

ANEXOS

**CRITERIOS PARA EL LLENADO
DE LA CÉDULA DE EVALUACIÓN ESTRUCTURAL
REGIÓN SÍSMICA
ANEXO No. 1**

1. DESCRIPCIÓN DEL INMUEBLE.

LA INSPECCIÓN SE INICIARÁ CON LA OBSERVACIÓN DEL INMUEBLE DESDE EL EXTERIOR Y POSTERIORMENTE DESDE LA (S) AZOTEA (S), DEFINIENDO LOS DIFERENTES CUERPOS QUE INTEGRAN EL CONJUNTO ASI COMO SU PLANTA Y ELEVACIÓN APROXIMADAS

EN ESTE CAPÍTULO SE OBTIENE INFORMACIÓN GENERAL RELATIVA A LA IDENTIFICACIÓN, UBICACIÓN, USO, CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES (MATERIALES, ESTRUCTURACIÓN, SISTEMA DE PISO, CIMENTACIÓN, REGIÓN SÍSMICA Y TIPO DE SUELO), ASÍ COMO CROQUIS DE LOCALIZACIÓN, UBICACIÓN, PLANTA DE ELEVACIÓN DEL INMUEBLE Y LOS CUERPOS QUE LO CONSTITUYEN.

PARA EL INCISO 1.3.3.7. REGIÓN SÍSMICA, PODRÁ UTILIZARSE LA FIGURA 1 (REF. 1).

PARA EL INCISO 1.3.3.8. TIPO DE SUELO, PODRÁ UTILIZARSE PARA LAS CONSTRUCCIONES LOCALIZADAS EN EL D.F., LAS FIGURAS 2 Y 3 (REF. 2 Y 3) Y PARA LAS CONSTRUCCIONES DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA LA CLASIFICACIÓN DEL TIPO DE SUELO DEBERÁ SATISFACER LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS (REF. 4)

ZONA I.- LOMAS, FORMADAS POR ROCAS O SUELOS GENERALMENTE FIRMES QUE FUERON DEPOSITADOS FUERA DEL AMBIENTE LACUSTRE, PERO EN LOS QUE PUEDEN EXISTIR SUPERFICIALMENTE O INTERCALADOS, DEPÓSITOS ARENOSOS EN ESTADO SUELTO O COHESIVOS RELATIVAMENTE BLANDOS. EN ESTA ZONA ES FRECUENTE LA PRESENCIA DE OQUEDADES EN ROCAS Y CAVERNAS.

ZONA II.- TRANSICIÓN EN LA QUE LOS DEPÓSITOS PROFUNDOS SE ENCUENTREN A 20M DE PROFUNDIDAD O MENOS, Y QUE ESTÉ CONSTITUIDA PREDOMINANTEMENTE POR ESTRATOS ARENOSOS Y LIMOARENOSOS

INTERCALADOS EN CAPAS DE ARCILLA LACUSTRE, EL ESPESOR DE ESTAS ES VARIABLE ENTRE DECENAS DE CENTIMETROS Y POCOS METROS, Y

ZONA III.- LACUSTRE, INTEGRADA POR POTENTES DEPÓSITOS DE ARCILLA ALTAMENTE COMPRESIBLE, SEPARADOS POR CAPAS ARENOSAS CON CONTENIDO DIVERSO DE LIMO O ARCILLA. ESTAS CAPAS ARENOSAS SON DE CONSISTENCIA FIRME Y MUY DURA Y DE ESPESORES VARIABLES DE CENTÍMETROS Y VARIOS METROS. LOS DEPÓSITOS LACUSTRES SUELEN ESTAR CUBIERTOS SUPERFICIALMENTE POR SUELOS ALUVIALES Y RELLENOS ARTIFICIALES, EL ESPESOR DE ESTE CONJUNTO PUEDE SER SUPERIOR A 50M

2. CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO.

EN ESTE CAPÍTULO SE CLASIFICAN Y DESCRIBEN LOS DAÑOS EXISTENTES Y SUS POSIBLES CAUSAS, REPARACIONES, MODIFICACIONES Y EL MANTENIMIENTO GENERAL DE LA CONSTRUCCIÓN

PARA EL INCISO 2.1- **DAÑOS EXISTENTES**, LA CLASIFICACIÓN DEL DAÑO SE EFECTUARÁ DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES INDICADAS EN LA FIGURA 4 (REF.5). EL INGENIERO DEBERÁ APLICAR SU CRITERIO PARA DETERMINAR EL TIPO DE DAÑO DE ACUERDO CON EL NUMERO DE ELEMENTOS DAÑADOS Y LA IMPORTANCIA DE CADA UNO DE ELLOS PARA LA ESTABILIDAD DE LA ESTRUCTURA.

PARA EL INCISO 2.4.2.1 **AÑO**, SI LA CONSTRUCCIÓN HA SUFRIDO MODIFICACIONES EN DISTINTAS ÉPOCAS DEBERÁN ANOTARSE LAS FECHAS DE ÉSTAS O EN SU DEFECTO ANOTAR LA CLAVE 6000 CUANDO EXISTA DUDA DE LAS FECHAS EN QUE FUERON REALIZADAS

PARA EL INCISO 2.5.2. **MANTENIMIENTO DE LA ESTRUCTURA**, DEBERÁ VERIFICARSE QUE NO EXISTA ACERO EXPUESTO POR PÉRDIDA DEL RECUBRIMIENTO, FILTRACIONES, HUMEDAD O DESPRENDIMIENTOS DE MATERIALES QUE AFECTEN A LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES.

PARA EL INCISO 2.5.3. **MANTENIMIENTO DE LA CIMENTACIÓN**, ESTE SERÁ VALUADO CUANDO EXISTA CIMENTACIÓN A BASE DE CAJÓN O CON PILOTES DE CONTROL; SE DEBERÁ REVISAR QUE LAS CELDAS NO ESTEN INUNDADAS, QUE NO EXISTA ACERO EXPUESTO POR PERDIDA DE RECUBRIMIENTO, FILTRACIONES,

HUMEDADES Y EN EL CASO DE LOS PILOTES DE CONTROL CHECAR QUE LAS ANCLAS Y CABEZALES NO ESTÉN DESALINEADOS POR MOVIMIENTOS Y/O DEFORMACIONES Y QUE ESTÉN PINTADOS, SIN OXIDOS. UN BUEN PUNTO DE REFERENCIA RESPECTO AL MANTENIMIENTO DE LOS PILOTES DE CONTROL, SE TIENE EN LAS TABLETAS DE MADERA EN EL CONTACTO CABEZAL - PILOTE, SI ÉSTAS ESTÁN COMPRIMIDAS SIGNIFICA QUE NO SE HA DADO MANTENIMIENTO A LA CIMENTACIÓN.

3. VULNERABILIDAD.

EN ESTE CAPÍTULO SE CALIFICAN LA ESTRUCTURACIÓN EN PLANTA, ESTRUCTURACION EN ELEVACIÓN, CIMENTACIÓN, UBICACIÓN, DETERIORO Y REPARACIONES O MODIFICACIONES DE LA EDIFICACIÓN CON LA FINALIDAD DE OBTENER UN PARÁMETRO CUANTITATIVO DE VULNERABILIDAD QUE NOS PERMITA COMPARAR Y PRIORIZAR LAS ESTRUCTURAS (REF. 6).

LOS FACTORES DE VULNERABILIDAD SE CALIFICAN COMO BAJO, INTERMEDIO Y ALTO CORRESPONDIENDOLES LA CALIFICACIÓN NUMÉRICA DE 0, 1 Y 2 RESPECTIVAMENTE. PARA UN MISMO FACTOR LA EXISTENCIA SIMULTÁNEA DE MÁS DE UNO DE LOS PROBLEMAS DESCRITOS DEBERÁ CONSIDERARSE EN FORMA ADITIVA EN LA CALIFICACIÓN SIN QUE LA SUMA EXCEDA DE ALTO (EJEMPLO: LA EXISTENCIA SIMULTÁNEA DE DOS PROBLEMAS INTERMEDIOS SE CALIFICA COMO ALTO, LA EXISTENCIA DE UN PROBLEMA INTERMEDIO Y UNO ALTO TAMBIÉN SE CALIFICA COMO ALTO).

EN LOS SIGUIENTES INCISOS SE PROPORCIONA UNA GUÍA PARA REALIZAR LA CALIFICACIÓN; SIN EMBARGO ES ESENCIAL EL CRITERIO DE LA PERSONA QUE LA EFECTÚA.

3.1. ESTRUCTURACION EN PLANTA.

CONSIDERA LA DISTRIBUCIÓN Y RIGIDEZ DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES, ASÍ COMO LAS CARACTERÍSTICAS DE LA FORMA EN PLANTA DEL EDIFICIO.

LOS PARÁMETROS PARA LA CALIFICACIÓN SE MUESTRAN EN LA FIGURA 5 (REF 6).

3.2. ESTRUCTURACIÓN EN ELEVACIÓN.

CONSIDERA LAS CARACTERÍSTICAS EN ELEVACIÓN DEL SISTEMA ESTRUCTURAL INCLUYENDO UNA ESTIMACIÓN APROXIMADA DEL EFECTO DE RESONANCIA EN FUNCIÓN DE LA RELACIÓN DE ESBELTEZ (REF. 7) Y LAS CARACTERÍSTICAS DEL SUBSUELO DESCRITAS PARA EL INCISO 1.3.3 8. (TIPO DE SUELO)

LOS PARÁMETROS PARA LA CALIFICACIÓN SE MUESTRAN EN LA FIGURA 6 (REF. 6).

