience. More than fifty percent (51.3%) has a low level of knowledge, staff shows an unfavorable attitude in handling victims in case of an earthquake is characterized in that: always organized the Birth and the triaje area (46, 2%), they have always been organized so that the triaje team members did not leave the area (43.6%), and always make use of triaje cards (46.2%). When performing Chi² statistical test and significance level of 0.38% we can say that the level of knowledge relates to the handling of victims in case of an earthquake.

Keywords: Earthquake, level of knowledge, management of victims.

INTRODUCCIÓN

A través de los años, el Perú está signado por una cadena de movimientos telúricos que han dejado una historia de drama y dolor.

Nuestro país, está ubicado dentro del “Cinturón de Fuego” y casi al borde del encuentro de dos placas tectónicas, la Sudamericana y la de Nazca, las que como explican los especialistas, alternan entre ellas, produciéndose un efecto llamado de subducción, el que ha provocado en los últimos años un gran número de sismos de gran poder destructivo en la parte occidental de nuestro territorio. Los sismos locales y regionales tienen su origen en la existencia de fallas geológicas locales, siendo estos movimientos telúricos de menor magnitud, pero al producirse muy cerca de la superficie, tienen un gran poder destructor.¹

En los últimos años, nuestro país ha puesto especial interés en la organización de planes, capacitación para las distintas variantes en situaciones de desastres, este enfoque incluye un proceso de alerta y plan de aviso coherentes, actividades en el lugar del siniestro y la recepción de las víctimas en los Establecimientos de Salud, basados en procedimientos preestablecidos para la movilización de recursos, y el

adiestramiento específico del personal de respuesta en sus diversos niveles e incluye además enlaces entre todos los componentes para una respuesta multisectorial.

La capacidad del personal profesional y técnico de salud se pone a prueba cuando debe socorrer, valorar, diagnosticar, tratar, recuperar cuidar y rehabilitar a las víctimas de sismos que en muchos casos superan sus posibilidades de asistencia, pues hay que combinar el equipo logístico, protocolos de atención con todos los conocimientos adquiridos para ponerlos en función de los principios fundamentales: Salvar la mayor cantidad de vidas, no causar más daños que los ya existentes y resolver la situación en el menor tiempo posible.²

En tal sentido el presente estudio tiene como objetivo determinar el nivel de conocimientos en el manejo de las víctimas de sismos, por lo que se desarrolló el presente en cuatro capítulos el primero del planteamiento del problema describe y formula el problema, el segundo capítulo del marco teórico describe los antecedentes y la base teórica, el tercero de la metodología describe el diseño, nivel y tipo de investigación, además de describir la muestra y los instrumentos, el cuarto y más importante describe los resultados y la discusión análisis, finalizando con las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define Urgencia Sanitaria como “la aparición fortuita (imprevista e inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”.³

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el desastre, es todo suceso que causa destrucción y zozobra ocasionando demandas que exceden la capacidad de repuesta de la comunidad afectada. Desde el punto de vista médico, corresponde a todo evento que provoca un número total de víctimas que superan la capacidad de atención médica habitual de una localidad.⁴

Un incidente con víctimas masivas es aquella situación de emergencia que genera más pacientes que los servicios disponibles localmente pueden manejar usando los procedimientos rutinarios, por lo que se requiere la aplicación de medidas y de asistencia extra ordinarias, causando a la vez la alteración del curso normal de los servicios de salud y emergencias.⁵

Los desastres representan un gran problema para todas las instituciones y sistemas de un país; su llegada de forma imprevista condiciona afectaciones económicas y de la salud. En las últimas tres décadas, América Latina y el Caribe han sufrido el impacto de más de 1000 grandes eventos y un número mucho mayor de otros de menor magnitud; se estima que en esta zona ocurre un gran desastre cada 233 días, uno mediano cada 14 días y 5,2 pequeños por día.

Según el Ministerio de Salud (MINSA) los servicios de emergencia afrontan una demanda cada vez mayor de pacientes con riesgo de vida, producto de las transformaciones sociales, incremento de delincuencia, vandalismo, accidentes de tránsito, así como desastres naturales; por lo que se evidencia la necesidad de contar con personal altamente calificado en su desempeño, con habilidades

cognitivas, actitudinales y procedimentales, que le permitan brindar una atención oportuna y segura.⁶

La magnitud de los eventos sísmicos causa tanto daño material; como humano, así podemos recordar algunos eventos más trascendentales en los últimos años:

En el 2009, en Costa Rica el 8 de enero se sintió un movimiento telúrico de una magnitud de 6,2° dejando más de 30 muertos y desaparecidos en la turística región del volcán Poas, a unos 40 km de San José, la capital. En Honduras el 28 de mayo: un sismo de magnitud 7,1" sacude a la costa norte, dejando siete muertos.

En el 2010, en Haití el 12 de enero hubo un sismo de magnitud 7° destruyendo fundamentalmente una gran parte de la capital, Puerto Príncipe, y deja entre 200 000 y 250 000 muertos, unos 300 000 heridos y más de un millón de personas desplazadas. En Chile el 27 de febrero un fuerte sismo de 8,8° y un tsunami hacen estragos en el centro-sur del país y dejan más de 520 muertos. Muchas de las víctimas son registradas en Maule, a unos 300-400 km al sur de Santiago, una zona del litoral sumergida en algunas partes por una ola de 2 a 6 metros.

El año 2012, en Guatemala el 7 de noviembre se sintió un sismo submarino de magnitud 7,4° sacude a la costa del Pacífico, dejando 44 muertos y desaparecidos. La zona más afectada fue el departamento de San Marcos, a unos 250 km al oeste de la capital.

En el 2014, en Chile, el 1º de Abril un potente sismo de magnitud 8,2° deja seis muertos en las regiones de Arica, Iquique y Antofagasta, a unos 1.800 km al norte de Santiago, este terremoto provocó algunas olas de tsunami en el litoral; también se lanzan alertas de maremoto en Perú, Honduras, Ecuador e Indonesia.⁷

El 2015, en Chile el 13 de Setiembre un sismo de 8,3° en la escala de Richter y el epicentro se ubicó a unos 177 kilómetros al norte de la ciudad costera de Valparaíso, dejando un total de 14 muertos y más de 600 damnificados.⁷

El Perú es un país eminentemente sísmico, se encuentra ubicado en la cordillera de los Andes y en el Cinturón de Fuego del Pacífico, se encuentran asimismo más del 75% de los volcanes activos e inactivos del mundo.

La ciudad de Tacna está ubicada en el extremo Sur del Perú, frontera con Chile, en una región de especiales características geológicas donde el borde continental de Sudamérica muestra una importante

inflexión, y paralelamente la cordillera de los Andes sufre también un cambio de rumbo producto de la geodinámica interna del planeta, que condicionan la ocurrencia de fenómenos físicos muy importantes como sismicidad. En el 2001 el 23 de junio en Perú ocurrió un terremoto de magnitud 7,9° en la escala de Richter en el sur de Perú deja más de 100 muertos y 70 000 personas sin hogar. También se registran réplicas en el oeste de Bolivia y el norte de Chile. ⁸

La Universidad Nacional Jorge Basadre y el instituto Nacional de Defensa Civil de Tacna coinciden en decir que los suelos del distrito de Ciudad Nueva y el distrito Alto del Alianza son de fácil deslizamiento frente a las reacciones sísmica de gran intensidad. Las zonas más seguras para realizar una edificación son: en los distritos de Cercado y Gregorio Albarracín ya que en esas zonas los suelos son gravas.

Todos los científicos coinciden que hay silencio sísmico en la zona sur del Perú y la parte norte Chile, considerando que el terremoto que podría ocurrir traería consecuencias catastróficas para esta parte del continente. ⁸

A pesar de existir publicaciones bibliográficas, audiovisuales y virtuales a cerca de los riesgos sísmicos, no se toma conciencia e

incluso continúan las construcciones en las áreas de alto riesgo sísmico.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el 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 de Tacna 2015?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General:

Determinar el nivel de conocimiento del personal de salud, y su relación con el manejo de víctimas en casos de un sismo en el C. S. Leoncio Prado de Tacna 2015.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- a) Identificar las características personales (edad, sexo, profesión, tiempo de servicio, ocupación) del personal de salud que labora en el C.S. Leoncio Prado.
- b) Determinar el nivel de conocimiento del personal de salud sobre los desastres y el manejo de víctimas en caso de sismos del C.S. Leoncio Prado.
- c) Identificar el manejo de víctimas en casos de sismo y las principales reacciones que presenta el personal de salud del C.S. Leoncio Prado en caso de sismo.

1.4. Justificación

Los desastres se han convertido en un problema en aumento que preocupa a los Gobiernos de todo el mundo y a las agencias internacionales. La reducción de su recurrencia, severidad e impacto, especialmente en los países en desarrollo, es uno de los principales retos para el desarrollo en la actualidad. Adicionalmente, el reciente énfasis al análisis de los efectos del cambio climático, hacen que la gestión del riesgo sea indispensable como una de las actividades de adaptación al cambio climático en el ámbito nacional y local. ⁶

El país está permanentemente amenazado por fenómenos naturales de gran poder destructivo que pueden desencadenar desastres de considerables magnitudes, los cuales pueden afectar directamente la vida y la salud de las personas, así como el funcionamiento de los servicios básicos, especialmente los de salud. Este es el caso de los terremotos y maremotos, entre otros; a los que deben añadirse los sucesos producidos por la actividad humana como los accidentes masivos del transporte, los incendios urbanos y epidemias, etc. ⁹

La preparación del personal de enfermería, debe incluir evaluación de riesgos y manejo multidisciplinario en todos los niveles de atención,

esto es crítico para la liberación de respuesta efectiva de necesidades en salud de la población golpeada por el desastre, a corto, mediano y largo plazo. el rol de enfermería implica funciones como: determinar la magnitud del evento, definir las necesidades de salud de los grupos afectados, establecer prioridades y objetivos, identificar problemas potenciales y actuales de salud pública, determinar recursos necesarios para responder a las necesidades identificadas, colaborar con otros profesionales, agencias gubernamentales y no gubernamentales .

Se justifica la realización de este trabajo en vista de que son escasos los antecedentes de nivel de conocimiento sobre desastres en enfermería, por lo que es necesario abordar este tema ya que es muy importante en el dominio de las competencias y el presente estudio puede ser ejemplo y servir de fuente a trabajos similares.¹⁰

La primera respuesta es primordial en casos de sismo; en tal sentido los establecimientos de salud del primer nivel de atención, permiten la descongestión de los servicios de mayor complejidad, así podemos mencionar que cuando ocurre un sismo muchas veces no se priorizan las víctimas según su gravedad y se atiende a todos, desde un simple corte hasta un TEC grave en consecuencia estas víctimas saturan los servicios hospitalarios. En tal sentido la presente investigación puede

permitir un cambio en el nivel de conocimiento y el manejo adecuado por parte del personal que labora en el C.S. Leoncio Prado. El presente trabajo evidencia la importancia de fortalecer los conocimientos y capacidades para el manejo de víctimas de sismos.

1.5. Hipótesis

El nivel de conocimiento del personal de salud se relaciona con el manejo de víctimas en casos de sismos del Centro de Salud Leoncio Prado Tacna 2015.

1.6. Variables

1.6.1. Variable independiente

El nivel de conocimiento.

1.6.2. Variable dependiente

Manejo de víctimas en casos de sismos.

1.6.3. Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
El nivel de conocimiento sobre el manejo de víctimas en casos de sismos	Es el grado de conocimiento del personal de Salud en cuanto, a las acciones a realizar cuando, la cantidad de víctimas o agravados resultantes de desastre sobrepasa la capacidad operativa del centro de salud.	Conocimientos sobre desastres	Definición	Ordinal
			Tipos de desastres	
		Conocimientos sobre triaje	Definición	Dicotómica (verdadero o falso)
			Clasificación	
			Uso de Tarjetas	
		Conocimientos acerca de las acciones brindadas por el personal de salud	Antes	Clasificación Nivel de conocimiento Alto Nivel de conocimiento Medio Nivel de conocimiento Bajo
			Durante	
			Después	
		Manejo de víctimas en casos de sismo	Principios de víctimas en masa	
			Tipos de alerta	
Manejo de víctimas de desastres de sismos	Conjunto de procedimientos aplicados en el foco del evento adverso y durante el transporte asistido, con el propósito de salvar la mayor cantidad de vidas y brindar el mejor tratamiento a la salud de las víctimas.	Atención de desastres en Centros de Salud	Funciones en la asistencia de emergencia	Ordinal
		Recomendaciones para el funcionamiento de los centros de salud en situaciones de desastres	Área de distribución	
			Área de intercambio de camillas	
			Sección de recepción o registros	
			Sección de clasificación triaje	Clasificación del manejo de víctimas de sismo: Favorable (56-71) Desfavorable (36-56)
			Sección de Curaciones y cirugías menores	
			Sección Anti Shock	
			Sección de aislamiento	
			Laboratorio:	
		Área de evacuación		
Triaje	Funciones del triaje			

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

MAITA ROJAS, A.F. (2013) ¹ en su estudio titulado *Conocimientos del personal de salud sobre la respuesta ante un desastre por sismo, en el Centro de Salud Señor de los Milagros: Huaycán Lima Perú*, concluye que:

El mayor porcentaje 55,0% 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 permiten llevar a cabo acciones anticipadas ante un desastre, definición de plan de contingencia ante un desastre, componentes del plan de contingencia, finalidad de la mitigación, definición del centro de operaciones de emergencias (COE), comisiones que no forman parte del COE, enunciados que se relacionan al triaje, código de colores del 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.

RODRÍGUEZ GARCÍA MC. (2012) ¹¹ En su estudio titulado *Análisis de la Evolución de la Demanda Asistencial en el Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de León*, concluye que la demanda asistencial aumentó progresivamente a lo largo de los años, este incremento ha tenido lugar principalmente a expensas de un crecimiento progresivo de áreas como traumatología y pediatría, con descenso y estabilización en los últimos años en la frecuentación del área de generales. Los accidentes de tráfico y laborales no han sufrido variabilidad interanual en el periodo analizado. En relación con los diferentes indicadores asistenciales. El conocimiento de la situación, de las características del entorno y de las peculiaridades de los pacientes que acuden a urgencias facilita la toma de decisiones encaminadas a resolver problemas de saturación y elevar la calidad de la asistencia prestada.

LÓPEZ Y. (2010) ¹² en su estudio: *Plan de Manejo de Víctimas en Situación de Emergencia y Desastre, dirigido el personal de Enfermería de los Hospitales del Seguro Social del Municipio Maracaibo y San Francisco del Estado Zulia*, Los resultados indicaron con respecto al nivel de instrucción 62,2% de los profesionales de enfermería son licenciados. Con relación al conocimiento sobre el código de colores para la clasificación de los lesionados, se determinó que dicho conocimiento es deficiente por agruparse el mayor porcentaje 44,6% en la alternativa indiferente. Con respecto a las etapas de un plan de manejo de víctimas, sólo 46,4% de los profesionales poseen conocimientos. Y al evaluar las ventajas del plan el 48,2% de los profesionales de enfermería consideró que una de las ventajas de un plan de manejo de víctimas es la reducción el tiempo de atención al paciente, así como permite mantener un plan para la recepción masiva de heridos y lesionados.

VENEGAS, L. RODRÍGUEZ, P. UZCATEGUI, Y. (España-2004) ¹³ realizó un estudios “Nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre manejo de víctimas resultantes de desastres unidad de emergencia general “Dr. Rui Medina” Hospital Central

Universitario “Antonio María Pineda” Barquisimeto-Lara”, Concluye que:

El 73,8% tienen conocimiento y el 26,1% no tienen conocimiento sobre generalidades de desastres, en la atención y manejo de múltiples víctimas en situación de desastres el 71,6% tiene conocimiento, mientras que el 28,3% no tiene conocimiento. Asimismo, en cuanto al uso de sistema de códigos de colores para referencia de víctimas en caso de desastres 65,0% tiene conocimiento y 35,0% no tienen conocimiento. Según las acciones brindadas en situación de desastre (durante y después) 51,0% tienen conocimiento, mientras que el 48,3% no tienen conocimiento.

IVELTE, A. (Ecuador-2003) ¹⁴ realizó un trabajo de investigación “Nivel de Preparación del Equipo de Salud ante una situación de desastre con saldo masivo de víctimas en el Ambulatorio Urbano Tipo III, La Carucieña.

Los resultados demostraron que el 76,0% se ubicó como satisfactoria en todos los tópicos, el 93,0% consideró que los recursos financieros eran insuficientes y los físicos inadecuados con un 78,0%, un 85,0% de la muestra desconoce la existencia de

un plan de respuesta. Se compararon estos resultados con 2 trabajos de la misma línea realizados en ambulatorios de esta ciudad. Se concluyó que el nivel de preparación del equipo de salud es satisfactorio, pero la falta de recursos financieros, la vulnerabilidad de la infraestructura y la falta de planes de respuesta ubican al ambulatorio en un nivel de preparación no adecuado.

2.2. Bases teórico-científicas

2.2.1. Conocimiento

El conocimiento es el conjunto de datos, hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto, y que se caracteriza por ser un proceso activo.

Mario Bunge define el conocimiento como un “conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos e inexactos, calificándolas en conocimiento científico, ordinario o vulgar”. Siendo el conocimiento científico aquellos probados y demostrados, y conocimiento ordinario o vulgar aquellos que son inexactos productos de la experiencia y que falta probarlo o demostrarlo. Así el conocimiento se obtiene básicamente a través de 2 formas.¹⁴

a) Conocimiento informal:

Conocimiento informal que se adquiere en la calle, el de la experiencia, el que se ha transmitido oralmente y se ha

practicado sin una metodología pedagógica o procesos didácticos.¹⁴

b) Conocimiento formal:

Es aquello que se imparte en las escuelas o instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular que están basados en hechos comprobados a través de investigaciones.¹⁵

Medición del conocimiento:

Según sus características el conocimiento se puede clasificar y medir de la siguiente manera:

- **Cuantitativamente**, según: *Niveles o Grados*: alto, medio, bajo utilizando la *Escala* Numérica: de 0 al 20; de 10 a 100, etc. y
- **Cualitativamente**: correcto, incorrecto; completo e incompleto; verdadero, falso.¹⁴

En la presente investigación la medición del nivel de conocimiento está relacionada al manejo de víctimas de sismos; pues el personal de enfermería debe estar preparado tanto en la teoría como en la

práctica, para desenvolverse de una manera óptima, disminuyendo y mitigando los daños en la persona,¹⁴ por lo tanto la medición del conocimiento será de manera cuantitativamente.

2.2.2. Generalidades sobre desastres

a) Desastre:

Es un evento de la suficiente magnitud, que altera la estructura básica y el funcionamiento normal de una sociedad o comunidad, ocasionando víctimas y daños o pérdidas de bienes materiales, infraestructura, servicios esenciales o medios de sustento a escala o dimensión más allá de la capacidad normal de respuesta de las comunidades o instituciones afectadas para enfrentarlas sin ayuda.¹⁵

Características de los desastres

Ocurre en la mayoría de los casos en forma repentina e inesperada, representan la pérdida de vida y salud de la población, existe destrucción o pérdida de los bienes de una colectividad y daños severos sobre el medio ambiente, provocan desorganización de los patrones normales de vida

generando adversidad, desamparo y sufrimiento en las personas y demandan la necesidad de asistencia y de intervención inmediata.¹⁶

Clasificación de los desastres:

- ✓ **Desastre natural:** Es aquél causado por la naturaleza, hace referencia a las enormes pérdidas materiales y vidas humanas ocasionadas por eventos o fenómenos naturales como los terremotos, inundaciones, tsunamis, deslizamientos de tierra, deforestación, contaminación ambiental y otros y medido generalmente a través de un parámetro, el cual varía dependiendo del tipo de fenómeno

Dentro de los cuales se encuentran los:

- Generados por proceso dinámicos en el interior de la tierra:
 - Sismos
 - Tsunami
 - Erupción Volcánica

- Generados por procesos dinámicos en la superficie de la tierra:
 - Deslizamientos
 - Derrumbes
 - Aludes
 - Aluviones o huaycos

- Generados por fenómenos meteorológicos o hidrológicos:
 - Inundaciones
 - Sequías
 - Heladas
 - Tormentas
 - Granizadas
 - Tornados y Huracanes (no se presentan en el país)

- ✓ **Desastre de origen biológico:** Se pueden englobar en este punto a las epidemias de enfermedades contagiosas y plagas de insectos, las epidemias pueden verse como desastres por derecho propio e influyen recíprocamente con la vulnerabilidad humana y los desastres naturales, existiendo muchas

variaciones en la relación entre las enfermedades, los desastres y el desarrollo. Entre estos tenemos:

- Epidemias
- Plagas

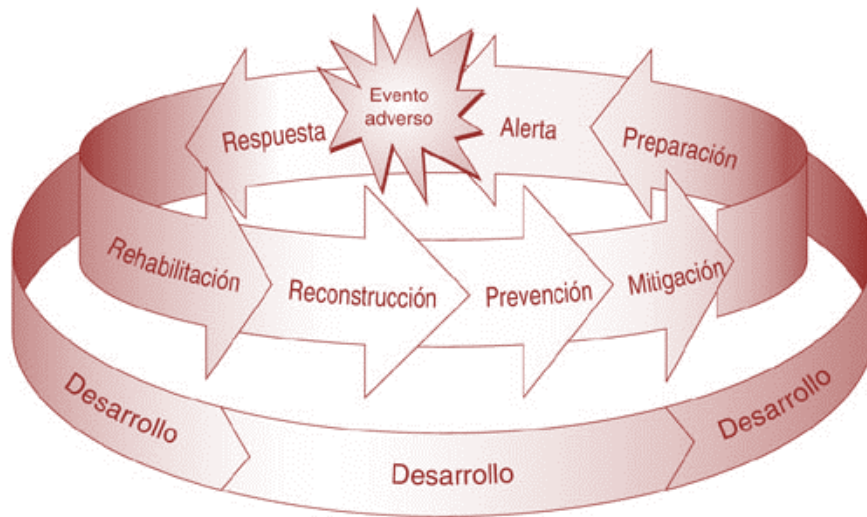
✓ **Desastres de origen Tecnológico:** Es la situación, derivada de un accidente en el que se involucran sustancias químicas peligrosas o equipos peligrosos; que causa daños al ambiente, a la salud, al componente socioeconómico y a la infraestructura productiva de una nación o bien de un sistema, siendo estos daños de tal magnitud que exceden la capacidad de respuesta del componente del afectado, entre los que se encuentran:

- Incendios
- Explosiones
- Derrame de sustancias químicas
- Guerras
- Subversión
- Terrorismo
- Contaminación Ambiental

Desde la perspectiva de la salud pública, los desastres se definen por su efecto sobre las personas; de otra forma, se trataría simplemente de fenómenos geológicos, meteorológicos u otros simplemente interesantes. Lo que para una comunidad puede ser un desastre, no lo es necesariamente para una comunidad diferente.

Ciclo de los desastres

Se analiza y estudia, en forma sistemática como una secuencia cíclica de etapas que se relacionan entre sí, y que se agrupan en tres fases: antes, durante y después. Debido a que es difícil identificar el inicio y el fin de cada una de estas fases, es preferible hablar de las diferentes etapas del ciclo de los desastres, etapas que se presentan en el siguiente esquema:



CICLO DE LOS DESASTRES

La planificación de operaciones de emergencia - fase también llamada de preparativos - consiste en diseñar una serie de actividades que, ejecutadas debidamente, permitirán prepararse con anterioridad al impacto y dar una respuesta rápida durante el desastre. Es importante identificar las actividades que se deben realizar durante el ciclo de los desastres, sobre todo las correspondientes a la fase anterior y las acciones de respuesta, muy especialmente las de operación y mantenimiento de los sistemas de agua potable y alcantarillado. En el proceso de planificación para situaciones de emergencia y desastre, el *período anterior al impacto* de un evento adverso es el más importante es en este momento cuando se puede prever el comportamiento de la

empresa y de los componentes físicos de los sistemas de agua potable y saneamiento.

Básicamente comprende tres etapas:

- Prevención
- Mitigación
- Preparación

Una vez ocurrido el desastre se inician las actividades de *respuesta*, que comprenden búsqueda, rescate, socorro y asistencia a personas. Las empresas administradoras de los servicios de agua y saneamiento deben responder de forma ágil - según lo diseñado en el plan de emergencia - así como tratar de mantener la mayor cantidad de agua en los tanques de almacenamiento, hasta tanto se sepa con seguridad la situación real de los sistemas.

Las etapas a desarrollar *después* de ocurrido el desastre son las siguientes:

- Rehabilitación
- Reconstrucción

Las acciones de rehabilitación en los sistemas de agua y saneamiento son de vital importancia, ya que al restablecer estos

servicios en el menor tiempo posible se puede garantizar, en buena medida, la salud de la población.

Los Sismos:

Son uno de los fenómenos naturales más frecuentes en nuestro medio. Caracterizado por:

- ✓ La rapidez con que generan.
- ✓ El ruido que generalmente lo acompaña.
- ✓ Los efectos sobre el terreno.
- ✓ Ocurren en forma repentina e inesperada.
- ✓ Su capacidad de destrucción e interferencia en el desarrollo.

Son los movimientos de la corteza terrestre, el nombre de sismo es más utilizado (terremoto se refiere a sismos de grandes dimensiones). Los sismos se originan en el interior de la tierra y se propaga por ella en todas direcciones en forma de ondas. Son de corta duración e intensidad variable y son producidos a consecuencia de la liberación repentina de energía.

Características de los sismos

- El punto exacto en donde se origina el sismo se llama foco o hipocentro, se sitúa debajo de la superficie terrestre a unos

pocos kilómetros hasta un máximo de unos 700 km de profundidad.

- El epicentro es la proyección del foco a nivel de tierra, es decir, el punto de la superficie terrestre situada directamente sobre el foco, donde el sismo alcanza su mayor intensidad.
- El fallo (falla) de una roca es causado precisamente por la liberación repentina de los esfuerzos (compresión, tensión o de cizalla) impuestos al terreno.
- Las diversas ondas sísmicas viajan a diferentes velocidades.
- Las escalas utilizadas para clasificar un sismo según su tamaño son: la Intensidad y la Magnitud.¹⁶

Medida de los sismos

- ✓ La intensidad está relacionada a los efectos que provoca un terremoto. Depende de las condiciones del terreno, la vulnerabilidad de las construcciones y la distancia epicentral. La escala tiene carácter subjetivo y varía de acuerdo con la severidad de las vibraciones producidas y los daños provocados en un lugar determinado. Tiene en cuenta los daños causados en las edificaciones, los efectos en el terreno, en los objetos y en las personas. Si bien existen diferentes escalas de

Intensidad, la más utilizada en el hemisferio occidental es la Mercalli Modificada (MM), que es cerrada y tiene doce grados expresados en números romanos (desde el I al XII).

- ✓ La magnitud es una medida instrumental relacionada con la energía elástica liberada por el sismo, y propagada como ondas sísmicas en el interior y en la superficie de la tierra. Es independiente de la distancia entre el hipocentro y el sitio de observación, y resulta en un valor único, que se obtiene matemáticamente del análisis de los sismogramas. Existen diferentes escalas para medir la Magnitud, aunque la más difundida es la de Richter. Ésta es una escala abierta, logarítmica, que consta de 9 grados y es la más utilizada.

Manejo de víctimas en casos de sismos:

Es el conjunto de procedimientos médico de emergencia, aplicados en el foco del evento adverso y durante el transporte asistido con el propósito de salvar la mayor cantidad de vida y brindar el mejor tratamiento a la salud de las víctimas. La atención de salud en el

sitio del suceso se debe decidir según los parámetros de ventilación, perfusión y conciencia:

Está dirigida a las víctimas de un evento con saldo numeroso de heridos con el objeto de reducir al mínimo las discapacidades y pérdida de vidas. El sistema de atención de víctimas en caso de sismo se refiere a un grupo de unidades, organizaciones y sectores que funcionan conjuntamente, aplicando procedimientos institucionalizados, para reducir al mínimo las discapacidades y la pérdida de vidas ocasionadas en siniestros que generan demanda masiva mediante la utilización eficaz de todos los recursos existentes.

Características del manejo de víctimas en caso de sismo:

- Procedimientos preestablecidos, que deben emplearse en las situaciones diarias de emergencia y adaptarse para responder a incidentes de grandes proporciones.
- Aprovechamiento al máximo de los recursos existentes, agilizar y ampliar los procedimientos cotidianos para aprovechar al máximo los recursos existentes.
- Preparación y respuesta multisectoriales, estableciendo una cadena de socorros multisectorial bien coordinada.
- Estricta planificación y organización.

- Restablecer con prontitud y eficacia las operaciones normales de los servicios de emergencia y atención de salud.
- Coherencia del proceso de alerta.
- La movilización activa y el manejo de los recursos disponibles.
- El manejo adecuado en el lugar del siniestro.
- Los enlaces de la organización prehospitalaria y hospitalaria.
- El manejo de los enfermos hospitalizados y el flujo de víctimas.
- El manejo de las evacuaciones primarias y secundarias.
- La información actualizada a las autoridades y familiares de las víctimas.¹⁷

Cuidados de enfermería en los desastres

Los cuidados de Enfermería implica todos aquellos cuidados que un enfermero, tal como se denomina al profesional que desempeña la actividad, le brinda a un paciente, ya sea para tratar o prevenir alguna enfermedad que esté padeciendo o bien la asistencia que le proporciona al mismo luego que éste haya sido sometido a una práctica quirúrgica, sufre alguna enfermedad médica o es víctima de un desastre.²⁰

Por lo general 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.²⁰

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. ^{21 y 22}

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, por lo tanto para la intervención de enfermería se tiene la necesidad de entender el ciclo de los desastres porque sus intervenciones dependerán mucho del momento, entorno y/o circunstancias en que se presentan los desastres. Las acciones de enfermería se pueden preparar en el antes, durante y después, a continuación se procede a la descripción detallada de dichas intervenciones. ²⁵

A. Acciones de Enfermería ANTES del desastre

El objetivo de esta etapa es la prevención para una respuesta oportuna, esta 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.²⁵

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.²¹

Para tratar de reducir la vulnerabilidad de las poblaciones expuestas a un cierto riesgo, los enfermeros pueden participar en diferentes labores preventivas.^{22 y 23}

Principales actividades a desarrollar:

- **Valoración previa y plan de respuesta al desastre.** La valoración previa tiene como objetivos estudiar la vulnerabilidad y los riesgos particulares que presenta una determinada población (análisis de riesgos) y conocer los recursos médicos y sociales de que se dispone.²²

Una vez que 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.

- **Organizar 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); porque 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.

Desarrollo 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 porque cuanto mayor sea la información que maneja la población 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, ya que estos mejorarían la respuesta de la población general, siendo ésta más organizada, y

disminuiría la ansiedad de los ciudadanos al tener claro qué deben hacer.²³

B. Acciones de Enfermería DURANTE el desastre

Esta fase comprende la etapa de respuesta, donde se desarrollan todas las acciones ante un evento adverso, comprende acciones de evacuación, búsqueda, rescate, de asistencia sanitaria y otras que se realizan durante el tiempo que la comunidad se encuentra desorganizada y los servicios básicos no funcionan. La principal herramienta con se cuenta en la respuesta es la aplicación del plan previamente elaborado y tiene como objetivos el salvar vidas, reducir el sufrimiento y disminuir pérdidas.