3.3 CIMENTACIÓN.

IDENTIFICA DISTINTOS PROBLEMAS DE MOVIMIENTOS DE LA CIMENTACIÓN QUE INCIDEN EN LA ESTABILIDAD DE LA ESTRUCTURA.

LOS PARÁMETROS PARA LA CALIFICACIÓN SE MUESTRAN EN LA FIGURA 7 (REF. 6).

3.4 UBICACIÓN.

TOMA EN CUENTA LA SITUACIÓN GEOGRÁFICA DEL INMUEBLE, ASÍ COMO SU INTERACCION CON LOS EDIFICIOS COLINDANTES.

LOS PARÁMETROS PARA LA CALIFICACIÓN SE MUESTRAN EN LA FIGURA 8.

3.5. DETERIORO.

REFLEJA EL GRADO EN QUE LA CAPACIDAD RESISTENTE HA SIDO AFECTADA POR DAÑOS PREVIOS, POR LA ANTIGÜEDAD Y/O POR LA FALTA DE MANTENIMIENTO.

LOS PARÁMETROS PARA LA CALIFICACIÓN SE MUESTRAN EN LA FIGURA 9 (REF. 6)

3.6. REPARACIONES O MODIFICACIONES.

MUESTRA EL GRADO EN QUE LAS CONDICIONES ORIGINALES HAN SIDO ALTERADAS POR REPARACIONES, AMPLIACIONES, REMODELACIONES Y/O CAMBIOS DE USO.

LOS PARÁMETROS PARA LA CALIFICACION SE MUESTRAN EN LA FIGURA 10

4. INFORMACIÓN DISPONIBLE.

EN ESTE CAPÍTULO SE RECABAN DATOS SOBRE LA INFORMACIÓN DE TIPO ESTRUCTURAL EXISTENTE SOBRE EL EDIFICIO Y EN DONDE SE ENCUENTRA DISPONIBLE. ASÍ COMO INFORMACIÓN DE LOS MATERIALES MÁS COMUNMENTE UTILIZADOS EN LA REGIÓN, CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SUPERVISIÓN, MANO DE OBRA Y REGLAMENTOS QUE SE APLICAN

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EN ESTE PUNTO SE RESUME LA INFORMACIÓN OBTENIDA EN CAPÍTULOS PREVIOS INTEGRÁNDOSE EN LA FORMA SIGUIENTE:

5.1 ÍNDICE DE VULNERABILIDAD.- ESTE ÍNDICE CORRESPONDE A LA SUMA DE LOS FACTORES DEL CAPÍTULO 3, ESTE ES EL PARÁMETRO QUE NOS PERMITE ESTABLECER PRIORIDADES Y DIFERENCIAS EN FORMA CUANTITATIVA RESPECTO A LA VULNERABILIDAD DE LAS ESTRUCTURAS.

SUS VALORES OSCILAN DE CERO A DOCE Y DE ACUERDO CON EL ÍNDICE OBTENIDO, SE ESTABLECEN LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS:

ÍNDICE	CATEGORÍA
0-4	A
5-8	B
9-12	C

SE CONSIDERA QUE EL NIVEL DE SEGURIDAD ES ADECUADO CUANDO EL ÍNDICE CORRESPONDE A LA CATEGORÍA "A", SI CAE DENTRO DE LA CATEGORÍA "B" ES CONVENIENTE REALIZAR UN ESTUDIO MÁS DETALLADO DE LA ESTRUCTURA. EN AQUELLOS CASOS EN QUE EL ÍNDICE DE VULNERABILIDAD SE ENCUENTRE EN LA CATEGORÍA "C", SERÁ INDISPENSABLE REALIZAR A LA BREVEDAD POSIBLE UN ANÁLISIS DETALLADO QUE DEFINA SI ES O NO NECESARIO UN PROYECTO DE REPARACIÓN O REFUERZO.

LA CATEGORÍA OBTENIDA SE VERIFICA CON EL PARÁMETRO SIGUIENTE:

5.2. NÚMERO DE FACTORES DE VULNERABILIDAD CALIFICADOS COMO ALTOS. INDICA CUANTOS FACTORES DE VULNERABILIDAD FUERON CALIFICADOS COMO ALTOS. NOS PROPORCIONA ELEMENTOS ADICIONALES PARA CALIFICAR Y PRIORIZAR A LAS ESTRUCTURAS.

SUS VALORES OSCILAN DE CERO A SEIS Y DE ACUERDO CON EL NÚMERO OBTENIDO SE DEFINEN LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS.

NÚMERO	CATEGORÍA
0	A
1 - 2	B
3 - 6	C

LAS CATEGORÍAS TIENEN EL MISMO SIGNIFICADO QUE PARA EL ÍNDICE DE VULNERABILIDAD. LA CATEGORÍA OBTENIDA PREVIAMENTE POR EL ÍNDICE DE VULNERABILIDAD SE RATIFICA O MODIFICA CON ESTE PARÁMETRO; RIGE LA CATEGORÍA MÁS DESFAVORABLE

EJEMPLOS.

A) ÍNDICE DE VULNERABILIDAD 4 CATEGORÍA A. NÚMERO DE FACTORES ALTOS 1 CATEGORÍA B, CATEGORÍA DE LA ESTRUCTURA: B

B) ÍNDICE DE VULNERABILIDAD 6 CATEGORÍA B, NÚMERO DE FACTORES ALTOS 2 CATEGORÍA B, CATEGORÍA DE LA ESTRUCTURA: B

5.3. CONCLUSIONES DEL ESTADO ACTUAL.- EN ESTE PUNTO SE RESUMEN LOS ASPECTOS DE USO Y ESTRUCTURALES MÁS IMPORTANTES

5.3.1. USO.- EL USO ESTA CORRELACIONADO CON LA CLASIFICACIÓN Y ACCIONES SOBRE LAS ESTRUCTURAS Y JUEGA UN PAPEL MUY IMPORTANTE EN RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO DE ÉSTAS; EN ESTE PUNTO SE MENCIONARÁ SI EL USO ACTUAL CORRESPONDE AL CONSIDERADO EN EL PROYECTO ORIGINAL, SI SATISFACE CONDICIONES REGLAMENTARIAS, SI EXISTEN ZONAS EN LAS QUE ÉSTE ES INADECUADO (EJEMPLO: CARGAS MAYORES A LAS CONSIDERADAS), RECOMENDACIONES, ETC

5.3.2. ESTRUCTURA - SE INDICARÁ LA CATEGORÍA DEL INMUEBLE DERIVADA DE SU VULNERABILIDAD Y LAS RECOMENDACIONES CORRESPONDIENTES, LA CLASIFICACIÓN DEL TIPO DE DAÑO EXISTENTE (NINGUNO, NO ESTRUCTURAL, ESTRUCTURAL, LIGERO, FUERTE O GRAVE) Y SUS POSIBLES CAUSAS, COMENTARIOS AL MANTENIMIENTO, ACCIONES A SEGUIR, RECOMENDACIONES ETC

5.4. PROYECCIONES FUTURAS.- EN ESTE PUNTO SE RESUMEN LOS ASPECTOS DE USO Y ESTRUCTURALES MÁS IMPORTANTES A CONSIDERAR PARA CUALQUIER PROYECCIÓN FUTURA DEL INMUEBLE.

5.4.1. USO.- SE INDICARÁN LAS POSIBILIDADES Y PROBLEMAS EXISTENTES RESPECTO A MODIFICACIONES DE USO FUTURAS, REQUERIMIENTOS DE MODIFICACIONES DE USO ACTUALES POR NO SATISFACER CONDICIONES REGLAMENTARIAS, NIVELES DE CARGAS A CONSIDERAR EN PROYECCIONES FUTURAS, Y TODO AQUELLO QUE EL EVALUADOR CONSIDERE IMPORTANTE.

5.4.2. ESTRUCTURA.- SE INDICARÁN LAS LIMITACIONES DE ÉSTA EN RELACIÓN CON POSIBLES MODIFICACIONES (AMPLIACIONES, REHABILITACIÓN, ETC), SE DARÁN RECOMENDACIONES RESPECTO A LA ESTRUCTURACIÓN (CIMENTACIÓN Y SUPERESTRUCTURA) Y MATERIALES A UTILIZAR EN FUTURAS AMPLIACIONES, ASPECTOS RELEVANTES A CONSIDERAR, Y TODO AQUELLO QUE EL EVALUADOR CONSIDERE IMPORTANTE.