La fase de respuesta es compleja, porque además de la gran cantidad de entidades que participan, el problema mayor radica en la toma de decisiones sin medir sus repercusiones.

Las principales actividades a realizar en esta fase son:

- ✓ **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. ²¹
- ✓ **Cuidados de Enfermería.** Los cuidados de Enfermería irán dirigidos al tratamiento de estas lesiones, aplicando todos los conocimientos disponibles y utilizando las técnicas e intervenciones de Enfermería correspondiente. Además, será fundamental dar apoyo psicológico a los afectados, sin embargo, la labor asistencial durante un desastre no sólo se centra en las lesiones que aparecen en el 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. ²⁶

El cuidado de enfermería está directamente relacionado con la Atención a víctimas de sismos, para lo cual, por lo general se implementan diversas brigadas para el caso

de enfermería por ser un área puramente de enfermería las brigadas serán las siguientes:

- **Brigada de triaje:** Estas brigadas consisten en la clasificación de las víctimas del siniestro para el traslado, el término triaje que se emplea para clasificar a los pacientes de acuerdo a la urgencia de la atención. Se trata de un método que permite organizar la atención de las personas según los recursos existentes y las necesidades de los individuos.²⁵
- **Triaje prehospitalario:** El objetivo del triaje "clásico" en el lugar del evento es distinguir entre las víctimas que necesitan transporte inmediato a los hospitales y las que pueden esperar. Este triaje se basa principalmente en la urgencia (estado de la víctima) y, secundariamente, en la probabilidad de supervivencia.²⁴ El proceso de triaje en el lugar del siniestro se realiza a tres niveles:

- **Triage en foco (Triage uno)** se realiza en el sitio mismo donde se encuentra la víctima.
 - **Triage médico (Triage dos)** se realiza al ingreso al Área de concentración de víctimas por el personal médico mediante el cual se determina el nivel de atención requerido.
 - **Triage de evacuación (Triage tres)** clasifica a las víctimas según su prioridad para el traslado al hospital preparado para recibirlas.²⁶
-
- **La brigada de traslado y evacuación:** Esta brigada se encarga del traslado y evacuación de víctimas a instituciones de más alta resolución. El responsable de despacho del área de concentración de víctimas se encarga de organizar los detalles del traslado de los pacientes hacia los centros hospitalarios y sus tareas básicas son: Identificar, organizar y administrar los recursos de transporte disponibles para las referencias hacia los hospitales. La decisión del traslado de pacientes a los centros hospitalarios debe tener en cuenta dos variables fundamentales:

- La gravedad de las lesiones según fuera establecido mediante el Triage realizado en el área de concentración de víctimas.
- La idoneidad del centro hospitalario adonde debe ser enviado de acuerdo a las necesidades de atención médica que presenta.²⁶

- **Brigada de comunicaciones**

Mantener contacto con los centros hospitalarios para determinar la capacidad de recepción e informar sobre los despachos en proceso y la condición de los pacientes remitidos, organizar la transferencia segura, rápida y eficiente de las víctimas, en los vehículos apropiados, a los hospitales adecuados y preparados para recibirlas, controlar el flujo de pacientes despachados para no sobrecargar los hospitales de referencia, mantener un control estricto sobre la información de los pacientes despachados y coordinar con las autoridades respectivas para facilitar el

tránsito de los vehículos de emergencia hacia los centros hospitalarios.²⁶

- **Brigada de Evaluación simultanea (ABCDE)**

Comprende un conjunto de actividades relacionadas a la inspección general: examen primario, vista global de los aspectos externos del paciente como es: respiración, circulación y estado neurológico del paciente. Los cinco pasos involucrados en la evaluación primaria y que sigue un orden prioritario son:

A. Manejo vía Aérea con control columna cervical, siendo su objetivo permeabilizar las vías aéreas, se utilizarán las técnicas frente mentón y la maniobra de tracción mandibular. Se debe procurar la protección de la columna cervical en las situaciones que hacen sospechar lesión de columna cervical.²

B. Respiración (Ventilación): verificar si el paciente está respirando. Si la respiración no estuviese presente, la evaluación se detiene y se administra ventilación inmediatamente. Si el paciente está respirando, estimar la eficacia de la frecuencia y la profundidad de la respiración para determinar si el paciente está movilizand o aire suficiente. Observar rápidamente la expansión o elevación torácica y escuchar si el paciente habla, si esta consiente.²

C. Circulación y control de hemorragias. En la evaluación inicial del paciente traumático, una adecuada estimación global del gasto cardíaco y estado cardiovascular se puede obtener simplemente del chequeo del pulso, tiempo de llenado capilar y temperatura de la piel.

D. Déficit neurológico. El nivel de conciencia y neurológico del paciente puede ser evaluado correctamente mediante la aplicación de un estímulo (pellizcos, apretón o sonido) y describiendo

la respuesta Alerta, responde a estímulos Verbales, responde a estímulos Dolorosos e inconciencia.²

E. Exposición y proteger del entorno. Es imposible ver a través de la ropa mientras se está evaluando a un traumatizado.²

- **Uso de tarjetas**

El proceso de etiquetado, la identificación del paciente mediante el uso de tarjetas es un proceso asociado y necesario al triaje para asegurar un cuidado continuo.¹⁷

C. Acciones de Enfermería DESPUÉS el desastre.

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.³⁰

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.³⁰

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.³²

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.³⁰

Política de Gestión de Riesgo.

El Decreto Supremo N° 111-2012-PCM publicada en el Diario El Peruano el 2 de noviembre 2012, incorpora la Política Nacional de Gestión del Riesgo en Desastres como Política Nacional de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional.

La constitución Política del Perú señala, en sus artículos 1° y 2°, que la defensa de la persona humana es el fin supremo de la sociedad y del estado toda persona tiene derecho a la vida a su integridad moral, psíquica y física, a su libre desarrollo y bienestar. La Trigésima Segunda Política del

Estado del Acuerdo Nacional, está orientado el país a promover una política de gestión de riesgo de desastres con la finalidad de proteger la vida, la salud y la integridad de las personas, reduciendo las vulnerabilidades con equidad e inclusión bajo un enfoque de procesos que comprenden la estimación y reducción de riesgos, la respuesta ante emergencias y desastres y la reconstrucción, esta política será implementada por todos los organismos públicos de todos los niveles del gobierno, con la participación activa de la sociedad civil y la cooperación internacional, promoviendo un cultura de la prevención y contribuyendo directamente en el proceso de desarrollo sostenible a nivel nacional, regional y local.²⁰

Política Nacional de Gestión del Riesgo en Desastres

Es el conjunto de orientaciones dirigidas a impedir o reducir los riesgos de desastres, evitar la generación de nuevos riesgos y efectuar una adecuada preparación, atención, rehabilitación y reconstrucción, ante situaciones de desastres, así como a minimizar sus efectos adversos sobre la población, la economía y el ambiente.³²

La gestión del riesgo considera las actividades de prevención, mitigación y preparación; así como la transferencia del riesgo (aseguramiento). El Sector Salud ha avanzado en reconocer la importancia de la prevención y mitigación, y sus acciones en estas áreas se han orientado a la protección de los establecimientos de salud, pero aún en los hospitales, si bien existen normas que establecen la conformación y funciones de sus comités de defensa civil, no existe un órgano estructural encargado de canalizar y efectivizar los acuerdos de dicho comité, lo que dificulta el logro de adecuados niveles de seguridad y de preparación. Los establecimientos de salud de menor complejidad comparten esta situación.

La vulnerabilidad dominante en los establecimientos de salud a nivel nacional, es elevada, ya que muchos de ellos son muy antiguos habiendo superado ampliamente sus tiempo de uso, además de no haber sido construidos con este fin, sino para otros fines (vivienda, locales comunales u otros) y su ubicación no ser la más adecuada. A nivel

sectorial no se cuenta con un programa regular que permita la realización de los estudios de vulnerabilidad en los establecimientos de salud, así como la aplicación de las acciones de corrección que les permita lograr niveles adecuados de protección y seguridad frente a un desastre.

Si bien es cierto que el personal de salud, especialmente el local, se caracteriza por su mística y su entrega en la atención de emergencias y desastres, reconocido internacionalmente; su desempeño y resultados están mediatizados por:

- ✓ Insuficiente cultura de prevención porque se maximizan la dedicación y los recursos a las acciones rutinarias, restándole o negándole importancia a las acciones de prevención.
- ✓ El personal de salud, en general, no cuenta con la capacitación y entrenamiento idóneo para la atención de emergencias masivas y desastres, debido a que su formación durante sus años de estudios previos a su ingreso al sector, se centra en la atención de situaciones de normalidad.

- ✓ La capacitación no alcanza los resultados esperados debidos, entre otros factores, a la alta rotación del personal, ya que el que se capacita hoy probablemente no estará mañana en el cargo, en el servicio o en la institución.

Aún, así, el número de personal es siempre insuficiente para la atención de situaciones de emergencia masiva o desastres, necesitándose el desplazamiento de personal de localidades vecinas, de la provincia, de la región o, excepcionalmente, de la capital de la República, esta situación condiciona desfavorablemente en la necesidad de garantizar la atención de los daños a la salud, especialmente en sucesos de impacto súbito.³²

Atención de desastres en Centros de Salud

En la etapa de preparación, las responsabilidades del Sector Salud se dirigen a organizar e implementar la respuesta para hacer frente a los daños que pudieran generarse sobre la salud de las personas, la infraestructura, las instalaciones y el equipamiento de los establecimientos de salud. Estas acciones deben normarse en el Plan de Respuesta de Salud, segundo gran plan que debe tener toda institución de salud para garantizar la continuidad de los

servicios en los momentos en que más se le requiere; debiendo asegurar: personal entrenado el manejo de víctimas en masa, almacenes de medicamentos e insumos médicos, sistemas alternos de energía y de agua potable, procesos en la atención pre y hospitalaria de víctimas, protección y evacuación en los establecimientos de salud, entre otros. En los Centros de Salud pueden existir capacidades de asistencia médica; pero su capacidad de atención estará dada por las categorías del nivel de atención de la instalación (figura N° 2).³²

Niveles de Atención	Niveles de Complejidad	Categoría del Establecimiento de Salud
Primer Nivel de Atención	1º Nivel de Complejidad	I – 1
	2º Nivel de Complejidad	I - 2
	3º Nivel de Complejidad	I – 3
	4º Nivel de Complejidad	I – 4
Segundo Nivel de Atención	5º Nivel de Complejidad	II - 1
	6º Nivel de Complejidad	II – 2
Tercer Nivel de Atención	7º Nivel de Complejidad	III - 1
	8º Nivel de Complejidad	III – 2

En estos casos corresponde al establecimiento de salud minimizar los daños mediante las acciones de:

- ✓ Protección interna,
- ✓ Evacuación,
- ✓ Control del evento destructor,

- ✓ Atención de los daños a las personas y
- ✓ Evaluación de daños.

El establecimiento de salud puede sufrir dos tipos de desastres:

- a) **El Desastre Interno:** Entendido como los daños significativos sobre la infraestructura, el equipamiento, los servicios y las personas del establecimiento de salud. En gran medida, esta afectación está determinada por la vulnerabilidad preexistente en los establecimientos en uno o más de sus tres componentes: estructural (elementos que soportan el peso del edificio y lo mantienen en pie), no estructural (los elementos que están adheridos al componente estructural y completan el edificio) y organizativo-funcional (elementos que determinan su funcionalidad en tiempos normales y en emergencias).

En estos casos corresponde al establecimiento de salud minimizar los daños mediante:

- ✓ Las acciones de protección interna,
- ✓ Evacuación,
- ✓ Control del evento destructor,
- ✓ Atención de los daños a las personas y
- ✓ Evaluación de daños

b) **El Desastre Externo:** Definido como la afluencia masiva de víctimas para garantizar la atención de estas, cuya respuesta está condicionada por la capacidad organizativa-funcional y/o afectación (desastre interno) del establecimiento de salud. Por lo tanto la respuesta de salud frente a estos desastres demandan la intervención de las diferentes áreas y niveles institucionales y sectoriales a fin de garantizar:

- ✓ La atención de víctimas en masa (física y mental),
- ✓ La salud ambiental,
- ✓ La vigilancia epidemiológica,
- ✓ La vigilancia alimentaría nutricional, etc.

Especialmente crítico es la atención médica de emergencia que exige respuesta inmediata con el propósito de salvar la mayor cantidad y brindar el mejor tratamiento. En tal sentido, es necesario integrar la atención pre hospitalaria que articule y complemente las capacidades institucionales y posibilite la ampliación de la cobertura hacia los sectores sociales ubicados en zonas alejadas de las grandes ciudades y a los de menores recursos económicos.

Ante un desastre natural

En caso de ser necesario, cada Grupo de Trabajo de Gestión de Riesgo de Desastres del establecimiento de salud deberá conducir la respuesta frente a la emergencia. Inmediatamente se activará el centro de operaciones hospitalario, se realizará un análisis de la situación y evaluación de daños, además se movilizará un plan de contingencia.

El Plan de intervención contempla:

- ✓ La movilización de brigadas de intervención inicial para la evaluación de daños y necesidades a las zonas afectadas,
- ✓ La declaratoria de alerta en todo el ámbito regional,
- ✓ Difusión y monitoreo del cumplimiento de la misma y
- ✓ La movilización e implementación de un puesto médico de avanzadas, así como equipo de profesionales de la salud, insumos y equipo médicos.

Algunas recomendaciones para la organización de un Centro de Salud frente a un desastre:

Área de distribución:

Esta área estará fuera de la instalación pero muy cerca de ella, voluntarios previamente entrenados se encargaran de orientar y distribuir, a las víctimas según la sección correspondiente.

Área de intercambio de camillas

Personal voluntario o del equipo de limpieza, entregara camillas a los grupos de socorros evitando así el retraso de los mismos y la movilización innecesarias de las víctimas.

Sección de recepción o registros

Personal con entrenamiento previo, esta sección no debe retrasar ninguna de las estrategias de estabilización.

Sección de clasificación / triaje

Bajo toldos el personal médico y enfermería de mayor experiencia procederán al cumplimiento de las estrategias de estabilización y protocolos de atención.³⁰

Sección de curaciones y cirugías menores

Esta sección estará conformada, según los recursos que tenga la instalación, puede ser dirigida por Médico General, odontólogo, asistente o bien un auxiliar.

Sección anti-shock

Atendido por personal preparado y capacitado para esta función como: Médico. Enfermera y un Auxiliar.

Sección de aislamiento

Que puede ser atendido por personal Auxiliar y uno o dos voluntarios de salud

Área de evacuación

Personal voluntario, con supervisión de personal capacitado

Dirección y Programas

Ante una emergencia se debe dejar personal, para la atención de los programas priorizados o sensibles. La administración y la dirección serán los responsables de garantizar todos los recursos necesarios, para dar respuesta a la situación de emergencia.

El centro de salud para su funcionalidad debe tener todas sus áreas o secciones señalizadas, y resguardar la seguridad, por la

presencia de intrusos que representan un obstáculo en la atención de emergencia, este puede ser del personal voluntario, pero con carácter de autoridad. En esta etapa muchos de los pacientes atendidos requerirán ser referidos, a centros hospitalarios calificados o de especialidades, el objetivo será reducir al mínimo, la mortalidad y la invalidez, esto se logra en las primeras 6 a 8 horas de ocurrido el trauma.

Para alcanzar estos plazos de tiempo en la evacuación de las víctimas deben combinarse varios esfuerzos.

- Un alto nivel de organización y planificación.
- Cumplimiento del TRIAJE.
- Organización de la transportación Sanitaria, planificando el tipo de transportación aérea, terrestre, marítima etc. y fortalecer al máximo las capacidades de transportación mediante la cooperación de otras instituciones.
- Coordinación Interinstitucional.
- Elaborar una red de asistencia en caso de desastre con participación de organizaciones del Estado, Sociedad Civil y otros (Cruz Roja, Defensa Civil, Compañía de Bomberos,

Agencias Cooperantes, ONGs, otros Establecimiento de salud etc).

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y diseño de la investigación

Estudio de diseño cuantitativo, nivel relacional, tipo descriptivo y de corte transversal. Según Canales es descriptivo porque está dirigido a determinar cómo es o como está la situación de la variable que deben estudiarse en una población, la presencia o ausencia de algo y frecuencia con que ocurre. Transversal porque estudia la variable simultáneamente en delimitado momento haciendo un corte correlacional, si no existe intervención y los datos reflejan la evolución natural de los eventos todos ajeno al investigador.

3.2 Población y Muestra

La población estuvo constituida por 55 personas del C.S. Leoncio Prado.

La muestra estuvo constituida por 39 trabajadores de salud del C.S. Leoncio Prado los cuales aceptaron y colaboraron con el estudio, siendo el tipo de muestreo no probabilístico y la técnica de selección por conveniencia.

Criterio de Inclusión

- Personal de salud que trabaja en el C.S. Leoncio Prado y que realiza labores asistenciales.

Criterio de exclusión:

- Personal de Salud que se encuentren de licencia o de vacaciones y que no desea participar de la investigación.

3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la Encuesta y como instrumento el Cuestionario.

Para medir el nivel de conocimientos en el manejo de víctimas en casos de sismos se formuló un cuestionario, el mismo que tuvo dos partes: en la primera se consideraron datos personales, en la segunda el nivel de conocimientos sobre desastres y manejo de víctimas en casos de sismos, con un total de 15 preguntas, de opción múltiple que equivalen a 36 puntos, las mismas que medirán 03 categorías del nivel de conocimiento:

Nivel de Conocimiento	Puntaje
Nivel Alto	De 30 a 36 puntos
Nivel Medio	De 22 a 29 puntos
Nivel Bajo	De 14 a 21 puntos

Para la variable manejo del paciente se utilizó también un cuestionario para evaluar el manejo de víctimas en caso de sismo; se utilizó la escala de Likert, con 28 proposiciones, que equivalen a 71 puntos como máximo y 28 puntos como mínimo, estos describen 2 categorías.

Manejo de víctimas en caso de sismo	Puntaje
Favorable	De 57 a 71 puntos
Desfavorable	De 36 a 56 puntos

Se hizo la validación de los instrumentos con la participación de 05 profesionales de salud con experiencia y conocimiento sobre prevención y control de emergencias y desastres.

Para la confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto en el C.S. San Francisco, a un total de 20 encuestados, hallando finalmente el Alfa de Crombach que dio como resultado un valor de 0,8 afirmando que el instrumento realiza mediciones constantes y confiables. Anexo 01

3.4 Procedimientos de recolección de datos

El proceso de recolección de datos se realizó con previa autorización del Centro de Salud. y sobre todo del personal que labora en el Centro de Salud Leoncio Prado. Los datos fueron recolectados entre los meses de octubre a diciembre del 2015, durante el turno de mañana y de tarde de lunes a viernes, la duración de la aplicación del instrumento fue aproximadamente 40 minutos por cada encuesta, previa explicación clara y sencilla del tema a investigar y los objetivos que se pretende lograr y del consentimiento informado.

3.5 Procesamientos y análisis de datos

Después de recolectada la información los instrumentos fueron revisados, ordenados y codificados para llenar la base de datos y realizar posteriormente el procesamiento y análisis estadístico en el programa SPSS (versión 21) y comprobación de la hipótesis para finalmente presentar los resultados en tablas de contingencia de una y doble entrada y en gráficos estadísticos según corresponda en base a los objetivos planteados.

CAPITULO IV
DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Tabla N° 01
CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL PERSONAL DE SALUD
QUE LABORA EN EL C.S. LEONCIO PRADO
TACNA 2015

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	29	74,4 %
Masculino	10	25,6 %
Total	39	100,0 %
Edad	Frecuencia	Porcentaje
No registra datos	1	2,6 %
Menor de 25 años	4	10,2 %
De 25 a 35 años	18	46,2 %
De 36 a 45 años	6	15,3 %
De 46 a 55 años	9	23,1 %
De 56 a más años	1	2,6 %
Total	39	100,0 %
Profesión u ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Medico	3	7,7 %
Enfermera	16	41,0 %
Obstetra	3	7,7 %
Tec. de Enfermería	7	17,9 %
Otros	10	25,6 %
Total	39	100,0 %
Tiempo de Experiencia	Frecuencia	Porcentaje
De 1 a 10 años	25	64,1 %
De 11 a 20 años	6	15,4 %
De 21 a más años	8	20,5 %
Total	39	100,0 %

Fuente: Cuestionario Aplicado al Personal del C.S. Leoncio Prado - Octubre a Diciembre 2015

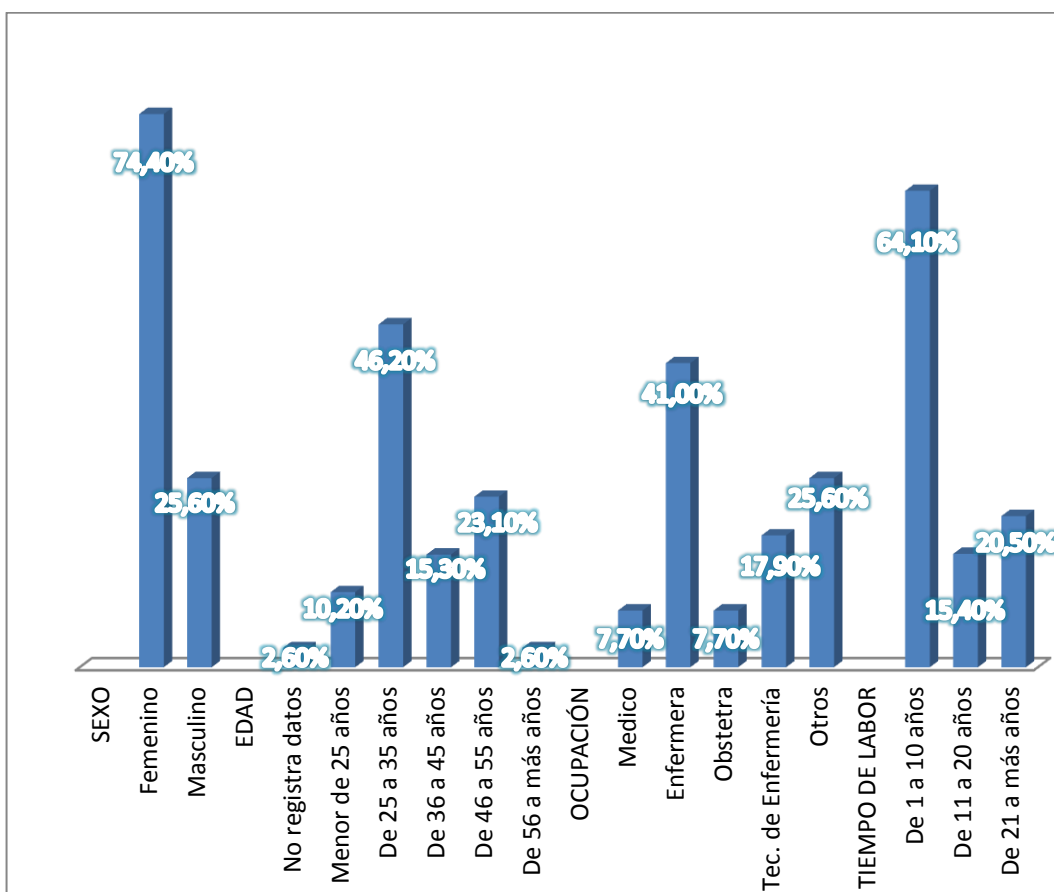
En la Tabla N° 01 sobre Características Personales del Personal de Salud que labora en el C.S. Leoncio Prado,

Se observa que el 74,4% es de sexo femenino y el 25,6% es de sexo masculino, en relación a la edad el 46,2% tiene entre 25 a 35

años, el 23,1% de 46 a 55 años, el 15,3% de 36 a 45 años y sólo un 10, 3% es menor de 25 años. En relación a la profesión u ocupación se observa que el 41,0% es profesional de enfermería, el 7,7% son Obstetras, en igual porcentaje son médicos y el 43,5% son técnicos de enfermería y otros profesionales o personal técnico. En relación al tiempo de labor el 64,1% tiene de 1 a 10 años de experiencia, un 15,4% tiene de 11 a 20 años de experiencia y el 20,5% de 21 a más años de experiencia.

Gráfico N° 01

**CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL PERSONAL DE SALUD QUE
LABORA EN EL C.S. LEONCIO PRADO
TACNA 2015**



Fuente: Tabla N° 01

Tabla N° 02

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LOS
DESASTRES Y EL MANEJO DE VÍCTIMAS EN CASOS DE
SISMO DEL C.S. LEONCIO PRADO
TACNA 2015**

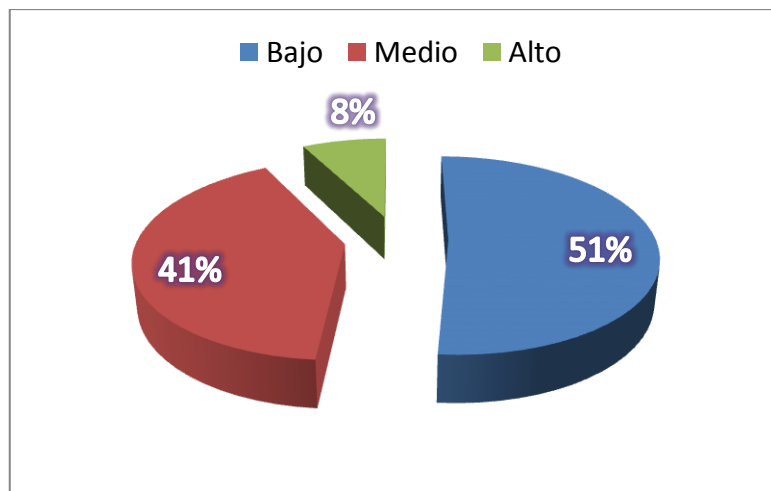
Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	20	51,3%
Medio	16	41,0%
Alto	3	7,7%
Total	39	100,0%

Fuente: Cuestionario Aplicado al Personal del C.S. Leoncio Prado - Octubre a Diciembre 2015

En la tabla N° 02 sobre el nivel de conocimientos del personal sobre los desastres y manejo de víctimas en caso de sismo se aprecia que el 51,3% presenta un nivel de conocimiento bajo, el 41,0% un nivel de conocimiento medio y sólo el 7,7% un nivel de conocimientos alto.

Gráfico N° 02

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LOS
DESASTRES Y EL MANEJO DE VÍCTIMAS EN CASOS DE
SISMO DEL C.S. LEONCIO PRADO
TACNA 2015**



Fuente: Tabla N° 02

Tabla N° 03

**MANEJO DE VÍCTIMAS EN CASO DE SISMO QUE REALIZA EL
PERSONAL DE SALUD DEL C.S. LEONCIO PRADO
TACNA 2015**

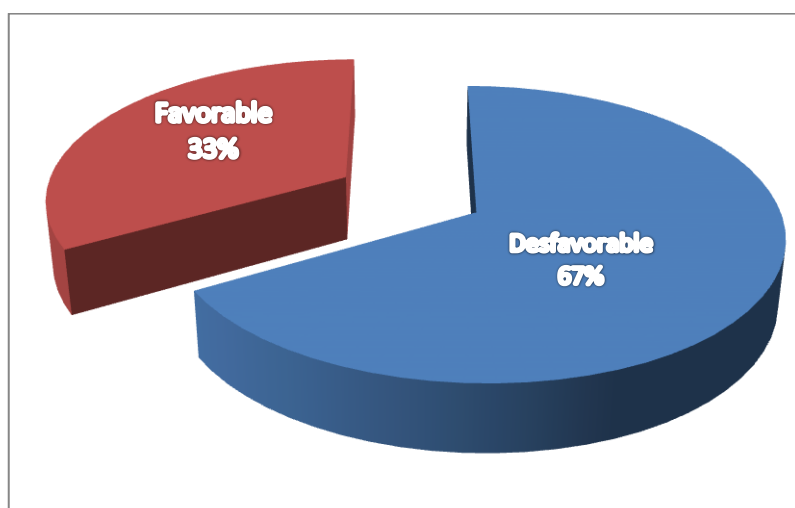
Manejo de victimas de sismo	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	26	66,7%
Favorable	13	33,3%
Total	39	100%

Fuente: Cuestionario Aplicado al Personal del C.S. Leoncio Prado - Octubre a Diciembre 2015

En el Tabla N° 03 sobre el manejo de víctimas en caso de sismo se aprecia que el 66,7% tiene un manejo desfavorable y el 33,3% tiene un manejo favorable.

Grafico N° 03

**MANEJO DE VÍCTIMAS EN CASO DE SISMO QUE REALIZA EL
PERSONAL DE SALUD DEL C.S. LEONCIO PRADO
TACNA 2015**



Fuente: Tabla N° 03

Tabla N° 04

EL MANEJO DE VÍCTIMAS EN CASOS DE SISMO EN EL C.S. LEONCIO PRADO

TACNA 2015

N°	Ítem	Nunca		A veces		Siempre		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	Considera usted que el C.S. cumple con Coordinar acciones con el centro de operaciones de Emergencia (COE)	3	7,7%	29	74,4%	7	17,9%	39	100%
2	Considera usted que el C.S. hace Participar al personal en actividades de búsqueda y rescate	9	23,1%	22	56,4%	8	20,5%	39	100%
3	Considera usted que el C.S. Realiza la Recepción, TRIAJE.	6	15,4%	19	48,7%	14	35,9%	39	100%
4	Considera usted que el C.S. cumple con Brindar atención inmediata a víctimas de bajo riesgo	5	12,9%	18	46,2%	16	41,0%	39	100%
5	Considera usted que el C.S. Hace uso de tarjetas de mediano y alto riesgo	9	23,1%	22	56,4%	8	20,5%	39	100%
6	Considera usted que el C.S. Cuenta con número de ambulancias suficiente.	14	35,9%	17	43,6%	8	20,5%	39	100%
7	Considera usted que el C.S. Brinda capacitación sobre el manejo de víctimas de sismos.	8	20,5%	24	61,5%	7	17,9%	39	100%
8	Cuenta con equipo básico para la atención en caso de sismo.	7	17,9%	20	51,3%	12	30,8%	39	100%
9	El C.S. se ha organizado el Área de distribución fuera del centro de salud pero muy cerca, los voluntarios previamente entrenados se encargaran de orientar y distribuir,	7	17,9%	23	59%	9	23,1%	39	100%
10	El C.S. se ha organizado el Área de intercambio de camillas: compuesto por voluntarios o del equipo de limpieza, entregaron camillas a los grupos de socorros evitando así el retraso.	12	30,8%	21	53,8%	6	15,4%	39	100%
11	Eel C.S. ha organizado la Sección de recepción o registros: esta sección no retrasó ninguna de las estrategias de estabilización.	11	28,2%	16	41%	12	30,8%	39	100%
12	El C.S. organiza la Sección de clasificación y triaje: que estuvo bajo toldos con personal médico y enfermería de mayor experiencia que procederán al cumplimiento de las estrategias.	10	25,6%	17	43,6%	12	30,8%	39	100%
13	El C.S. ha organizado una Sección traumashock que contó con Médico Enfermera y un técnico.	7	17,9%	22	56,4%	10	25,6%	39	100%
14	El C.S. organizó una Sección de aislamiento: que fue conformado por un técnico y un técnico de enfermería.	9	23,1%	16	41%	14	35,9%	39	100%
15	El C.S. organizó un área de partos que estuvo en funcionamiento	10	25,6%	11	28,2%	18	46,2%	39	100%
16	Observa UD. que el C.S. se ha organizado de tal manera que miembros del equipo de triaje no abandonaron el área; a no ser que sean reemplazados.	7	17,9%	15	38,5%	17	43,6%	39	100%
17	El personal hizo uso de las tarjetas de triaje en la atención de pacientes en caso de sismos.	6	15,4%	15	38,5%	18	46,2%	39	100%
18	Se evaluó a cada paciente con el método ABC (VIA ÁREA, CIRCULACIÓN, ESTADO NEUROLÓGICO, EXPOSICIÓN) y una evaluación física completa siendo breve, con orientación a la lesión.	11	28,2%	14	35,9%	14	35,9%	39	100%
19	En el centro de salud trasladan a las víctimas según su gravedad.	7	17,9%	18	46,2%	14	35,9%	39	100%