FIGURA 4

CLASIFICACIÓN DEL DAÑO

TIPO DE DAÑO	DESCRIPCIÓN
NO ESTRUCTURAL ESTRUCTURAL LIGERO	<p>DAÑOS ÚNICAMENTE EN ELEMENTOS NO ESTRUCTURALES</p> <p>GRIETAS DE MENOS DE 0.5 MM. DE ANCHO EN ELEMENTOS DE CONCRETO.</p> <p>GRIETAS DE MENOS DE 3 MM. DE ANCHO EN MUROS DE MAMPOSTERÍA</p> <p>DESPLOME DEL EDIFICIO DE MENOS DE 1% DE SU ALTURA</p> <p>HUNDIMIENTO O EMERSIÓN DE MENOS DE 20 CM.</p>
ESTRUCTURAL FUERTE	<p>GRIETAS DE 0.5 MM. DE ANCHO EN ELEMENTOS DE CONCRETO.</p> <p>GRIETAS DE 3 MM. A 10 MM. DE ANCHO EN MUROS DE MAMPOSTERÍA</p> <p>DESPLOME DEL EDIFICIO DE 1% A 2% DE SU ALTURA.</p> <p>HUNDIMIENTO O EMERSIÓN DE 20 CM. A 40 CM.</p>
ESTRUCTURAL GRAVE	<p>GRIETAS DE MÁS DE 1 MM. DE ANCHO EN ELEMENTOS DE CONCRETO.</p> <p>ABERTURAS EN MUROS DE MAMPOSTERÍA.</p> <p>DESprendimiento DEL RECUBRIMIENTO EN COLUMNAS.</p> <p>APLASTAMIENTO DEL CONCRETO, ROTURA DE ESTRIBOS Y PANDEO DEL REFUERZO EN VIGAS, COLUMNAS Y MUROS DE CONCRETO.</p> <p>AGRIETAMIENTO DE CAPITALES.</p> <p>DESPLOME EN COLUMNAS.</p> <p>DESPLOME DEL EDIFICIO DE MÁS DE 2% DE SU ALTURA.</p> <p>HUNDIMIENTO O EMERSIÓN DE MÁS DE 40 CM.</p>

FIGURA 5

ESTRUCTURACIÓN EN PLANTA	CALIFICACION		
	ALTO	INTERMEDIO	BAJO
RELACIÓN DEL LADO LARGO A CORTO	-----	MAYOR DE 3	MENOR O IGUAL A 3
RELACIÓN DEL ÁREA DE ENTRANTES Y SALIENTES AL ÁREA TOTAL EN PLANTA	MAYOR DEL 30%	ENTRE EL 30 Y EL 10%	MENOR DEL 10%
EXCENTRICIDAD (RIGE LA MÁS DESFAVORABLE DE LAS DOS DIRECCIONES)	EDIFICIO CON UNA O DOS COLINDANCIAS CON MARCOS-RELLENOS POR MUROS SIN QUE EXISTAN ELEMENTOS QUE COMPENSEN SU RIGIDEZ, O EDIFICIOS CON CUBOS RÍGIDOS DE ELEVADORES Y/O ESCALERAS CON POSICION FUERTEMENTE ASIMÉTRICA.	EDIFICIO CON CUBOS RÍGIDOS DE ELEVADORES Y/O ESCALERAS EN POSICIÓN ASIMÉTRICA	-----
* LA EXISTENCIA SIMULTÁNEA DE MÁS DE UNO DE LOS PROBLEMAS DESCRITOS DEBERÁ CONSIDERARSE EN FORMA ADITIVA EN LA CALIFICACIÓN SIN QUE ÉSTA EXCEDA DEL ALTO			

FIGURA 6

ESTRUCTURACIÓN EN EVALUACIÓN	CALIFICACION		
	ALTO	*INTERMEDIO	BAJO
RELACIÓN ENTRE ALTURA (H) Y LADO MENOR (B)	-----	<p>ZONA III</p> $6 \leq H / \sqrt{B} \leq 39$ <p>ZONA II</p> $3 \leq H / \sqrt{B} \leq 15$ <p>ZONA I</p> $2 \leq H / \sqrt{B} \leq 6$	LOS VALORES DE LA RELACIÓN H/ B ESTÁN FUERA DE LOS RANGOS INDICADOS EN LA ZONA CORRESPONDIENTE
DISCONTINUIDAD EN GEOMETRÍA, RIGIDEZ O RESISTENCIA	VARIACIÓN MAYOR AL 30% EN ENTREPISOS	VARIACIÓN DEL 30% AL 10% EN ENTREPISOS CONSECUTIVOS	VARIACIÓN MENOR DEL 10% EN ENTREPISOS CONSECUTIVOS
DOBLE ALTURA EN PLANTA BAJA Y/O PRESENCIA DE COLUMNAS CORTAS	-----	SI	NO
* LA EXISTENCIA SIMULTÁNEA DE MÁS DE UNO DE LOS PROBLEMAS DESCRITOS DEBERÁ CONSIDERARSE EN FORMA ADITIVA EN LA CALIFICACIÓN SIN QUE ESTA EXCEDA DE ALTO.			

FIGURA 7

CIMENTACIÓN	CALIFICACION		
	ALTO	* INTERMEDIO	BAJO
DESPLOME	MAYOR DEL 2%	ENTRE EL 1% Y EL 2%	MENOR AL 1%
HUNDIMIENTO O EMERSIÓN	MAYOR DE 40 CM.	ENTRE 20 CM. Y 40 CM.	MENOR DE 20 CM.
HUNDIMIENTO DIFERENCIAL (HD) ENTRE LA BASE DE COLUMNAS CONTIGUAS	HD/L MAYOR DE 0.008 L: ENTRE COLUMNAS	HD/L ENTRE 0.008 Y 0.004	HD/L MENOR DE 0.004
* LA EXISTENCIA SIMULTÁNEA DE MÁS DE UNO DE LOS PROBLEMAS DESCRITOS DEBERÁ CONSIDERARSE EN FORMA ADITIVA EN LA CALIFICACIÓN SIN QUE ÉSTA EXCEDA DE ALTO.			

FIGURA 8

UBICACIÓN	CALIFICACION		
	ALTO	*INTERMEDIO	BAJO
SE LOCALIZA EN LA ZONA SOMBRREADA (D.F.) ○ SE LOCALIZA EN SUELO TIPO III REGIÓN SÍSMICA "D"	SI	-----	NO
SE LOCALIZA EN SUELO TIPO III (D.F.) ○ SE LOCALIZA EN SUELO TIPO III REGIÓN SÍSMICA "C" ○ SE LOCALIZA EN SUELO TIPO II REGIÓN SÍSMICA "D"	-----	SI	NO
COLINDANCIA (SEPARACIÓN RESPECTO A LA ALTURA DEL MENOR)	-----	ZONA I MENOR DE 0.008% ZONA II MENOR DE 0.007% ZONA III MENOR DE 0.008%	SEPARACIÓN MAYOR A LA INDICADA EN LA ZONA CORRESPONDIENTE
* LA EXISTENCIA SIMULTÁNEA DE MÁS DE UNO DE LOS PROBLEMAS DESCRITOS DEBERÁ CONSIDERARSE EN FORMA ADITIVA EN LA CALIFICACIÓN SIN QUE EXCEDA DE ALTO.			

FIGURA 9

DETERIORO	CALIFICACION		
	ALTO	*INTERMEDIO	BAJO
DAÑOS EXISTENTES U OCURRIDOS EN EL EDIFICIO	DAÑO ESTRUCTURAL FUERTE	DAÑO ESTRUCTURAL LIGERO	DAÑO NO ESTRUCTURAL
MANTENIMIENTO	-----	EVIDENCIA DE MANTENIMIENTO DEFICIENTE COMO HUMEDADES, DESPRENDIMIENTO O DETERIORO DE MATERIALES, QUE AFECTEN ELEMENTOS ESTRUCTURALES	MANTENIMIENTO ADECUADO
ANTIGÜEDAD DE LA CONSTRUCCIÓN	-----	MAYOR O IGUAL A 30 AÑOS	MENOR A 30 AÑOS
* LA EXISTENCIA SIMULTÁNEA DE MÁS DE UNO DE LOS PROBLEMAS DESCRITOS DEBERÁ CONSIDERARSE EN FORMA ADITIVA EN LA CALIFICACIÓN SIN QUE EXCEDA DE ALTO			

FIGURA 10

REPARACIONES O MODIFICACIONES	CALIFICACION		
	ALTO	*INTERMEDIO	BAJO
REPARACIÓN ESTRUCTURAL PREVIA	MAYOR	MENOR	-----
AMPLIACIONES REMODELACIONES Y/O CAMBIOS DE USO	-----	SI	NO

* LA EXISTENCIA SIMULTANEA DE MÁS DE UNO DE LOS PROBLEMAS DESCRITOS DEBERÁ CONSIDERARSE EN FORMA ADITIVA EN LA CALIFICACIÓN SIN QUE EXCEDA DE ALTO.

REFERENCIAS

1. "RIESGO SÍSMICO Y ESPECTROS DE DISEÑO EN LA REPÚBLICA MEXICANA" ESTEVA LUIS Y ORDAZ MARIO., INSTITUTO DE INGENIERÍA, U.N A M. MÉXICO, 1998.
2. "NORMAS TECNICAS COMPLEMENTARIAS PARA EL DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE CIMENTACIONES" D.D.F. MÉXICO, 1987.
- 3 "NORMAS TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS PARA DISEÑO POR SISMO" D.D F MÉXICO, 1987
- 4 "REGLAMENTO DE CONSTRUCCIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL" D.D.F. MÉXICO, 1987.
- 5 "REPARACIÓN DE ESTRUCTURAS DE CONCRETO Y MAMPOSTERIA" IGLESIAS JESÚS, U.A.M. AZCAPOTZALCO, MÉXICO 1985.
6. "EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD SÍSMICA DE EDIFICIOS N - 1, IGLESIAS JESÚS, MÉXICO, 1986.
7. "MÉTODO APROXIMADO PARA LA DETERMINACIÓN DE ZONAS LÍMITE PARA EL PERÍODO DE VIBRACIÓN EN ESTRUCTURAS CIMENTADAS EN DIVERSOS TIPOS DE TERRENO" FRITS G O MÉXICO, 1986.