Fuente: Cuestionario Aplicado al Personal del C.S. Leoncio Prado - Octubre a Diciembre 2015

En la tabla N° 04 sobre el personal del C.S. en el manejo de víctimas en caso de sismo, el personal *refiere que a veces* el Centro de Salud cumple con coordinar acciones con el Centro de Operaciones de Emergencias (COE) 74,4%, hace participar al personal en actividades de búsqueda y rescate 56,4%, realiza la recepción y triaje 48,7%, brinda atención inmediata a víctimas de bajo riesgo 46,2%, hace uso de tarjetas de mediano y alto riesgo 56,4%, cuenta con ambulancias suficientes para el traslado ambulatorio 56,4%, brinda capacitación sobre manejo de víctimas de sismos 61,5%, cuentan con equipo básico para la atención en caso de sismos 51,3%, ha organizado en el área de distribución 59%, el área de intercambio de camillas 53,8%, la sección de recepción o registro 41%, la sección de clasificación y triaje 43,6%, la sección de trauma shock 56,4% y organizó un sección de aislamiento 41%, el Centro de Salud *siempre* organizó un área de partos 46,2%, se ha organizado de manera tal que miembros del equipo de triaje no abandonaron el área 43,6%, hizo uso de las tarjetas de triaje 46,2%, el 35,9% considera *que a veces y siempre* se evaluó a cada paciente con el método ABCDE y una evaluación física completa.

Tabla N° 05

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y EL MANEJO DE
VICTIMAS EN CASO DE SISMO DEL C.S. LEONCIO PRADO
TACNA 2015**

Nivel de conocimiento	Manejo de víctimas en caso de sismo				Total	
	Desfavorable		Favorable		N°	%
	N°	%	N°	%		
Bajo	17	43,6%	3	7,7%	20	51,3%
Medio	8	20,5%	8	20,5%	16	41,0%
Alto	1	2,6%	2	5,1%	3	7,7%
Total	26	66,7%	13	33,3%	39	100,0%

Fuente: Cuestionario Aplicado al Personal del C.S. Leoncio Prado - Octubre a Diciembre 2015

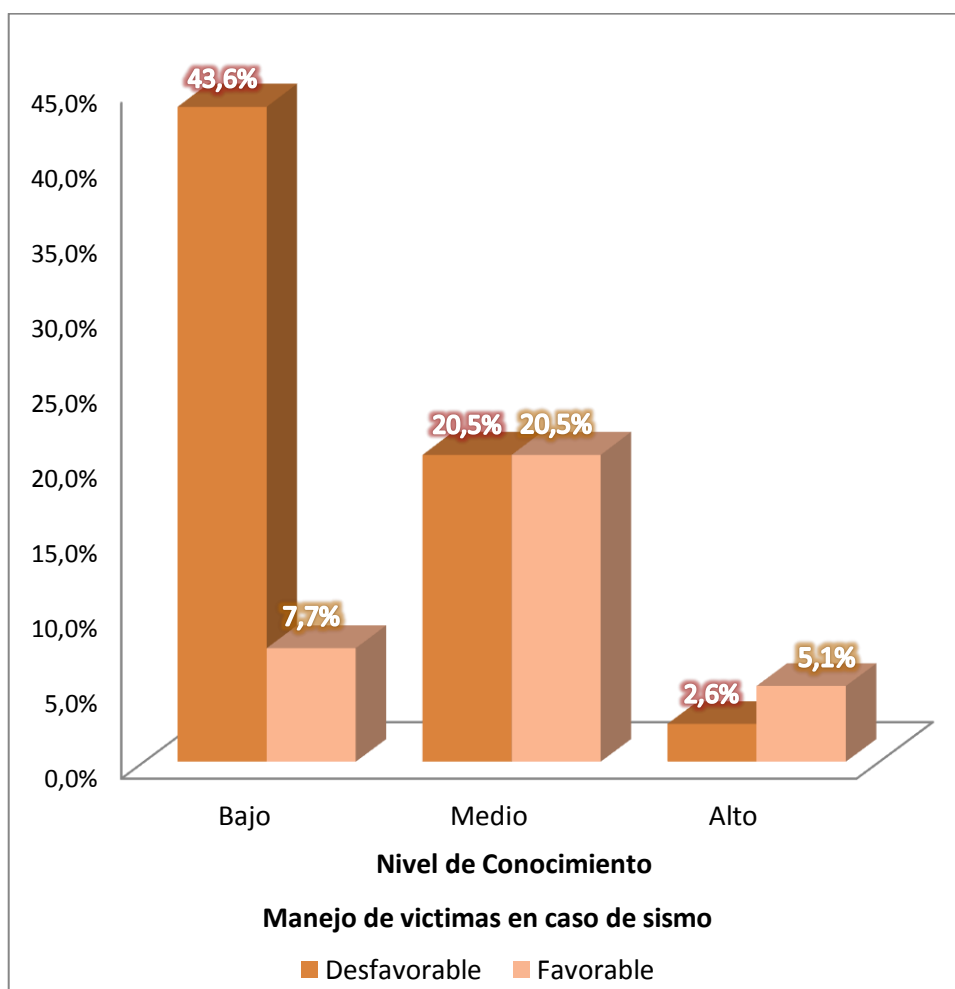
$$\text{Chi}^2 = 6,525, \text{ Nivel de significancia asintótica (bilateral) } = 0,038$$

En la tabla N° 05 sobre la relación entre el nivel de conocimiento y el manejo de víctimas en caso de sismo, observamos que un 43,6% del personal tiene un nivel de conocimiento bajo con un manejo desfavorable, el 20,5% tiene un nivel de conocimiento medio y un manejo favorable, el 5,1% tiene un nivel de conocimiento alto y un manejo favorable.

Al realizar la prueba estadística no paramétrica Chi2 da un valor =6,525 con un nivel de significancia $0,038 < 0,05 = 5\%$ aceptándose la hipótesis planteada.

Gráfico N° 04

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y EL MANEJO DE VICTIMAS EN CASO DE SISMO DEL C.S. LEONCIO PRADO TACNA 2015



Fuente: Tabla N°05

Tabla N° 06

**PRINCIPALES REACCIONES, EN CASO DE SISMO, QUE PRESENTA
EL PERSONAL DE SALUD DEL C.S. LEONCIO PRADO
TACNA 2015**

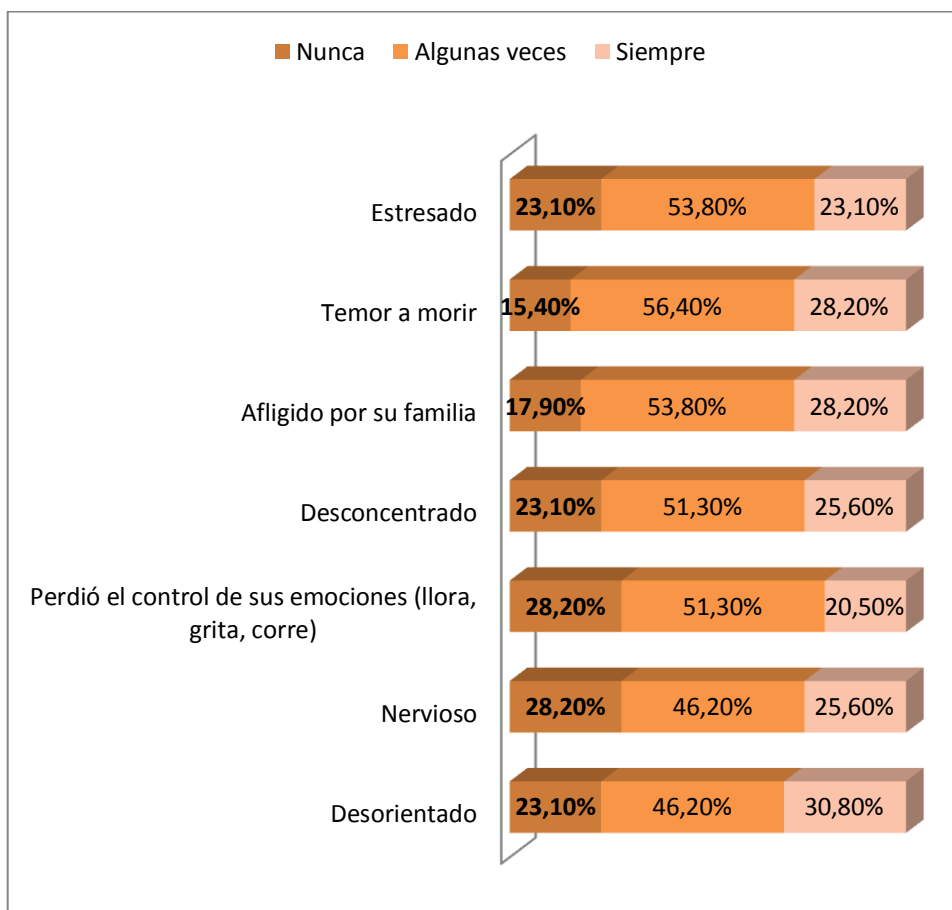
Durante un sismo usted experimentó.	Nunca		Algunas veces		Siempre		Total	
Desorientación	9	23,1%	18	46,2%	12	30,8%	39	100%
Nervioso	11	28,2%	18	46,2%	10	25,6%	39	100%
Perdió el control de sus emociones (llora, grita, corre)	11	28,2%	20	51,3%	8	20,5%	39	100%
Desconcentrado	9	23,1%	20	51,3%	10	25,6%	39	100%
Afligido por su familia	7	17,9%	21	53,8%	11	28,2%	39	100%
Temor a morir	6	15,4%	22	56,4%	11	28,2%	39	100%
Estresado	9	23,1%	21	53,8%	9	23,1%	39	100%

Fuente: Cuestionario Aplicado al Personal del C.S. Leoncio Prado - Octubre a Diciembre 2015

En la tabla N° 06 de las principales reacciones, en caso de sismo que presenta el personal del C.S. Leoncio Prado se aprecia que el 56,4% refiere *que algunas veces* sintió temor a morir, el 53,8% se sintió afligido por su familia y estresado, el 51,3% perdió el control de sus emociones (llora, grita, corre) y desconcentrado, asimismo el 46,2% del personal refiere que algunas veces experimentó desorientación, el 46,2% refiere que algunas veces se sintió nervioso.

Grafico N°05

**PRINCIPALES REACCIONES, EN CASO DE SISMO, QUE PRESENTA
EL PERSONAL DE SALUD DEL C.S. LEONCIO PRADO
TACNA 2015**



Fuente: Tabla N° 06

Tabla N° 07

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SEGÚN SU
PROFESIÓN DEL C.S. LEONCIO PRADO
TACNA 2015**

Profesión u ocupación	Nivel de conocimiento							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Médico	2	5,1%	1	2,6%	0	0,0%	3	7,7%
Enfermera	5	12,8%	9	23,1%	2	5,1%	16	41,0%
Obstetras	2	5,1%	1	2,6%	0	0,0%	3	7,7%
Téc. de Enfermería	6	15,4%	1	2,6%	0	0,0%	7	17,9%
Otros	5	12,8%	4	10,3%	1	2,6%	10	25,6%
Total	20	51,3%	16	41,0%	3	7,7%	39	100,0%

Fuente: Cuestionario Aplicado al Personal del C.S. Leoncio Prado - Octubre a Diciembre 2015

En el Tabla N° 07 del Nivel de Conocimientos del personal de salud según su profesión, se aprecia que el 5,1% de los médicos tiene un nivel de conocimiento bajo, el 23,1% de enfermeras tiene un nivel de conocimiento medio, el 5,1% de obstetras tiene un nivel de conocimiento bajo, el 15,4% de técnicos de enfermería tiene un nivel de conocimientos bajo y el 12,8% son otros profesionales u ocupaciones con el nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 08

**MANEJO DE VÍCTIMAS EN CASOS DE SISMO SEGÚN SU
PROFESIÓN DEL C.S. LEONCIO PRADO
TACNA 2015**

Profesión u ocupación	Manejo de Víctimas de Sismos					
	Desfavorable		Favorable		Total	
	F	%	F	%	F	%
Médico	2	5,1%	1	2,6%	3	7,7%
Enfermera	10	25,6%	6	15,4%	16	41,0%
Obstetras	2	5,1%	1	2,6%	3	7,7%
Téc. de Enfermería	5	12,8%	2	5,1%	7	17,9%
Otros	7	17,9%	3	7,7%	10	25,6%
Total	26	66,7%	13	33,3%	39	100,0%

Fuente: Cuestionario Aplicado al Personal del C.S. Leoncio Prado - Octubre a Diciembre 2015

En el Tabla N° 08 del Manejo de víctimas en casos de sismo según su profesión se aprecia que el 5,1% de médicos realizan un manejo de víctimas desfavorable, el 25,6% de enfermeras realizan un manejo de víctimas desfavorable, el 5,1% de obstetras realizan un manejo de víctimas desfavorables, el 12,8% de técnicos de enfermería realizan un manejo desfavorable y el 17,9% de otros profesionales realizan un manejo desfavorable de víctimas de sismo.

4.2 DISCUSIÓN

Tabla N° 01: Sobre características personales del personal que labora en el C.S. Leoncio Prado se observa que más de la mitad del personal (74,4%) es de sexo femenino, el 41% del personal son profesionales de enfermería, el 46,2% tiene entre 25 a 35 años de edad, el 64,1% tiene entre 1 a 10 años de experiencia laboral.

Estos datos reflejan las particularidades del personal que trabaja en un Establecimiento de Salud, donde mayoritariamente son profesionales de enfermería, de sexo femenino, que tienen entre 25 a 35 años y cuentan con 1 a 10 años de experiencia laboral, de allí la importancia del rol que cumple enfermería en la planificación, organización, dirección y evaluación de las actividades a realizar frente a un desastre en cualquiera de las fases del ciclo de los desastres, constituyéndose en parte importante del equipo de salud que tiene que tomar decisiones para salvaguardar la salud de sus pacientes y minimizar las consecuencias o efectos adversos que tienen los desastres sobre las personas, ambiente, bienes y servicios y en el desarrollo en general.

Tabla N° 02: Evidencia que más del cincuenta por ciento del personal (51,3%) tiene un nivel de conocimiento bajo sobre los desastres y manejo de víctimas en casos de sismo, el 41,0% un nivel de conocimientos medio y el 7,7% un nivel de conocimiento alto.

Estos resultados difieren con el estudio de Venegas, L. Rodríguez, P. Uzcategui, Y. ¹² en su estudio titulado: “Nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre manejo de víctimas resultantes de desastres unidad de emergencia general “Dr. Rui Medina” Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda” Barquisimeto-Lara Junio – Noviembre 2004”, quien refiere que en cuanto atención y manejo de múltiples víctimas en situación de desastres el 71.6% tiene conocimiento, mientras que el 28.3% no tiene conocimiento.

También difieren con los resultados del estudio de López Y. titulado: “Plan de Manejo de Víctimas en Situación de Emergencia y Desastre, dirigido el personal de Enfermería de los Hospitales del Seguro Social del M BC Municipio Maracaibo y San Francisco del Estado Zulia”, quien refieren respecto a las etapas de un plan de manejo de víctimas. Sólo 46.4% de los profesionales poseen conocimientos.

Los conocimientos representan el primer eslabón en el desarrollo social del ser humano, además de representar parte de la formación profesional

y ocupacional, los resultados de la tabla N° 02 demuestran un nivel de conocimiento considerablemente bajo y medio, evidenciando estos resultados también resaltaremos los resultados de la tabla N° 07; que evidencian que son los profesionales de enfermería y otros profesionales los que tienen un nivel de conocimiento alto, mientras que los Tec. De enfermería son los que presentan un nivel de conocimiento bajo.

De estos datos podemos destacar que muchas veces el nivel educativo interviene en el nivel de conocimientos además de la formación profesional.

Tabla N° 03: Sobre el manejo de víctimas en caso de sismo, se aprecia que más del cincuenta por ciento (66,7%) presenta un manejo desfavorable frente a un porcentaje mínimo con actitud favorable (33,3%). 43,6% que siempre se han organizado de manera tal que miembros del equipo de triaje no abandonaron el área, el 46,2% refiere que el personal siempre hizo uso de las tarjetas de triaje.

Estos resultados difieren con el estudio de Mayta Rojas, A.F. quien refiere que el mayor porcentaje 55,0% 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 permiten llevar a cabo acciones anticipadas ante un desastre, definición de plan de

contingencia ante un desastre, componentes del plan de contingencia, finalidad de la mitigación, definición del centro de operaciones de emergencias (COE), comisiones que no forman parte del COE, enunciados que se relacionan al triaje, código de colores del 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.

El manejo de víctimas en casos de sismos es el conjunto de procedimientos aplicados en el foco del evento adverso y durante el transporte asistido, estos procedimientos son brindados en el establecimiento de salud. Así evidenciamos que en conjunto estos procedimientos clasificados en nunca a veces y siempre se categorizan en un manejo desfavorable ya que la mayoría del personal varió sus respuestas entre a veces y nunca, estas evidencias son contundentes al registrar que, en muchas ocasiones el personal no realiza todas las actividades y procedimientos para el manejo de víctimas en casos de sismo, a pesar muchas veces de estar incluido en los currículos de formación profesional.

La tabla N°04: Evidencia que en mayor porcentaje el personal a veces cumple con brindar atención inmediata a víctimas de bajo riesgo, siempre organizaron el área de partos, siempre se han organizado de manera que el equipo de triaje no abandona el establecimiento y siempre se evaluó a cada paciente con el método de atención pre hospitalaria ABCDE. Estos resultados nos permiten visualizar las deficiencias, así pues el mayor porcentaje del personal considera que la ambulancia y las camillas con la que cuenta el establecimiento son insuficientes. En tal sentido no deben omitirse los resultados positivos, pronunciados anteriormente, que deben ser reforzados y compartidos con todo el personal.

La capacitación y/o nivel de conocimientos que tenga el personal de salud sobre los desastres y el manejo de víctimas en casos de sismos como consecuencia de este evento adverso es indispensable para responder eficaz y oportunamente frente a éste ya que es un fenómeno inesperado que genera una crisis, excede la capacidad de respuesta, produce pérdida de vidas, heridos y damnificados, requiere atención rápida y eficiente, además de producir pérdidas económicas e interferir en el desarrollo de la comunidad, necesita la intervención del equipo de salud y en especial de enfermería ya que en este tipo de eventos adversos (sismos los más frecuentes) las personas sufren daños a la salud y

muerte, el ambiente se torna agresivo para la salud y los servicios de salud pueden colapsar en forma parcial o total porque genera una gran demanda de atención.

Debemos resaltar también que el C.S. ha organizado el área de intercambio de camillas, evaluación situada entre las respuestas nunca (30,8%) y a veces (53,8%) que muestra un manejo poco favorable. De igual manera se observa que el C.S: cuenta con un número de ambulancias suficientes con respuestas entre nunca (35,9%) y a veces (43,6%). Estos datos evidencian un déficit en el material de trabajo con el que el personal realizará el futuro manejo de víctimas en caso de sismos.

Estos resultados concuerdan con el estudio de Ivelte, A.¹³ quien refiere que el 76,0% se ubicó como satisfactorio en todos los tópicos, el 93,0% consideró que los recursos financieros eran insuficientes y los físicos inadecuados con un 78,0%, un 85,0% de la muestra desconoce la existencia de un plan de respuesta.

Se aprecia que las respuestas más favorables están en el factor motivacional intrínseco (los miembros del equipo de triaje no abandona su área, las brigadas de triaje estuvieron compuestas por médico y enfermera de mayor experiencia), evidenciando también que las respuestas desfavorables están en el factor logístico, respuestas como el

Centro de Salud no cuenta con ambulancias suficientes, el Centro de Salud a veces organizó el área de intercambio de camilla.

Debemos también evidenciar que estas deficiencias en el manejo de víctimas en casos de sismos pueden deberse a que carecemos de protocolos que estandaricen respuestas adecuadas, eficientes, medidas y sobre todo favorables; ante desastres como es el caso de sismo, aún a pesar de ser un País altamente sísmico y ubicarnos en el cinturón de fuego.

Tabla N° 05: En la cual se observa que el 43,6% de los que tienen un nivel de conocimientos bajo tienen un manejo desfavorable ante el manejo de víctimas en caso de sismo y solo el 7,7% un manejo favorable, de los que tienen un nivel de conocimientos medio el 20,5% tiene un manejo desfavorable y favorable también el 20,5%, y los que tienen un nivel de conocimientos alto el 5,1% tienen un manejo favorable y el 2,6% un manejo desfavorable frente al manejo de víctimas en caso de sismo y mediante la prueba de significancia del Chi² se puede afirmar que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y el manejo de víctimas en caso de sismos con un nivel de significancia del $0,038 < 0,05 = 5\%$.

Para una intervención eficaz y eficiente frente a los desastres no sólo basta el nivel de conocimientos, sino sobre todo el manejo favorable para responder adecuadamente frente al desastre porque es un evento adverso, inesperado y que pone a prueba una serie de elementos que debieron estar preparados desde el antes de que ocurra este desastre, allí radica la importancia de establecer la relación entre conocimientos y manejo de víctimas en caso de sismo.

Según Catalina Arguello Gutiérrez (2011)³² en su artículo Apoyo psicosocial en desastres desde los centros de salud: la experiencia desde el sistema de salud costarricense publicado en la Revista Psicosocial y Emergencias en Costa Rica sostiene que:

Las situaciones de emergencias y desastres tienen un impacto en la salud mental y organización comunitaria, este impacto es de carácter psicosocial al trastocar la dimensión personal y sus vinculaciones con el acontecer social. Tradicionalmente estas necesidades no han sido consideradas en toda su importancia, y cuando se han desplegadas acciones en este sentido, se han hecho desde brigadas externas a las comunidades. Si pensamos en la salud como una dimensión psicosocial comunitaria, y en el impacto que tienen las situaciones de emergencias y desastre sobre ésta, los espacios que brindan salud deben contemplar

desde una visión preventiva y no patologizante las acciones a desarrollar en la actuación frente a eventos adversos.

Los establecimientos de salud son los centros donde comúnmente hay más afluencia masiva de las personas de la comunidad al ocurrir un desastre o emergencia. En estas situaciones, las personas heridas y afectadas en distintos niveles acudirán especialmente a los servicios de emergencia, esto generalmente produce una saturación de los servicios y complica aún más el accionar en los momentos críticos de la atención de la emergencia; porque además de buscar atención de los estados y condiciones físicas, las personas acuden a los establecimientos de salud buscando información del evento, información sobre sus familiares, apoyo emocional y atención psicosocial. Estas demandas no son aún contempladas en el funcionamiento cotidiano de los servicios de emergencias y mucho menos en los momentos de emergencias y desastres.

Los servicios de emergencias de los centros de salud, serán un espacio privilegiado para coordinar el despliegue de acciones de apoyo psicosocial y salud mental desde las fases iniciales del evento. De esta forma se podría coordinar mejor la vinculación interinstitucional, la vinculación comunitaria, el flujo de personal en el servicio de

emergencias, el control de la información y las acciones de seguimiento; pero las acciones que se realicen deben respetar principios fundamentales de respeto a la comunidad, sus tradiciones y posibilidades de respuesta ante un evento adverso.³²

Tabla N° 06: Sobre las principales reacciones que presenta el personal de salud del C.S. Leoncio Prado en caso de sismo, se demuestra que más del 50% experimentó desconcentración, se sintió afligido por su familia, con temor a morir, estresado y perdió el control de sus emociones.

La Organización Panamericana de Salud (OPS) sostiene que debe incluirse dentro del índice de seguridad hospitalaria (ISH) el contar con equipos de atención psicosocial para pacientes, familiares y personal de salud. A partir de experiencias concretas como Mesa Redonda (Perú, 2001), Atocha (España, 2004) y el incendio en el Hospital Calderón Guardia (HCG) (Costa Rica, 2005), se vislumbra la necesidad de establecer lineamientos básicos en el área.

Pero también hay que reconocer que en situaciones adversas el impacto sobre la salud mental dependerá de: la naturaleza del evento; las características de personalidad y su capacidad de afrontamiento ante

eventos catastróficos e inesperados (fortalezas y debilidades) y del entorno y las circunstancias: condiciones ambientales y familiares de las personas afectadas y las redes sociales existentes. (Caballero, 2006) además de la capacidad de respuesta que tenga el personal de salud para manejar y/o controlar sus estados emocionales que en un momento de desastre éstos pueden determinar un manejo favorable o desfavorable frente al manejo de víctimas en caso de sismo.

CONCLUSIONES

- La población motivo de la investigación se caracteriza por ser mayoritariamente femenina, adulta, profesionales de enfermería, con 1 a 10 años de experiencia laboral en el C.S.
- Más del cincuenta por ciento (51,3%) del personal de salud del C.S. Leoncio Prado presenta un nivel de conocimiento bajo, seguido por el nivel de conocimientos medio (41%) y finalmente un nivel de conocimiento alto (7,7%) sobre los desastres y el manejo de víctimas en casos de sismos.
- La mayoría del personal del C.S. Leoncio Prado presenta un manejo desfavorable (66,7%) de víctimas en caso de sismo, se caracteriza por que siempre organizan unas áreas específicas como el área de partos y área de triaje (46,2%), siempre se han organizado de manera tal que miembros del equipo de triaje no abandonaron el área (43,6%), y que el personal siempre realiza el uso de las tarjetas de triaje (46,2%).

- Existe relación significativa (nivel de significancia de 0,038) entre el nivel de conocimiento y el manejo de víctimas en caso de sismo del personal del C.S. Leoncio Prado.

RECOMENDACIONES

- Cada Establecimiento de Salud en conjunto con su personal deben incrementar sus conocimientos sobre los desastres y el manejo de víctimas en casos de sismo, porque nuestra región así como cualquier lugar del país no está exenta de sufrir un desastre sea cual sea su etiología por ello se debe estar bien preparados para responder oportuna y eficazmente ante éste..
- Que se realicen estudios de investigación sobre el tema para fortalecer y enriquecer los conocimientos y habilidades sobre los desastres y el manejo de víctimas en casos de sismo, porque enfermería juega un papel importante en el antes, durante y después de un desastres.
- A los establecimientos de salud se recomienda fomentar la práctica con la implementación de simulacros, que faciliten y evidencien el manejo de victimas de casos de sismos.

- A la Universidad como centro formador fomentar la implementación de planes de prevención de desastres los cuales incluyan y protocolicen las acciones de brigadas que faciliten las repuestas y se forme una doctrina de prevención de riesgos en casos de desastres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maita Rojas, A.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 Perú 2013 [tesis Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres]. Lima Perú. Escuela de Post-grado Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2013
2. Navarro Machado V.R. Sosa Acosta Á. Manejo prehospitalario de víctimas en masa 1ed. Editorial Ciencias Médicos; 2010
3. OMS. Planification et organisation des services médicaux d'urgence. Rapport sur la reunion d' ungrupetechnique de l'OMS. Toulouse 24-28 fevrier 1979. Rapport et etudes EURO 35. Bureau Regional de l'Europe. Copenhague, OMS. 1981:2-3
4. Pérez Civantos D, Alvarez Fernández L, Jiménez de Diego L, Juárez Alonso S, López Díaz A, Loste Peña JR, et al. Medicina de Emergencias en España: Documento base. Emergencias 1995; 7:5-12.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Oficina Regional Para las Américas [Página de Internet] Manejo de víctimas en masa Rev. 2014. [citado 25 May 2015]; Salud Pública y Desastres, disponible en:

http://www.saludydesastres.info/index.php?option=com_content&view=article&id=155:6-manejo-de-victimas-en-masa&catid=165&Itemid=578&lang=es

6. Hurtado, Correa, Mejía, Moreno, Suárez. Formato para la formulación de líneas de investigación. [Base de datos de internet]. Colombia. Cardona, O.D., 2003. [citado 17 Jul 2015]. http://www.manizales.unal.edu.co/attachments/article/3002/gestion_integral_de_riesgos_y_desastres.pdf.
7. Bucaram A. Principales terremotos en América Central y América Latina desde el 2001. El Universo. [serien en internet]. 2014 Abr**[citado 18 Jul 2015]; 04-2014. (1): 5. disponible en: <http://www.eluniverso.com/noticias/2014/04/02/nota/2571821/principales-terremotos-america-central-america-latina-2001>.
8. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann [Base de datos de internet], – Revista Basadrina – Tacna Perú. ISSN 2077-2014 [Consultado el 26 de Mar. del 2016] Vol. 5 N°12, disponible en: <http://www.unjbg.com.pe>
9. Oficina general de defensa nacional; Compendio de Guías de Intervenciones Y Procedimientos de Enfermería En Emergencias Y Desastres, Perú – 2006.