BRIGADAS ANEXO No. 2

CON EL TÉRMINO “BRIGADAS” SE DESIGNA A GRUPOS DE PERSONAS DEL PROPIO HOSPITAL, ALGUNOS VOLUNTARIOS QUE ESTÁN CAPACITADOS PARA RESPONDER DE MANERA EFECTIVA Y ORGANIZADA ANTE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA. ESTOS GRUPOS ESTÁN INTEGRADOS POR PERSONAL DE TODOS LOS TURNOS Y DE DIVERSAS CATEGORÍAS DE ACUERDO A LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA QUE CORRESPONDE A CADA BRIGADA.

LA CAPACITACIÓN DE ESTOS GRUPOS ES DE SUMA IMPORTANCIA Y SE DEBE REALIZAR DE MANERA CONTINUA.

ACTUALMENTE SE IDENTIFICAN CINCO BRIGADAS BÁSICAS.

- 1) BRIGADA COMBATE Y EXTINCIÓN DE INCENDIOS
- 2) BRIGADA DE EVACUACIÓN
- 3). BRIGADA DE SOPORTE BÁSICO DE VIDA.
- 4) BRIGADA DE SEGURIDAD.
- 5) BRIGADA DE CONTROL DE FLUIDOS Y ENERGÉTICOS.

CADA UNA DE ESTAS BRIGADAS, DESARROLLA ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DURANTE UN DESASTRE:

- 1) **BRIGADA CONTRA INCENDIOS:** ESTÁ COMANDADA POR EL RESPONSABLE DEL SERVICIO DE **CONSERVACIÓN** Y SE INTEGRA MÍNIMO POR 10 ELEMENTOS DEL SEXO MASCULINO DE LOS DIFERENTES TURNOS, INCLUYENDO LOS TURNOS ESPECIALES.

LAS FUNCIONES QUE REALIZA ESTE GRUPO SON:

- VERIFICA LA UBICACIÓN ADECUADA Y ACCESIBLE DEL EQUIPO PARA COMBATE DE INCENDIOS.
- SUPERVISA PERIODICAMENTE EL MANTENIMIENTO DEL EQUIPO.
- PARTICIPA EN LA CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PROGRAMADOS POR SU UNIDAD

- COLABORA EN LA DISTRIBUCIÓN ESTRATÉGICA DE LAS SEÑALES DE SEGURIDAD QUE AYUDAN A REFORZAR LA PREVENCIÓN DE INCENDIOS
- SUPERVISA PERIÓDICAMENTE QUE NO SE GUARDEN SUBSTANCIAS INFLAMABLES.

2) BRIGADA DE EVACUACIÓN.

ESTARÁ INTEGRADA COMO MÍNIMO POR DOS PERSONAS DE CADA PISO O SERVICIO, LOS CUALES DEBEN CONOCER LAS RUTAS DE EVACUACIÓN MÁS SEGURAS DE ACUERDO AL PLAN INTERNO. ENTRE OTRAS ACTIVIDADES DEBERÁN AL FINAL DE LA EVACUACIÓN CORROBORAR LA SALIDA DE TODA PERSONA DEL ÁREA AFECTADA

- EFECTUARÁ EL DESALOJO DEL ÁREA AFECTADA EN LA FORMA MÁS ORDENADA POSIBLE HACIENDO QUE, LOS PACIENTES QUE PUEDEN CAMINAR Y LOS VISITANTES, FORMEN UNA FILA Y TOMADOS DE LA MANO, SEAN CONDUCIDOS, UBICÁNDOSE UN MIEMBRO DEL PERSONAL AL INICIO DE LA FILA Y OTRO AL FINAL.
- LOS PACIENTES QUE NO PUEDEN CAMINAR POR SUS PROPIOS MEDIOS, SERÁN EVACUADOS POR LA BRIGADA O POR PERSONAL DE INTENDENCIA PREVIAMENTE CAPACITADO, QUIENES UTILIZARÁN MÉTODOS DE TRANSPORTE DE TIPO MANUAL COMO LO SON CON UN SOLO AYUDANTE (LEVANTAR EN BRAZOS, SOSTÉN HUMANO, ARRASTRE, ENTRE OTROS), O CON DOS AYUDANTES (ASIENTO CON DOS Y TRES MANOS, CAMILLA HUMANA, ENTRE OTROS), Y LOS QUE UTILIZAN CAMILLAS CON DOS AUXILIARES (MÍNIMO NECESARIO PARA TRAYECTOS CORTOS), BRINDANDO DURANTE SU TRASLADO SEGURIDAD, ESTABILIDAD, RAPIDEZ Y OBSERVACIÓN DE LAS RUTAS DE EVACUACION SEÑALADAS EN EL PLAN
- SE EVACUARÁ POR PRIORIDADES, PARTIENDO DE LOS PACIENTES MÁS GRAVES QUE SE ENCUENTREN EN LAS ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL. EN CASO DE INCENDIO, SE DESALOJARÁN PRIMERO, LOS PACIENTES QUE ESTÉN MÁS PRÓXIMOS A LAS PUERTAS, TRATANDO DE MANTENERSE LO MÁS CERCAÑO POSIBLE AL PISO A FIN DE EVITAR LA INTOXICACIÓN POR HUMO.
- VERIFICARÁ QUE NO QUEDA NADIE EN EL ÁREA AFECTADA, ANTES DE SALIR DE LA MISMA

- LOS PACIENTES DEBERÁN SER LLEVADOS A LAS ZONAS DE SEGURIDAD Y PREVIAMENTE ASIGNADAS EN EL PLAN INTERNO.
- MANTENDRÁ INFORMADO AL CONTROL DE MANDO DE LAS ACCIONES QUE ESTÁN LLEVANDO A CABO.

BRIGADA DE SOPORTE BÁSICO DE VIDA.

ESTARÁ INTEGRADA POR PERSONAL CONSTITUIDO POR **BINOMIOS** COMPUESTOS POR **MÉDICO Y ENFERMERA**, DE PREFERENCIA LOCALIZADOS EN TODOS LOS PISOS Y SERVICIOS DEL HOSPITAL. ES NECESARIO QUE ESTE PERSONAL SE ENCUENTRA ACREDITADO EN LOS CURSOS CORRESPONDIENTES. DEBERÁ DE ACTUAR ADEMÁS EN EL MOMENTO QUE SE REQUIERA EN APOYO A LAS ÁREAS DE TRIAGE.

BRIGADA DE SEGURIDAD.

ESTARÁ INTEGRADA POR ELEMENTOS MASCULINOS Y SE APOYARÁ EN EL PERSONAL DE VIGILANCIA DEL HOSPITAL, ASÍ COMO DEL PERSONAL DE INTENDENCIA CUANDO SE REQUIERA, TENIENDO COMO FUNCIÓN LA DE PROVEER DE SEGURIDAD A LOS PACIENTES, VISITANTES Y TRABAJADORES DEL HOSPITAL EN EL MOMENTO DE UN DESASTRE. SERÁN COMANDADOS POR EL SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO O ADMINISTRADOR. TENDRÁ ESPECIAL CUIDADO EN EL CONTROL DE SALIDAS Y ACCESOS, SE SUGIERE REVISIÓN CUIDADOSA DE LOS OBJETOS QUE SALEN PARA EVITAR ROBOS

CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES PARA LA ATENCIÓN DE DESASTRES ANEXO No. 3

LA MEDICINA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA HA TENIDO GRANDES AVANCES EN LOS ÚLTIMOS AÑOS A MEDIADOS DE LOS 60, DURANTE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA, NO SE REALIZABA TRIAGE O SELECCIÓN PRIORITARIA Y NO EXISTÍAN LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LOS LESIONADOS, POR LO QUE EN ESE ENTONCES LOS PACIENTES ERAN TRANSPORTADOS AL HOSPITAL MÁS CERCANO.

LOS DATOS PUBLICADOS POR EL CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIÓN AMERICANA EN ESA EPOCA, EVIDENCIARON LA NECESIDAD DE MEJORAR LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y LA CREACIÓN DE CENTROS ESPECIALIZADOS EN TRAUMA. ESTUDIOS POSTERIORES, DEMOSTRARON QUE LA MORTALIDAD DISMINUYÓ DRAMÁTICAMENTE, CUANDO LOS PACIENTES ERAN INGRESADOS A ESTOS CENTROS LO QUE IMPULSO EL DESARROLLO DE ESTAS UNIDADES EN TODO EE.UU SIN EMBARGO TAMBIÉN SE EVIDENCIÓ QUE LOS COSTOS DE OPERACIÓN DE ESTOS CENTROS ES MUY ALTO, POR LO QUE SÓLO LOS PACIENTES MÁS GRAVES DEBIERON HABER SIDO ENVIADOS A ESTOS HOSPITALES.

DURANTE UN DESASTRE, LA LABOR REALIZADA EN EL PROCESO DE SALVAMENTO Y SELECCIÓN DE LAS VÍCTIMAS SERÍA INFRUCTUOSA, SI EL PACIENTE QUE HA SIDO DEBIDAMENTE CLASIFICADO NO ES TRANSPORTADO AL HOSPITAL ADECUADO. EL CUAL NO ES SIEMPRE EL MÁS CERCANO, SINO AQUEL QUE CUENTA CON LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA, MATERIAL Y DE PERSONAL NECESARIO PARA PROPORCIONAR EL NIVEL DE CUIDADOS QUE REQUIERE EL PACIENTE. LA REGLA DE LA TRIPLE "A", DICE QUE EL PACIENTE "ADECUADO" DEBERÁ SER TRANSPORTADO EN EL MOMENTO Y MEDIO "ADECUADO", AL HOSPITAL "ADECUADO".