10. Shishani, Garfiekd, Padilla, La Porte, Autor/es de la Comunicación/Ponencia. Título de la Comunicación/Ponencia. En: Título oficial del Congreso. Lugar de Publicación: Editorial; año. página inicial-final de la comunicación/ponencia.
11. Rodríguez García MC. Análisis de la Evolución de la Demanda Asistencial en el Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de León [Tesis Doctoral]. España: Universidad de León; 2012.
12. López Y, Plan de Manejo de Víctimas en Situación de Emergencia y Desastre, dirigido el personal de Enfermería de los Hospitales del Seguro Social del Municipio Maracaibo y San Francisco del Estado Zulia. [Tesis para optar el título de Magister en Scientiarum en Administración]. Maracaibo Venezuela. Programa de post grado de la universidad del Zulia. 2010.
13. Venegas L. Rodríguez P. Uzcategui nivel U. de Conocimiento del Personal de Enfermería Sobre Manejo de Víctimas Resultantes de Desastres Unidad de Emergencia General “Dr. Rui Medina” Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda” Barquisimeto-Lara Junio – Noviembre 2004, [Tesis]. Venezuela Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado” Decanato De Medicina Programa De Enfermería, 2005

14. Avellaneda J. Psicología. 3° edición. Lima 1980
15. Bunge Mario. La ciencia. Su método y filosofía. Editorial Grupo Patricia Cultural. México 1995
16. Vergara, A. Durán, T. Categorización de urgencia. [base de datos en internet]. Argentina. UEHPRO2009-1 . [19 Jul 2015]. Disponible en: http://hospitaldelosandes.cl/biblioteca_virtual/wp-content/uploads/2013/05/CATEGORIZACION-DE-URGENCIA_2012.pdf
17. Curso de Planeamiento Hospitalario para Desastres [Página de Internet] Lima: OPS/OMS; [Consultado 30 Nov 2014] Oficina General de Defensa Nacional, Ministerio de Salud Disponible en http://www.minsa.gob.pe/ogdn/cd1/pdf/ECS_01/pleccion6.pdf
18. The Internacional Disaster Database (EM-DAT). Classification [consultado 21/05/2013]. Disponible en: <http://www.emdat.be/classification>
19. Ministerio de Salud, Departamento de Emergencia y Catástrofe. Capítulo I. En: Enfermería en Desastres. Chile; 1997. 11-15.
20. Switzer K.H. Enfermería comunitaria durante un desastre. En: Arvizu Lara J. Enfermería en Desastres: Planificación, Evaluación e Intervención. México: HARLA México; 1989. 211-252

21. Powers R. Introduction to disasters and disaster nursing. En: International Disaster Nursing. Cambridge University Press; 2010. 1-12.
22. Saliba D. et al. Function and Response of Nursing Facilities During Community Disaster. American Journal of Public Health. 2004; 94 (8): 1436-1441
23. Wynd C. A Proposed Model for Military Disaster Nursing. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 2006; 11 (3): 1-11
24. García Ruise S. Organización de la ayuda sanitaria en caso de catástrofe. En: Garrido Miranda J.M. Catástrofes y técnicas de enfermería en urgencias y emergencias. Primera edición. España: Gráficas la Paz de Torredonjimeno, S.L.; 2010. 157-206.
25. Gebbie K., Qureshi K. A Historical Challenge: Nurses and Emergencies. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 2006; 11 (3): 1-8.
26. La Historia de los sismo en el Perú [Página de internet]. Lima: Grupo La República; ©2017 [actualizado el 12 de Dic. 2015]. Disponible en: <http://larepublica.pe/16-08-2007/historia-de-los-sismos-en-el-peru>.
27. Centro de Conocimiento en Salud Pública y Desastres. [página de internet]. organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas, Organización Panamericana de la Salud; © 2012

Organización Panamericana de la Salud. Todos los derechos reservados. [consultada el 28 Dic. 2013]. Disponible en:http://www.saludydesastres.info/index.php?option=com_content&view=article&id=154:6-1-manejo-prehospitalario-de-victimas-en-masa-5-188&catid=205:6-1-manejo-prehospitalario-de-victimas-en-masa&Itemid=578&lang=es

28. Centro Regulador de Urgencias y Emergencias. Protocolo de Atención de Víctimas en Masa [CD-ROM] Tolima-Colombia: Gobernación del Tolima, Secretaría de Salud; Marzo 2013

29. Freire Gonzáles, L. Papel del personal de Enfermería en situaciones de desastre. [Monografía en internet]. Oviedo, Asturias, España. Universidad de Oviedo. Junio 2013. [citada 19 Jul 2015]. Disponible en:
http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17315/6/TFM_Lidia%20Freire.pdf

30. Bastidas Graterol A.M. Nivel de preparación del ambulatorio urbano tipo I "San Francisco" para prestar atención a saldo masivo de víctimas por situación de desastre. Barquisimeto, Estado Lara. Junio-Noviembre, 2003, Rev. ResearchGate. 2013; 4 (2): 24-47

31. Oficina Ejecutiva de Defensa Nacional. Funciones de los órganos de Línea de la oficina de defensa Nacional. [Base de datos de internet].

Tacna-Perú. [19 Jul 2015]. Disponible en:
<http://www.regiontacna.gob.pe/grt1/defensanac.pdf>.

32. Arguello G. Catalina Apoyo psicosocial en desastres desde los centros de salud: la experiencia desde el sistema de salud costarricense [Base de datos de internet], – Revista Psicosocial y Emergencias - Costa Rica [Consultado el 25 de Mar. del 2016] pág 76, disponible en: <http://www.psicosocialyemergencias.com/apoyo-psicosocial-en-desastres-desde-los-centros-de-salud-la-experiencia-desde-el-sistema-de-salud-costarricense/#a>.

ANEXOS

Anexo N° 01

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE
GROHMANN-TACNA
Facultad de Ciencias de la Salud
Sección de segunda especialidad

N° _____

FECHA: _____

CUESTIONARIO

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

1. Presentación

El presente cuestionario tiene por objetivo de determinar el nivel de conocimiento del personal de salud en el manejo de víctimas de sismos del C.S. Leoncio Prado. Con la presente usted autoriza el uso de la información para realizar el estudio: 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

2. Instrucciones

Lea las propuestas y marque con un aspa con un círculo la respuesta que usted considere correcta de las siguientes proposiciones:

3. Datos generales

Sexo: () Femenino () Masculino

Ocupación y/o profesión

Médico	
Enfermera	
Obstetras	
Técnicos de enfermería	
Otros	

Tiempo de labor:

1-5	
5-10	
10-15	
15-20	
20 a +	

Edad:

Menor de 25		40-45	
25-30		45-50	
30-35		50-60	
35-40		Mayor de 60	

A. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESASTRES

1. Un desastre es:

- a) Un evento predecible con un número excesivo de víctimas.
- b) El número de víctimas graves sobrepasa la capacidad asistencial.
- c) Clasificación con el ánimo de salvar el mayor número de vidas posibles.
- d) solo a y b son correctas
- e) NA.

2. ¿Qué es urgencia?

- a) La situación de salud que se presenta repentinamente, requiere inmediato tratamiento o atención y lleva implícito una alta probabilidad de riesgo de vida.
- b) Es algo que debe resolverse de forma inmediata.
- c) Una situación de salud que también se presenta repentinamente, pero sin riesgo de vida y puede requerir asistencia médica dentro de un período de tiempo razonable.
- d) Solo a y b.
- e) Solo b y c.

3. Una Emergencia es:

- a) Algo que debe resolverse inmediatamente.
- b) Situación de salud en peligro de vida.
- c) Puede esperar para ser atendido.
- d) La cantidad de víctimas graves es asumible por los medios asistenciales normales.
- e) solo a y b.

4. Los desastres naturales son:

- a) Accidente de tránsito, Meteorológicos, tecnológicos, Hidrológicos, derrame químicos, Biológicos.
- b) Meteorológicos, tecnológicos, Hidrológicos, derrame químicos, Biológicos.
- c) Geofísicos, Meteorológicos, Hidrológicos, Climatológicos, Biológicos.
- d) Accidente de tránsito, Meteorológicos, tecnológicos, hidrológicos, Climatológicos y biológicos.
- e) NA.

5. Se considera desastres tecnológicos:

- a) Derrame químico, Accidente industrial.
- b) Accidentes de tránsito (aéreo, terrestre y marítimo).
- c) Meteorológicos, tecnológicos, Hidrológicos, derrame químicos, Biológicos.

- d) Accidente de tránsito, Meteorológicos, tecnológicos, Hidrológicos, derrame químicos, Biológicos.
- e) N.A.

6. Los Desastres causados por el hombre. Incluyen:

- a) Terrorismo, Conflictos armados, Desplazamientos de población.
- b) Concentraciones humanas, Incendios, Intoxicaciones alimentarias masivas.
- c) Concentraciones humanas, Conflictos armados, Incendios, Intoxicaciones.
- d) Conflictos armados, Terrorismo, tecnológicos, Hidrológicos.
- e) a y b son correctas.

B. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRIAJE

7. Marque una "V" si considera la respuesta verdadera y "F" si la considera falsa.

- El triaje está definido como Un Método para clasificar heridos en función de su pronóstico vital y establecer prioridad en la atención y evacuación mediante tarjetas de colores.
- Triaje en foco: Este triaje lo realizará el personal profesional presente con más experiencia y capacitación previa.
- Triaje médico de avanzada: Es el procedimiento de categorización de las víctimas en el lugar donde se encuentran.
- Triaje de evacuación: Este procedimiento clasifica a las víctimas según su prioridad para el traslado al hospital preparado para recibirlos
- Tarjeta Roja: Politraumatizados, eviscerados, Shock hipovolémico, Traumatismo Encéfalo craneal grave.
- Tarjetas Amarillas: Heridas superficiales de cara, muslo y pierna. Contusiones múltiples, neurosis de conversión. Desmayos, erosiones múltiples, heridas superficiales en abdomen y antebrazos.
- Tarjeta Verde: Fractura de Cubito, Fracturas de Tibia, angina de pecho, fractura de clavícula, luxación de hueso de mano, heridas de abdomen, heridas de brazo y antebrazo, heridas de cuero cabelludo sangrantes.
- La tarjeta negra: Fallecidos presentando múltiples lesiones y amputaciones.
- El tiempo máximo para clasificar a una víctima fallecida no debe superar los 30 segundos, 1 minuto para una leve y 3 minutos para una grave.

C. CONOCIMIENTOS ACERCA DE LAS ACCIONES BRINDADAS POR EL PERSONAL DE SALUD

8. Se pueden considerar actividades antes de un sismo:

- a) Valoración previa y plan de respuesta al desastre.
- b) Simulacros
- c) Programas de educación comunitaria
- d) Todas las anteriores
- e) N.A.

9. Durante un sismo o desastre se debe realizar:

- a) Evaluación rápida de necesidades, Triaje prehospitalario, Cuidados de Enfermería, Identificación rápida de problemas propios del desastre.
- b) implementación de medidas para tratar y evitar la reaparición o las complicaciones de los problemas.
- c) Prestar una especial atención al agua y saneamiento, alimentación y refugio y asentamientos humanos, Comunicaciones con los organismos.
- d) todas las anteriores.
- e) N.A.

10. Después de un sismo o desastres se realiza:

- a) Evaluación de necesidades que permita establecer acciones prioritarias, Valorar los aspectos que han fallado y por tanto deben mejorarse, y los que deberían potenciarse más.
- b) Rehabilitación, proceso que abarca el tratamiento de las enfermedades, lesiones o secuelas derivadas del desastre, Dada la elevada prevalencia del trastorno de estrés postraumático tras un desastre, los enfermeros deberán conocer e identificar sus manifestaciones más comunes, desarrollar las actividades pertinentes en materia de promoción de la salud y prevención.
- c) coordinación con otras instituciones como fuerzas armadas, COE y otros.
- d) Solo a y b.
- e) N.A.

D. MANEJO DE VÍCTIMAS EN MASA

11. Los principales campos de acción en el manejo de víctimas en masas son:

- a) Asistencia Pre-hospitalaria.
- b) Búsqueda y rescate, Primeros Auxilios, clasificación y estabilización de víctimas.
- c) Recepción y tratamiento en el Hospital (en el caso de los municipios donde no hay hospitales correspondiese al Centro de Salud).
- d) Redistribución de pacientes a otro nivel de mayor resolución (Hospital General o de Especialidad).
- e) Todas las anteriores.

12. El manejo de víctimas en caso de sismo se define como:

- a) El conjunto de procedimientos médico de emergencias aplicadas en el foco del evento adverso y durante el transporte asistido con el propósito de salvar la mayor cantidad de vida y brindar el mejor tratamiento a la salud de las víctimas.
- b) Hay víctimas graves con peligro de muerte e incluso fallecidos. La cantidad de víctimas graves es asumible por los medios asistenciales normales.
- c) Es la secuencia de actividades ejecutadas para lograr la movilización eficaz de los recursos adecuados.
- d) todas las anteriores.
- e) N.A.

13. Tipos de alertas son:

- a) Verde, amarillo, rojo.
- b) Rojo, amarillo, verde, negro y azul.
- c) Verde, amarillo, rojo y negro.
- d) Rojo, anaranjado, verde y amarillo.

14. La alerta verde significa:

- a) Que la institución debe prepararse para una eventualidad, probable y cercana ocurrencia de un evento adverso. Se establece que el personal de salud esté disponible y localizable para cualquier llamada.
- b) Existe el peligro inminente y cercano que puede afectar a una población considerable y a los servicios de salud.
- c) Significa que sucedió un evento catastrófico con gran impacto sobre una población determinada.
- d) Se establece que el personal de salud debe presentarse a su centro de trabajo con carácter de obligatoriedad, bien sea por la cadena de llamada o bien por otros medios de información.
- e) N.A.

15. La alerta roja:

- a) Se establece que el personal de salud esté disponible y localizable para cualquier llamada.
- b) Significa que sucedió un evento catastrófico con gran impacto sobre una población determinada. Se establece el mismo nivel de exigencia anterior y la ejecución del plan de emergencia (RESPUESTA).
- c) Existe el peligro inminente y cercano que puede afectar a una población considerable y a los servicios de salud.
- d) Se establece que el personal de salud debe presentarse a su centro de trabajo con carácter de obligatoriedad, bien sea por la cadena de llamada o bien por otros medios de información.
- e) N.A.

E. EL C.S. FRENTE A UN SISMO (SIMULACRO) ESTÁ ORGANIZADO DE LA SIGUIENTE FORMA, PARA EL MANEJO DE VÍCTIMAS EN CASO DE SISMO

F. :

Lea las propuestas y marque con "X" la respuesta que usted considere correcta de las siguientes proposiciones:

Evaluación del simulacro realizado por el centro de salud Leoncio Prado en el año 2014

N°	Ítems	Siempre	A veces	Nunca
1	Considera usted que el C.S. cumple con Coordinar acciones con el centro de operaciones de Emergencia (COE):			
2	Considera usted que el C.S. cumple hacer Participar al personal en actividades de búsqueda y rescate:			
3	Considera usted que el C.S. cumple Realiza la Recepción, TRIAJE:			
4	Considera usted que el C.S. cumple con Brindar atención inmediata a víctimas en bajo riesgo:			
5	Considera usted que el C.S. cumple Hace uso de tarjetas de mediano y alto riesgo:			
6	Considera usted que el C.S. cumple Cuenta con número de ambulancias suficiente para el traslado ambulatorio:			
7	Considera usted que el C.S. cumple Brinda capacitación sobre el manejo de víctimas en masa:			

8	Cuenta con equipo básico para la atención en caso de desastre:			
9	Observa usted que el C.S. se ha organizado en el Área de distribución: Esta área estuvo fuera del centro de salud pero muy cerca, los responsables previamente entrenados se encargaran de orientar y distribuir:			
10	Observa usted que el C.S. se ha organizado en la área de intercambio de camillas: compuesto por voluntarios o del equipo de limpieza, entregaron camillas a los grupos de socorros evitando así el retraso:			
11	Observa usted que el C.S. se ha organizado en la Sección de recepción o registros: esta sección no retrasó ninguna de las estrategias de estabilización:			
12	Observa usted que el C.S. se ha organizado en la Sección de clasificación y triaje: que estuvo bajo toldos con personal médico y enfermería de mayor experiencia que procederán al cumplimiento de las estrategias:			
13	Observa usted que el C.S. se ha organizado en la Sección de curaciones y cirugías Esta sección fue conformada, según los recursos que contaba el centro de salud, fue dirigida por Médico General, enfermera y Tec. De Enf.:			
14	Observa usted que el C.S. se ha organizado en Sección de Partos: contó con Médico Obstetra, Enfermera y un técnico:			
15	Observa UD. que el centro de salud se ha organizado en la Sección de aislamiento: fue conformado por un técnico de admisión y un técnico de enfermería:			
16	Observa UD. que el centro de salud se ha organizado en el laboratorio, estuvo en funcionamiento:			
17	Observa UD. que el centro de salud y las instalaciones tienen un Área de seguridad y evacuación:			
18	Observa UD. que el centro de salud se ha organizado de tal manera que los miembros del equipo de triaje no abandonaron el área; a no ser que sean reemplazados:			
19	Observa UD. que el personal hizo uso de las tarjetas de triaje en la atención de pacientes en caso de sismos:			
20	Observa UD. que el centro de salud se ha organizado de tal manera que Se evaluó a cada paciente con el método ABCDE (vía aérea, circulación, estado neurológico, exposición) y una evaluación física completa siendo breve, con orientación a la lesión y a definiendo el diagnóstico y tratamiento:			
21	Observa UD. que el centro de salud se ha organizado de tal manera que trasladan a las víctimas según su gravedad.			
22	Durante un sismo usted se sintió Desorientado			
23	Durante un sismo usted se sintió Nervioso			
24	Durante un sismo usted Perdió el control de sus emociones (llora, grita, corre)			
25	Durante un sismo usted se sintió Desconcentrado			
26	Durante un sismo usted se sintió Afligido por la familia			
27	Durante un sismo usted se sintió Con Temor a morir			
28	Durante un sismo usted se sintió Estresado			

Anexo N°02 Validez del instrumento

1. Hallar las varianzas

	N	Desv. tip.	Varianza
1. Un desastre es: El número de víctimas graves sobrepasa la capacidad asistencial.	18	1.029	0.059
2. urgencia es una situación de salud que también se presenta repentinamente, pero sin riesgo de vida y puede requerir asistencia médica dentro de un período de tiempo razonable	18	.922	.850
3. Una Emergencia es algo que debe resolverse inmediatamente.	18	.856	.732
4. Los desastres naturales son: Geofísicos, Meteorológicos, Hidrológicos, Climatológicos, Biológicos.	18	.857	.735
5. Se considera desastres tecnológicos: Derrame químico, Accidente industrial, Accidentes de tránsito (aéreo, terrestre y marítimo),	18	.856	.732
6. Los Desastres causados por el hombre. Incluyen: Terrorismo, Conflictos armados, Desplazamientos de población, Concentraciones humanas, Incendios, Intoxicaciones alimentarias masivas,	18	.985	.971
El triaje está definido como Un Método para clasificar heridos en función de su pronóstico vital y establecer prioridad en la atención y evacuación mediante tarjetas de colores.	18	.922	.850
Triaje en foco: Es el procedimiento de categorización de las víctimas en el lugar donde se encuentran	18	1.023	0.046
Triaje médico de avanzada: Este triaje lo realizará el personal profesional presente con más experiencia y capacitación previa.	18	1.003	1.007
Triaje de evacuación: Este procedimiento clasifica a las víctimas según su prioridad para el traslado al hospital preparado para recibirlos	18	.767	.588
Tarjeta Roja: Politraumatizados, eviscerados, Shock hipovolémico, Traumatismo Encéfalo craneal grave.	18	.970	.941
Tarjetas Amarillas: Fractura de Cubito, Fracturas de Tibia, angina de pecho, fractura de clavícula, luxación de hueso de mano, heridas de abdomen, heridas de brazo y antebrazo, heridas de cuero cabelludo sangrantes.	18	.922	.850
Tarjeta Verde: Heridas superficiales de cara, muslo y pierna. Contusiones múltiples, neurosis de conversión. Desmayos, erosiones múltiples, heridas superficiales en abdomen y antebrazos.	18	.856	.732
La tarjeta negra: Fallecidos presentando múltiples lesiones y amputaciones.	18	.856	.732
El tiempo máximo para clasificar a una víctima fallecida no debe superar los 30 segundos, 1 minuto para una leve y 3 minutos para una grave.	18	1.003	1.007
8. Se pueden considerar actividades antes de un sismo: Valoración previa y plan de respuesta al desastre, Simulacros y Programas de educación comunitaria	18	1.003	0.007
9. Durante un sismo o desastre se debe realizar: Evaluación rápida de necesidades, Triaje prehospitalario, Cuidados de Enfermería, Identificación rápida de problemas propios del desastre, implementación de medidas para tratar y evitar la reaparición o las	18	1.023	0.046
10. Después de un sismo o desastres se realiza: Evaluación de necesidades que permita establecer acciones prioritarias, Valorar los aspectos que han fallado y por tanto deben mejorarse, y los que deberían potenciarse más, Rehabilitación, proceso que abarc	18	.970	.941
11. Los principales campos de acción en el manejo de víctimas en masas son: Búsqueda y rescate, Primeros Auxilios, clasificación y estabilización de víctimas.	18	1.003	0.007
12. El manejo de víctimas en masa se define como: El conjunto de procedimientos médico de emergencias aplicadas en el foco del evento adverso y durante el transporte asistido con el propósito de salvar la mayor cantidad de vida y brindar el mejor tratamie	18	1.029	0.059
13. Tipos de alertas son: Verde, amarillo, rojo	18	1.003	1.007
14. La alerta verde significa: Que la institución debe prepararse para una eventualidad, probable y cercana ocurrencia de un evento adverso. Se establece que el personal de salud esté disponible y localizable para cualquier llamada.	18	1.023	1.046
15. La alerta roja: Significa que sucedió un evento catastrófico con gran impacto sobre una población determinada. Se establece el mismo nivel de exigencia anterior y la ejecución del plan de emergencia (RESPUESTA).	18	.970	.941
Concidera usted que el C.S. cumple con Coordinar acciones con el centro de operaciones de Emergencia (COE)	18	.461	.012
Concidera usted que el C.S. cumple hacer Participar al personal en actividades de búsqueda y rescate	18	.786	.618

Concidera usted que el C.S. cumple Realiza la Recepción, TRIAJE	18	.857	.735
Concidera usted que el C.S. cumple con Brindar atención inmediata a víctimas en bajo riesgo	18	.752	.565
Concidera usted que el C.S. cumple Hace uso de tarjetas de mediano y alto riesgo	18	.832	.693
Concidera usted que el C.S. cumple Cuenta con número de ambulancias suficiente para el traslado ambulatorio.	18	.840	.706
Concidera usted que el C.S. cumple Brinda capacitación sobre el manejo de víctimas en masa	18	.676	.458
Cuenta con equipo básico para la atención en caso de desastre.	18	.686	.471
Observa usted que el C.S. se ha organizado en las siguientes áreas específicas para la atención Área de distribución Esta área estuvo fuera del centro de salud pero muy cerca, los voluntarios previamente entrenados se encargaran de orientar y distribuir,	18	.594	.053
Observa usted que el C.S. se ha organizado en las siguientes áreas específicas para la atención Área de intercambio de camillas: compuesto por voluntarios o del equipo de limpieza, entregaron camillas a los grupos de socorros evitando así el retraso de lo	18	.725	.526
Observa usted que el C.S. se ha organizado en las siguientes áreas específicas para la atención Sección de recepción o registros: esta sección no retrasó ninguna de las estrategias de estabilización	18	.808	.654
Observa usted que el C.S. se ha organizado en las siguientes áreas específicas para la atención Sección de clasificación y triaje: estuvo Bajo toldos con personal médico y enfermería de mayor experiencia que procederán al cumplimiento de las estrategias y	18	.758	.575
Observa usted que el C.S. se ha organizado en las siguientes áreas específicas para la atención Sección de curaciones y cirugías Esta sección fue conformada, según los recursos que contaba el centro de salud, fue dirigida por Médico General, odontólogo, a	18	.758	.575
Observa usted que el C.S. se ha organizado en las siguientes áreas específicas para la atención Sección traumashock: contó con Médico Enfermera y un técnico.	18	.707	.500
Observa UD. que el centro de salud se ha organizado en la Sección de aislamiento: fue conformado por un técnico y un técnico de enfermería.	18	.698	.487
Observa UD. que el centro de salud se ha organizado en el laboratorio estuvo en funcionamiento	18	.786	.618
Observa UD. que el centro de salud se ha organizado en la instalación de un Área de evacuación	18	.616	.379
Observa UD. que el centro de salud se ha organizado de tal manera que miembros del equipo de triaje no abandonaron el área; a no ser que sean reemplazados.	18	.575	.030
Observa UD. que el personal hizo uso de las tarjetas de triaje en la atención de pacientes en caso de desastres.	18	.608	.069
Observa UD. que el centro de salud se ha organizado de tal manera que Se evaluó a cada paciente con el método ABC (VÍA ÁREA, CIRCULACIÓN, ESTADO NEUROLÓGICO, EXPOSICIÓN) y una evaluación física completa siendo breve, con orientación a la lesión y a defini	18	.767	.588
Observa UD. que el centro de salud se ha organizado de tal manera que Trasladan a las victimas según su gravedad.	18	.616	.079
SUMA DE LAS VARIANZAS	18	9.540	26.859
SUMATOTAL	18	10.721	124.941

2. Reemplazando el algoritmo:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

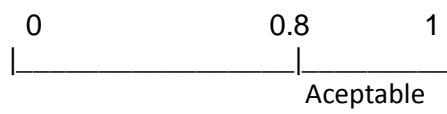
Dónde:

α	=	Alfa de Crombach	=	α
K	=	Numero de Items	=	50
K-1	=	Nº de Items menos 1 (20-1)	=	49
$\sum Vi$	=	Suma de las Varianzas de cada Item	=	26.859
Vt	=	Varianza del Total	=	124.941

Entonces:

$$\alpha = 0.80104923$$

3. Ubicando en el rango de 0 a 1



4. **Se concluye:** que el instrumento es fiable que **hace mediciones estables y consistentes.**

Anexo N° 03
Validez del instrumento
(Por experto)

**“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”**

PRIMERO: Se construye una tabla de doble entrada, como la mostrada a continuación; y se colocan los puntajes para cada reactivo o ítem de acuerdo al criterio establecido por el experto, además de sus respectivos promedios

PROMEDIO DE LA VALIDACIÓN DE LOS EXPERTOS DEL CUESTIONARIO

Nº DE ÍTEM	EXPERTOS					PROMEDIO
	A	B	C	D	E	
1	3	4	4	4	4	3,8
2	3	3	3	4	4	3,4
3	3	3	3	4	4	3,4
4	3	3	4	4	4	3,6
5	3	4	2	4	3	3,2
6	3	4	3	3	3	3,2
7	3	4	3	4	4	3,6
8	3	4	4	5	4	4
9	3	4	3	3	4	3,4

SEGUNDO: Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

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

Donde:

x = Valor Máximo en la escala concedido para cada ítem.

y = El promedio de cada ítem.

Para el presente estudio tenemos:

X	Y	(X-Y) ²
4	3.8	0,45
4	3.4	0,77
4	3.4	0,77
4	3.6	0,63
4	3.2	0,89
4	3.2	0,89
4	3.6	0,63
5	4	1,00
4	3.4	0,77
SUMA=		6,82

$$DPP = \sqrt{6,82} = 2.61242589$$

La DPP hallada es de: **2,61**

TERCERO: Determinar la distancia máxima (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia (0), con la ecuación.

$$Dmax = \sqrt{(X_1 - Y)^2 + (X_2 - Y)^2 + \dots + (X_9 - Y)^2}$$

Donde

x = Valor máximo en la escala para cada ítem. (5)

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

X	y	(x-y) ²
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
		144

$$Dmax = \sqrt{144} = 12$$

CUARTO: La Dmax (12) se divide entre el valor máximo de la escala (5), lo que nos da un valor de 2,4.

QUINTO: Con este último valor hallado, se construye una nueva escala valorativa a partir de cero hasta llegar a Dmax. Dividiéndose en intervalos iguales entre sí, llamándose con letras A, B, C, D, E.

Siendo:

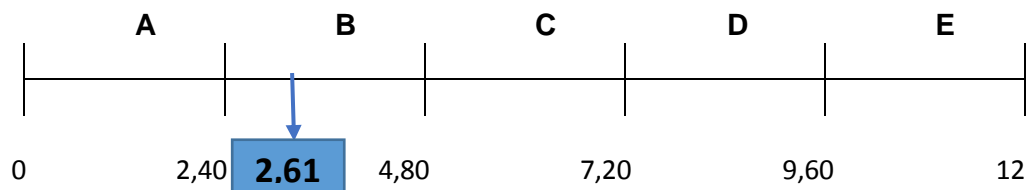
A= Adecuación Total

B= Adecuación en gran medida

C= Adecuación Promedio

D= Escasa adecuación

E= Inadecuación



SEXTO: El punto DPP debe caer en las zonas A o B; en caso contrario el instrumento requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete a nuevamente a juicio de expertos. El valor hallado del DPP fue de 2,61 cayendo en la zona B, lo que significa adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado a la población en estudio.

Anexo N°04
Categorización del nivel de conocimientos
Escala Stanones

Valores que se otorgaron al Conocimiento Mediante la Escala de Stanones y la curva de Gauss.

$$A = X - 0,75 * S$$

$$B = X + 0,75 * S$$

Dónde:

X = 25,74 (Media)

S = 5,345 (Desviación Estandar)

Reemplazando el algoritmo

$$A = X - 0,75 * S$$

$$A = 25,74 - 0,075 * 5,345$$

$$A = 21.7351851$$

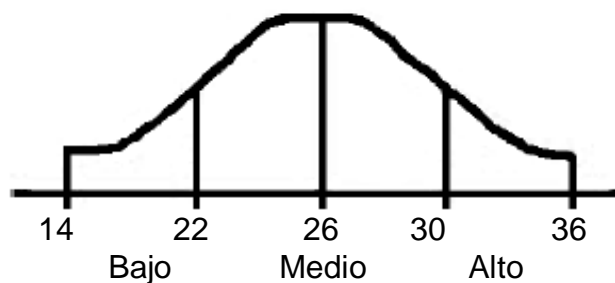
$$A = 22$$

$$B = X + 0,75 * S$$

$$B = 25,74 + 0,075 * 5,345$$

$$B = 29.751994375$$

$$B = 30$$



Estableciendo las Sigüientes Categorías.

Categorías del Nivel de Conocimiento	Puntaje
Nivel de conocimiento Alto	30 – 36
Nivel de conocimiento Medio	22 – 29
Nivel de conocimiento bajo	14 - 21

Anexo N°05
Categorización del Manejo de Víctimas en caso de sismo

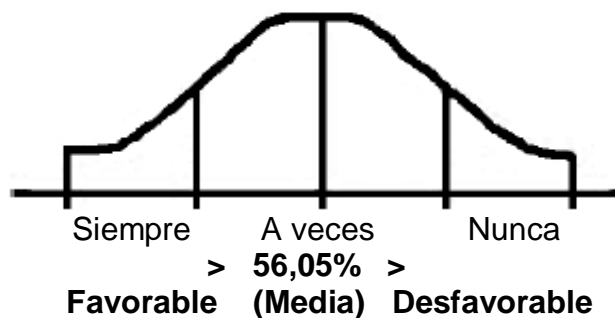
Valores que se otorgaron al manejo mediante la Escala de Actitudes de Likert modificada y la curva de Gauss.

De las escalas:

Siempre	A veces	Nunca
3	2	1
Favorable		Desfavorable
De 2 a 3		de 1 a 2

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
SUMAMVM	39	36	71	56,05	8,454
N válido (según lista)	39				



Estableciendo las Sigüientes Categorías.

Manejo de víctimas en caso de sismo	Puntaje
Favorable	57 - 71
Desfavorable	36 - 56

Tabla N° 07

**DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD SEGÚN SU PROFESIÓN
DEL C.S. LEONCIO PRADO
TACNA 2015**

Profesión u ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Medico	3	7,7%
Enfermera	16	41,0%
Obstetriz	3	7,7%
Técnicos de Enfermería	7	17,9%
Otros	10	25,6%
Total	39	100,0%

Fuente: Cuestionario Aplicado al Personal del C.S. Leoncio Prado - Octubre a Diciembre 2015

En la tabla N° 07 de la distribución del personal de salud según su profesión se aprecia que el 41% son enfermeras, el 17,9% técnicos de Enfermería 7,7% son médicos y obstetras.