EN MÉXICO, UNA DE LAS CIUDADES MÁS POBLADAS Y GRANDES DEL MUNDO CON UNA SUPERFICIE DE 1,500 KMS.² Y SERIOS PROBLEMAS DE VIALIDAD, SE HACE NECESARIO REGIONALIZAR LA ATENCIÓN MÉDICA, DETERMINAR EL NIVEL RESOLUTIVO DE LOS HOSPITALES DE LA ZONA PARA ATENDER DIFERENTES TIPOS DE LESIONADOS Y ESTABLECER UN SISTEMA DE REFERENCIA Y

CONTRARREFERENCIA, CON EL OBJETO DE PROPORCIONAR UNA RESPUESTA ORGANIZADA, OPORTUNA Y EFICIENTE DURANTE LA ATENCIÓN A UN GRUPO DE VÍCTIMAS.

PARA ESTE FIN SE RECOMIENDA LA APLICACION DE LA CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES (CUADRO No 1), LA QUE ESTÁ BASADA EN LA REGIONALIZACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y PRINCIPALMENTE EN LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS FÍSICOS, MATERIALES Y DE PERSONAL, EN ELLA SE CONSIDERAN TRES NIVELES DE ESPECIALIZACIÓN SEGÚN EL PUNTAJE OBTENIDO POR EL HOSPITAL EN LA CÉDULA DE EVALUACIÓN HOSPITALARIA.

- a) HOSPITALES DE MÁXIMA ESPECIALIZACIÓN (80 A 100 PUNTOS) **ROJO**.
- b) HOSPITALES DE NIVEL INTERMEDIO (60 A 79 PUNTOS) **AMARILLO**.
- c) HOSPITALES DE SEGUNDO APOYO (50 A 59 PUNTOS) **VERDE**.

SE HAN UTILIZADO LOS COLORES DEL CÓDIGO DE TRIAGE A FIN DE QUE EN UNA FORMA SIMPLE, LOS PACIENTES CON TARJETA DE DETERMINADO COLOR, SEAN CANALIZADOS AL HOSPITAL DEL COLOR CORRESPONDIENTE.

LA CLASIFICACIÓN PARTE DE UN HOSPITAL QUE CUENTE CON SERVICIOS DE LAS ESPECIALIDADES TRONCALES LAS 24 HRS. DEL DÍA DURANTE LOS 365 DÍAS DEL AÑO, CON FUNCIONAMIENTO DE DOS SALAS DE CIRUGÍA COMO MÍNIMO, CON EL APOYO DE RADIODIAGNÓSTICO, LABORATORIO, FARMACIA Y CUANDO MENOS 50 CAMAS, A UN HOSPITAL CON ESTAS CARACTERÍSTICAS SE LE ASIGNAN 50 PUNTOS.

TRIAGE ANEXO No. 4

INTRODUCCIÓN.

ES UN TÉRMINO DE ORIGEN FRANCÉS QUE SIGNIFICA SELECCIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD SE ENTIENDE COMO UN PROCESO DINÁMICO MEDIANTE EL CUAL SE DETERMINA EL ORDEN DE LAS PRIORIDADES. LA CLASIFICACIÓN SE BASA EN EL BENEFICIO QUE PODRÁ OBTENERSE CON LA ATENCIÓN MÉDICA Y NO SÓLO EN LA GRAVEDAD DE LOS LESIONADOS.

EL PROCEDIMIENTO TIENE SU ORIGEN EN EL SIGLO XVII POR INICIATIVA DEL CIRUJANO FRANCÉS DOMINIQUE JEAN LARREY, EN 1799, DURANTE LAS CAMPAÑAS DE GUERRA DE NAPOLEÓN BONAPARTE, PERO ES HASTA LA PRIMERA GUERRA MUNDIAL QUE ADQUIERE ACEPTACIÓN UNIVERSAL

ANTE UNA SITUACIÓN CON UN SALDO MASIVO DE VÍCTIMAS EL MÉDICO TIENE INICIALMENTE QUE PLANTEARSE DOS ALTERNATIVAS.

- a) EL HOSPITAL SI TIENE LA CAPACIDAD PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA DEL TOTAL DE LAS VÍCTIMAS Y DEL TIPO DE SUS LESIONES. EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS SE ATENDERÁ PRIMERO A LOS PACIENTES CON MAYORES POSIBILIDADES DE SOBREVIDA. UTILIZANDO EL MÍNIMO DE TIEMPO Y RECURSOS

- b) EL HOSPITAL NO TIENE LA CAPACIDAD PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA DEL TOTAL DE LAS VÍCTIMAS Y DEL TIPO DE LESIONES. EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS SE ATIENDE PRIMERO A LOS PACIENTES CON MAYORES POSIBILIDADES DE SOBREVIDA. UTILIZANDO EL MÍNIMO DE TIEMPO Y RECURSOS

AUNQUE LA FILOSOFÍA DEL TRIAGE PODRÍA PLANTEAR PROBLEMAS ÉTICOS, CUANDO EL SISTEMA SE APLICA A UN GRAN NÚMERO DE LESIONES, LA EXPERIENCIA HA DEMOSTRADO QUE ESTA PRÁCTICA DISMINUYE LA MORTALIDAD DE LAS VÍCTIMAS RECUPERABLE. EXISTEN EN LA ACTUALIDAD DIVERSOS SISTEMAS DE TRIAGE CUYAS DIFERENCIAS MÍNIMAS SON EN EL NÚMERO DE

NIVELES, DE CUATRO Y HASTA SEIS, SIN EMBARGO SON SIMILARES Y COMPATIBLES EN SU FUNDAMENTO, OBJETIVOS Y RESULTADOS.

TODOS LOS SISTEMAS DEBEN SER SIMPLES, PLANÉADOS Y DIFUNDIDOS CON ANTERIORIDAD ADEMÁS DE QUE DEBEN SER TOTALMENTE ACEPTADOS, HACER USO DE TODOS LOS RECURSOS, SER APLICADO A TODOS LOS PACIENTES, Y DIRIGIDO POR UN OFICIAL (MÉDICO) ALTAMENTE CALIFICADO Y EXPERIMENTADO.

EL TRIAGE ES DINÁMICO E IMPLICA LA CONTINUA VALORACIÓN DE LOS PACIENTES Y SU RESPUESTA A LOS TRATAMIENTOS RECIBIDOS, UN PACIENTE PODRÁ DE ACUERDO A SU VALORACIÓN, PASAR A OTRA PRIORIDAD DE ATENCIÓN.

EN UNA SITUACIÓN DE DESASTRE DEBERÁ REALIZARSE TRIAGE EN POR LO MENOS TRES SITIOS DIFERENTES (PREHOSPITALARIO, EN LA SALA DE URGENCIAS Y EN EL HOSPITAL). EN CADA UNO DE LOS CUALES SE PROPORCIONARÁ UN DIFERENTE NIVEL DE CUIDADO. LOS SERVICIOS MÉDICOS PREHOSPITALARIOS DEBERÁN APLICAR EL MISMO SISTEMA QUE EN EL HOSPITAL A FIN DE MANTENER LA CONGRUENCIA EN LA TOMA DE DECISIONES

TRIAJE PREHOSPITALARIO.

SE EJECUTA EN UN LUGAR CERCANO AL DESASTRE, DEBERÁ REALIZARSE POR UN MÉDICO O PARAMÉDICO EXPERIMENTADO, SE RECOMIENDA ESTABLECER EL ÁREA DE TRIAGE A UNOS 100 O 150 MTS. DE LA ZONA DE DESASTRE, SIEMPRE QUE SEA UNA ÁREA SEGURA. EL OFICIAL DE TRIAGE DEBERÁ COLOCARSE EN LA ZONA DE ACCESO DE PACIENTES PARA CLASIFICAR A TODOS LOS LESIONADOS CONFORME SON TRAÍDOS, LOS PACIENTES YA SELECCIONADOS SON COLOCADOS EN FILAS DE ACUERDO A LA PRIORIDAD ESTABLECIDA Y EL INICIO DE LA FILA COLINDARÁ CON LA ZONA DE TRANSPORTE A FIN DE FACILITAR SU EVACUACIÓN.

LOS OBJETIVOS FUNDAMENTALES EN ESTA ETAPA SON EL IDENTIFICAR A LOS LESIONADOS, DETERMINAR SU PRIORIDAD DE ATENCIÓN CLASIFICÁNDOLOS DE ACUERDO AL CÓDIGO INTERNACIONAL DE COLORES, FILTRAR A LOS PACIENTES QUE DEBAN SER ENVIADOS AL HOSPITAL, TRATAR A LOS PACIENTES CON LESIONES QUE PONEN EN PELIGRO INMEDIATO SU VIDA Y ENVIAR A LOS LESIONADOS EN FORMA SEGURA AL HOSPITAL ADECUADO (FIGURA No. 1)

TRIAGE EN LA SALA DE URGENCIAS.

AL RECIBIR LA NOTIFICACION DEL ARRIBO DE UN NÚMERO MASIVO DE VÍCTIMAS, EL OFICIAL DE TRIAGE, QUE DEBERÁ SER EL MÉDICO JEFE DEL SERVICIO DE URGENCIAS, ESTABLECERÁ EN LA ENTRADA AL SERVICIO EL SITIO DE SELECCIÓN Y NINGÚN PACIENTE INGRESARÁ AL HOSPITAL SIN PASAR POR ESTE LUGAR SI EL NÚMERO DE LESIONADOS SOBREPASA LA CAPACIDAD DE UN OFICIAL, ÉSTE TIENE LA FACULTAD DE NOMBRAR UNO O MÁS AYUDANTES, Y ES SU RESPONSABILIDAD EL SUPERVISARLOS. SE RECOMIENDA QUE EL SITIO DE SELECCIÓN TENGA FÁCIL ACCESO A LOS QUIRÓFANOS, AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y ÁREAS DE TRATAMIENTO INMEDIATO. LOS OBJETIVOS FUNDAMENTALES DE ESTE NIVEL DE SELECCION, ES VERIFICAR SI HA CAMBIADO LA PRIORIDAD DE ATENCIÓN DEL PACIENTE Y CANALIZAR A LOS LESIONADOS A LAS DIFERENTES AREAS DE ATENCIÓN MÉDICA.

TRIAGE EN EL HOSPITAL.

EN LAS ÁREAS DE TRATAMIENTO, EL PACIENTE SERÁ CONTINUAMENTE REVALORADO, EN ESTE NIVEL DE SELECCIÓN EL MÉDICO PUEDE APOYARSE DE LOS DIFERENTES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO, COMO SON LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA O LA REALIZACIÓN DE OTROS PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS TERAPÉUTICOS ESPECÍFICOS, COMO ES EL LAVADO PERITONEAL. EL OBJETIVO FUNDAMENTAL EN ESTA SELECCIÓN ES CANALIZAR A LOS PACIENTES A SU TRATAMIENTO DEFINITIVO YA SEA CIRUGÍA GENERAL, NEUROCIRUGÍA Y HEMODIÁLISIS ENTRE OTROS. (CUADRO No. 1)

CÓDIGO INTERNACIONAL DE COLORES.

SE HAN DESARROLLADO DIFERENTES MÉTODOS PARA DISTINGUIR EL NIVEL DE PRIORIDAD DE CADA PACIENTE, CON EL FIN DE QUE EN FORMA RÁPIDA EL PERSONAL ASISTENCIAL CONOZCA EL ESTADO DE GRAVEDAD DE LA VÍCTIMA. PARA ELLO SE HA PROPUESTO LA UTILIZACIÓN DE TARJETAS DE COLORES O BRAZALETES

EN UN INTENTO DE UNIFICAR LOS CRITERIOS SE HA ACEPTADO INTERNACIONALMENTE UN CÓDIGO DE COLORES PARA LA CLASIFICACIÓN DE

PACIENTES RECOMENDÁNDOSE EL USO DE TARJETAS, YA QUE EN ELLAS SE PUEDEN ESCRIBIR DATOS GENERALES DEL PACIENTE, ADEMÁS DE LOS SIGNOS CLÍNICOS DE INTERÉS Y LOS TRATAMIENTOS RECIBIDOS EN LA ACTUALIDAD LOS COLORES EN ORDEN DE PRIORIDAD SON: ROJO, AMARILLO, VERDE Y NEGRO, RECIENTEMENTE SE HA PROPUESTO EL COLOR GRIS PARA INDICAR PACIENTES CON LESIONES POR RADIACIÓN, SIN EMBARGO ESTE NO HA SIDO UNIVERSALMENTE ACEPTADO

COLOR ROJO; PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO: SON PACIENTES QUE REQUIEREN DE CUIDADOS INMEDIATOS E INTENSIVOS POR PRESENTAR LESIONES QUE PONEN EN PELIGRO INMEDIATO LA VIDA, COMO EN EL CASO DE LESIONES CON OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA, NEUMOTÓRAX, TÓRAX INESTABLE, CHOQUE HIPOVOLÉMICO POR LESIONES INTRAABDOMINALES O HERIDAS COMO COMPROMISO VASCULAR, ESTOS PACIENTES AL SER ATENDIDOS ADECUADAMENTE Y EN FORMA TEMPRANA TIENE UN PRONÓSTICO FAVORABLE CON GRANDES POSIBILIDADES DE SOBREVIDA, ES A ÉSTOS A LOS QUE SE LES ASIGNA LA PRIMERA PRIORIDAD DE TRATAMIENTO.

COLOR AMARILLO; PACIENTES DELICADOS O EN ESTADO GRAVE: EN ESTA CATEGORÍA SE INCLUYEN PACIENTES CON LESIONES CON UN MEJOR PRONÓSTICO QUE LOS ANTERIORES YA QUE AUNQUE ESTÉN GRAVES PUEDEN ESPERAR UN TIEMPO RAZONABLE PARA SU ATENCIÓN, SIN MODIFICAR SUS POSIBILIDADES DE SOBREVIDA, SON PACIENTES CON FRACTURAS MÚLTIPLES O ABIERTAS, TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS NO COMPLICADOS, QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO, HASTA CON UN 30% DE SUPERFICIE CORPORAL Y QUEMADURAS QUE INVOLUCRAN ÁREAS ESPECIALES (GENITALES, MANOS Y PLIEGUES, ENTRE OTRAS) A LOS SE LES ASIGNA LA SEGUNDA PRIORIDAD DE TRATAMIENTO.

COLOR VERDE; PACIENTE CON LESIONES MÍNIMAS: EN ESTE GRUPO SE ENCUENTRAN PACIENTES CUYAS LESIONES NO PONEN EN PELIGRO SU VIDA, PUEDEN SER ATENDIDOS COMO EXTERNOS, NUNCA DEBEN SER ENVIADOS PARA SU ATENCIÓN A LOS HOSPITALES DE MÁXIMA ESPECIALIDAD Y, PODRÁN SER TRATADOS EN PUESTOS DE SOCORRO O EN UNIDADES DE MENOR COMPLEJIDAD Y SON EJEMPLO DE ESTE GRUPO; LOS PACIENTES CON HERIDAS SIMPLES, ESCORIACIONES DERMOEPIDÉRMICAS, CONTUSIONES, FRACTURAS DE FALANGES, QUEMADURAS DE SEGUNDO Y PRIMER GRADO CON MENOS DEL 15%

DE SUPERFICIE CORPORAL Y SE LES ASIGNA LA TERCERA PRIORIDAD DE TRATAMIENTO.

COLOR NEGRO; PACIENTES IRRECUPERABLES Y CADÁVERES: LOS PRIMEROS DEBERÁN SER TRATADOS CON RESPETO Y NO SE LES ASIGNA PRIORIDAD DE TRATAMIENTO Y QUIZÁS LO MÁS IMPORTANTE SEA EL MITIGARLES EL DOLOR Y UBICARLOS EN ÁREAS ADECUADAS. SE TRATA DE PACIENTES QUE AÚN EN LAS MEJORES CIRCUNSTANCIAS NO TIENEN POSIBILIDADES DE SOBREVIVIR. SON EJEMPLOS LOS PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO Y EXPOSICIÓN DE MASA ENCEFÁLICA, LESIONES EXTENSAS DEL TÓRAX CON HIPOXEMIA SEVERA Y PROLONGADA. QUEMADURAS DE SEGUNDO Y TERCER GRADO DE MÁS DE 60% COMBINADOS CON OTRAS LESIONES MAYORES. PACIENTES SENILES CON LESIONES GRAVES. EN LOS CASOS DE LOS CADÁVERES, ÉSTOS DEBERÁN SER ENVIADO PREVIA SU IDENTIFICACIÓN A LOS ANFITEATROS O MORGUES. EN OTROS VEHÍCULOS QUE NO SEAN AMBULANCIAS, LAS CUALES SÓLO SERÁN DESTINADOS AL TRANSPORTE DE LESIONADOS.

EN LA (FIGURA No. 2), SE MUESTRA EL MODELO DE TARJETA DE **TRIAGE** QUE PROPONEMOS, EN EL ANVERSO CONTIENE LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y AL REVERSO LOS PROBLEMAS DE SALUD IDENTIFICADO EN LA VÍCTIMA, DE ACUERDO CON EL MÉTODO DE EVALUACIÓN INICIAL PROPUESTO POR EL CURSO DE SOPORTE AVANZADO DE VIDA DEL PACIENTE EN TRAUMA (ATLS). LAS TIRAS DE COLORES SON DESPRENDIBLES Y CONTIENEN LOS COLORES INTERNACIONALES PARA DETERMINAR LA PRIORIDAD DE ATENCIÓN.

TARJETAS DE ACCIÓN ANEXO No. 5

DOCUMENTO QUE CONTIENE POR ESCRITO DE MANERA BREVE Y PRECISA LAS ACTIVIDADES A REALIZAR POR EL PERSONAL INVOLUCRADO EN LA ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE UN DESASTRE.

ESTÁN DIRIGIDAS TANTO A LOS LÍDERES COMO CUERPO DE GOBIERNO DE LA UNIDAD, QUIENES DESEMPEÑAN FUNCIONES DIRECTIVAS, COMO AL PERSONAL QUE REALIZA ACTIVIDADES OPERATIVAS ANTE UNA EMERGENCIA.

SU OBJETIVO ES, CONTAR CON UN APOYO VISUAL QUE EVITE LA PÉRDIDA DE TIEMPO Y LA DUPLICIDAD O AUSENCIA DE FUNCIONES ANTE UNA SITUACIÓN DE DESASTRE.

ESTAS TARJETAS DEBEN ESTAR COLOCADAS EN UN SITIO ESTRATÉGICO DENTRO DEL LUGAR DONDE EL TRABAJADOR REALIZA SUS ACTIVIDADES HABITUALES, SUGIRIÉNDOSE UN TARJETERO DE ESCRITORIO, O BIEN, SE COLGARAN DETRÁS DE LA PUERTA

DEBEN ELABORARSE EN MATERIAL PLÁSTICO QUE FACILITE SU MANIPULACIÓN Y CONSERVACIÓN SE SUGIERE, CUENTEN CON UNA CINTA QUE PERMITA SU COLOCACIÓN EN EL CUELLO .

EN EL LADO ANVERSO DE LA TARJETA SE ESPECIFICAN LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN CASO DE SUCEDER UN **DESASTRE EXTERNO** DEL QUE SE DERIVAN UN GRAN NÚMERO DE LESIONADOS Y LA FUNCIÓN PRINCIPAL ES SU ATENCIÓN OPORTUNA Y EFICAZ

EN EL REVERSO SE INCLUYEN LAS ACCIONES A REALIZAR ANTE UN **DESASTRE INTERNO** EN EL QUE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL SERÁ LA EVACUACIÓN TOTAL O PARCIAL DEL HOSPITAL

SIMULACROS ANEXO No. 6

A PESAR DE QUE LOS DESASTRES NATURALES Y LOS OCASIONADOS POR LA ACTIVIDAD HAN COBRADO EN MÉXICO MILES DE VIDAS, LA ACTITUD DE PREVENCIÓN NO FORMA PARTE AÚN DE NUESTRA VIDA COTIDIANA. LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y LA ACTUACIÓN OPORTUNA Y EFICIENTE EN CASOS DE DESASTRE, HAN SIDO CONDUCTAS AISLADAS QUE SE PROMUEVEN UNA VEZ QUE HA PASADO LA CATÁSTROFE Y QUE PRONTO ENTRAN AL OLVIDO.

ESTA CULTURA DE PREVENCIÓN Y SEGURIDAD EMPIEZA A HACER CONCIENCIA EN NOSOTROS, SOBRE LA NECESIDAD DE INVERTIR TIEMPO, DINERO Y PERSONAL CAPACITADO EN FAVOR DE LAS PREMISAS MENCIONADAS, ÚNICA VÍA PARA DISMINUIR LOS EFECTOS NEGATIVOS DE LOS DESASTRES SOBRE LAS VIDAS Y LOS BIENES DE LA COMUNIDAD. (1)

ESTA TAREA PRIMORDIAL DEL ÁREA MÉDICA CONTRIBUIR A FOMENTAR ESTA CULTURA, NO SÓLO PARA BRINDAR UNA MAYOR SEGURIDAD A NUESTRO PERSONAL Y BIENES PATRIMONIALES, SINO PARA HACERLO EXTENSIVO A TODA LA COMUNIDAD QUE INVOLUCRA EL ENTORNO DE LAS UNIDADES MÉDICAS.

LOS SIMULACROS CONSTITUYEN UNA PIEZA FUNDAMENTAL EN EL DESARROLLO DE LA CULTURA ANTE DESASTRES, ESTA ES LA MEJOR MANERA DE QUE EL PERSONAL JUNTO CON LOS USUARIOS DE LA UNIDAD MÉDICA, PRACTIQUEN LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA EJECUTAR UNA ACCIÓN SIMULADA, DE MODO QUE SE GENEREN Y CONSOLIDEN LOS HÁBITOS DE RESPUESTA CORRECTA, LOS SIMULACROS SON LA MEJOR FORMA DE PONER A PRUEBA LOS PLANES DE MANTENERLOS ACTUALIZADOS Y DE DETECTAR ERRORES U OMISIONES QUE DE OTRA FORMA PODRÍAN PASAR INADVERTIDOS.

LOS OBJETIVOS PRINCIPALES QUE SE BUSCAN CON EL ENTRENAMIENTO TEÓRICO, PRÁCTICO Y REPETITIVO ES LOGRAR:

- 1) CAPACITAR AL PERSONAL DEL HOSPITAL EN SU RESPUESTA ANTE UN DESASTRE.

2) DETECTAR ERRORES O FALLAS EXISTENTES EN LOS PLANES DE RESPUESTA A UNA EMERGENCIA

3) LOGRAR EL MÍNIMO TIEMPO QUE SE REQUIERE PARA PONER EL HOSPITAL EN FUNCIONAMIENTO.

LA ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN DE UN SIMULACRO TENDRÁ COMO OBJETIVO QUE CADA PARTICIPANTE CONOZCA SU PAPEL Y LAS ACTIVIDADES QUE DEBE EJECUTAR DURANTE ÉSTE, A FIN DE CONSOLIDAR LOS HÁBITOS Y ACCIONES CORRECTAS DE RESPUESTA.

NO SOLAMENTE ES IMPORTANTE LA RESPUESTA QUE SE TENGA EN FORMA INDIVIDUAL O COLECTIVA, SINO TAMBIÉN DEBE TENERSE UN FIRME CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO DE EQUIPOS DE PREVENCIÓN Y AUXILIO PARA PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA INCENDIO (EXTINTORES, HIDRANTES, ETC), HERRAMIENTAS INDISPENSABLES EN LAS ACCIONES REQUERIDAS DENTRO DE UN SIMULACRO O EN LA REALIDAD. (2)

EL TÉRMINO **SIMULACRO** SE REFIERE AL USO Y DESARROLLO DE UN MODELO, QUE SE CONSTITUYE EN LA REPRESENTACIÓN TEÓRICA DE UNA REALIDAD; EN LAS ACTIVIDADES QUE COMPETEN AL HOSPITAL, UN SIMULACRO ES UNA REPRESENTACIÓN DE UNA EMERGENCIA CAUSADA POR EL IMPACTO DE UNO O MÁS FENÓMENOS PERTURBADORES BAJO CONDICIONES Y TIEMPOS PREESTABLECIDOS Y QUE EN BENEFICIO DEL CUIDADO Y LA INTEGRIDAD FÍSICA DE LOS USUARIOS, OBLIGAN A TOMAR MEDIDAS ESPECÍFICAS PARA CADA SITUACIÓN, QUE NOS PUEDE LLEVAR HASTA EL DESALOJO DE LA UNIDAD (2)

TIPOS DE SIMULACROS. SE IDENTIFICAN TRES TIPOS:

PROGRAMADO.- LOS PARTICIPANTES CONOCEN SU RELACIÓN. LA IDEA Y LOS PROCEDIMIENTOS Y DEBEN REALIZAR PRÁCTICAS PREVIAS A SU EJECUCIÓN.

DENTRO DE ÉSTOS SE ENCUENTRA EL **SIMULACRO DE GABINETE** EL CUAL SE REALIZA EN EL AULA, ENTRE LOS RESPONSABLES DE SU EJECUCIÓN EN LA UNIDAD MÉDICA, DEBIENDO HABER PARTICIPACIÓN DE TODO EL EQUIPO PARA LA EXPLICACIÓN EN DETALLE DE LAS ACCIONES A SEGUIR POR CADA UNO DE ELLOS.

INDICANDO POSIBLES ALTERNATIVAS EN CASO DE VARIACIÓN DE LA SITUACIÓN EMERGENTE A LA QUE SE ENFRENTARÁN.

EN ÉSTE EXISTIRÁ UN PANEL DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS A FIN DE QUE TODOS SE COMPENETREN DE LAS ACCIONES QUE CORRESPONDEN A LOS DIVERSOS EQUIPOS DE RESPUESTA INTERNA (3)

SORPRESIVO O SIN AVISO.- EL PERSONAL DE LA UNIDAD MÉDICA DESCONOCE DE LA REALIZACIÓN DEL MISMO Y ES NOTIFICADO EN EL MOMENTO DE SU EJECUCIÓN. PRESUPONE QUE LOS PARTICIPANTES DEBERÁN CONOCER LAS ACCIONES ESTABLECIDAS DENTRO DEL PLAN HOSPITALARIO ANTE DESASTRES. **NO DEBE REALIZARSE SIN HABER EJECUTADO SIMULACROS PROGRAMADOS PREVIOS.**

EN SERVICIO.- ESE SÓLO SE DEBE REALIZAR CUANDO LOS INTEGRANTES DE LA UNIDAD HAN EFECTUADO VARIOS SIMULACROS PROGRAMADOS O SIN AVISO Y EXISTE UN BUEN ENTRENAMIENTO DE TODO EL PERSONAL.

EL HOSPITAL QUE HA SIDO CAPACITADO ADECUADAMENTE, ES SELECCIONADO COMO CENTRO DE ATENCIÓN CUANDO LLEGUEN A PRESENTARSE ACCIDENTES MASIVOS.

ES EN ESTE MOMENTO CUANDO PODRÁ HACER UNA EVALUACIÓN REAL DEL ENTRENAMIENTO RECIBIDO POR EL PERSONAL HOSPITALARIO (2)

PARA QUE EFECTIVAMENTE SE LOGRE UN CONOCIMIENTO ADECUADO Y SISTEMATIZADO DE LAS ACCIONES A SEGUIR DURANTE UN SIMULACRO O EN LA REALIDAD, ES NECESARIO QUE SE EFECTÜEN ÉSTOS EN FORMA PERIÓDICA, SE SUGIERE LLEVAR A CABO:

- UNO CADA TRES MESES, SI LA UNIDAD MÉDICA SE ENCUENTRA EN ZONA DE ALTO RIESGO.
- UNO CADA SEIS MESES, EN CASO DE UBICACIÓN EN ZONA DE RIESGO MEDIO.
- UNO CADA DOCE MESES, EN ZONAS DE BAJO RIESGO. (3)

ESTRUCTURACIÓN DE UN SIMULACRO.- EL PLANTEAMIENTO DE ESTRUCTURACIÓN DE UN SIMULACRO DEBERÁ CONTEMPLAR LOS SIGUIENTES PUNTOS:

- PLANEACIÓN
- COORDINACIÓN
- REALIZACIÓN
- EVALUACIÓN

EL TRABAJO SE DEBERÁ DE REALIZAR EN FORMA CONJUNTA CON LAS AUTORIDADES QUE GOBIERNAN LA UNIDAD, LOS TRABAJADORES PROPIOS DE LA MISMA EN LOS DIFERENTES TURNOS, LOS REPRESENTANTES SINDICALES Y LAS AUTORIDADES TANTO INSTITUCIONALES COMO CIVILES (POLICÍA, BOMBEROS, PROTECCIÓN CIVIL, CUERPOS DE RESCATE, ETC.).

PLANEACIÓN.- ES IMPRESCINDIBLE EL DISEÑO O PLANEACION DE UN ESCENARIO, ES DECIR, DE UN CONJUNTO DE HIPÓTESIS SOBRE EL MOMENTO, FENÓMENOS, CONDICIONES Y EL LUGAR DONDE SE PRODUCIRÁ EL DESASTRE, DEBE SER LO MÁS CERCANO POSIBLE A LA REALIDAD, TOMANDO EN CUENTA LAS EXPERIENCIAS ANTERIORES.

LOS PUNTOS BÁSICOS SON

- 1) ESTABLECER LOS OBJETIVOS DEL EJERCICIO.
- 2) PRECISAR LA UBICACIÓN, ESTADO DEL MOBILIARIO, TABLEROS DE CONTROL DE INSTALACIONES ELÉCTRICAS, ENTRE OTROS.
- 3) DETERMINAR LAS ZONAS DE SEGURIDAD DONDE DEBERÁ DE DIRIGIRSE AL PERSONAL, PACIENTES Y VISITANTES AL FINAL DEL EJERCICIO
- 4) ESTABLECER LOS ESPACIOS PARA LAS DISTRIBUCIONES DE ÁREAS DE SEGURIDAD DE ACUERDO A LA UBICACIÓN DE LAS SALIDAS DE EMERGENCIA.
- 5) PROPONER TIPOS Y UBICACIÓN DE SISTEMAS DE ALARMAS Y LA SEÑALIZACIÓN ADECUADA DE LAS RUTAS DE EVACUACIÓN Y ZONAS DE RIESGO
- 6) SEÑALAR LAS PRIORIDADES DE EVACUACIÓN: (5)
 - a) DE PERSONAS (MENORES, INCAPACITADOS, MUJERES, HOMBRES)

b) DE MATERIALES, DIVIDIDOS EN TRES GRUPOS:

- PELIGROSOS.

QUE PUEDEN OCASIONAR MAYOR RIESGO DESTRUCTIVO
(TANQUES DE OXÍGENO, COMBUSTIBLE, GASES ANESTÉSICOS,
ENTRE OTROS).

- ÚTILES EN EMERGENCIA

(INSTRUMENTAL, VENTILADORES PORTÁTILES,
ELECTROCARDIOGRAFOS, ENTRE OTROS).

- DOCUMENTOS, VALORES Y MATERIAL CLASIFICADO
PREVIAMENTE QUE NO PUEDE SER REEMPLAZADO

7) INDICAR EL TIPO DE EVALUACIÓN A EFECTUAR:

a) EVACUACIÓN HORIZONTAL PARCIAL

b) EVACUACIÓN HORIZONTAL TOTAL

c) EVACUACIÓN VERTICAL

COORDINACIÓN.- CONSISTE EN CONCERTAR LA COMUNICACIÓN CON EL PERSONAL INVOLUCRADO PARA PONERLO EN CONOCIMIENTO DE LAS ACCIONES QUE SE EFECTUARÁN DURANTE EL SIMULACRO.

1. DESIGNAR A LOS JEFES DE DEPARTAMENTO CLÍNICO INVOLUCRADOS, COMO COORDINADORES O JEFES DE BRIGADA.
2. ENFATIZAR POR PARTE DEL COORDINADOR CON LOS JEFES DE DEPARTAMENTO, SOBRE LA NECESIDAD DE ORGANIZARSE Y COOPERAR EN LAS ACCIONES INHERENTES AL SIMULACRO, A FIN DE PLANEAR LA PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL, PACIENTES Y VISITANTES.
3. PROPONER QUE SE FORMEN LAS BRIGADAS CON EL PERSONAL QUE SE CONSIDERE IDÓNEO PARA LA FUNCIÓN DE LA BRIGADA.

4. PLATICAR CON EL PERSONAL ACERCA DEL PROYECTO A FIN DE INTERESARLOS Y FACILITAR SU APOYO
- LLEVAR A CABO ENCUESTAS SOBRE EL GRADO DE CONOCIMIENTO Y ACTIVIDAD DEL PERSONAL, PACIENTES, VISITANTES DE LA UNIDAD Y VECINOS DE LA MISMA, DE LOS DISTINTOS TIPOS DE DESASTRE, A FIN DE TENER UNA ESTADÍSTICA REAL DE SU ACTITUD ANTE ÉSTOS.
 - PREPARAR Y DAR PLÁTICAS DE LA UNIDAD O DE LAS ÁREAS SELECCIONADAS DE LA MISMA, SOBRE DESASTRES Y COMO PREVENIR DAÑOS MAYORES
 - ORGANIZAR PLÁTICAS DE SENSIBILIZACIÓN AL PERSONAL PARA REALIZAR EJERCICIOS DE EVACUACIÓN.
 - MOSTRAR AL PERSONAL AUDIOVISUALES ALUSIVOS A LOS DESASTRES Y EVACUACIÓN DE LOCALES
 - DAR A CONOCER AL PERSONAL LA EXISTENCIA DE DIVERSOS FORMATOS INFORMATIVOS DE LA POBLACIÓN FIJA Y FLOTANTE DE LA UNIDAD, ASÍ COMO DE LA NECESIDAD DE SU BUEN MANEJO, ANTES Y DESPUÉS DE UNA CONTINGENCIA FICTICIA O VERDADERA
 - ELABORAR CARTELES CON INFORMACIÓN PREVENTIVA SOBRE EL EJERCICIO, LOS CUALES SERÁN COLOCADOS EN LAS ÁREAS QUE SERÁN EVACUADAS.
 - DISEÑAR TRÍPTICOS INFORMATIVOS Y VOLANTES PARA REPARTIR ENTRE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD.
 - COLOCAR LA SEÑALIZACIÓN NECESARIA.
 - PREPARAR LA INFORMACION SOBRE LAS ACCIONES A SEGUIR POR PARTE DE LAS BRIGADAS EN CASO DE EVACUACIÓN.
 - VERIFICAR EL LIBRE PASO DE LAS SALIDAS DE EMERGENCIA PARA SU ÓPTIMA UTILIZACION

- COORDINAR LA EVACUACION, PARTICIPANDO EN EL EJERCICIO Y COOPERANDO EN TODOS LOS ASPECTOS.
- CAPACITAR A SIMULADORES (USUARIOS DE LA UNIDAD PREFERENTEMENTE) CUANDO SE QUIERE QUE EL ENSAYO SEA LO MÁS REAL POSIBLE.
- INFORMAR A LOS HABITANTES COLINDANTES CON LA UNIDAD MÉDICA, ASÍ COMO A LAS AUTORIDADES COMPETENTES Y CUERPOS DE RESCATE DEL ÁREA DE INFLUENCIA, SOBRE LA FECHA Y HORA DEL SIMULACRO
- EVALUAR EL EJERCICIO Y OBTENER CONCLUSIONES

REALIZACIÓN.- ELABORAR UN CRONOGRAMA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

EJEMPLO:

_____ DÍA. REALIZACIÓN DE ENCUESTAS.
 _____ DÍA. VACIAMIENTO DE DATOS DE ENCUESTAS Y OBTENCIÓN DE RESULTADOS.
 _____ DÍA. PLÁTICA CON COORDINADORES DE ÁREAS A EVACUAR
 _____ DÍA. PLÁTICA CON EL PERSONAL.
 _____ DÍA. COLOCACION DE SEÑALIZACIÓN QUE SE REQUIERE INFORMACIÓN ESCRITA DEL EVENTO Y PLAN A SEGUIR POR LOS JEFES DE BRIGADA.
 _____ DÍA. (ANTES DEL SIMULACRO), REPARTIR VOLANTES INFORMATIVOS AL PERSONAL, PACIENTE Y VISITAS
 _____ HRS. PREPARATIVOS PARA LA FILMACIÓN.
 _____ HRS. ACTIVACIÓN DEL SISTEMA DE ALARMA Y CRONOMETRAJE DEL EVENTO
 _____ HRS. ACTIVACIÓN DE LAS BRIGADAS.
 _____ HRS. TERMINO DEL EJERCICIO DE EVACUACIÓN Y DEL CRONOMETRAJE

EVALUACIÓN.- LA EVALUACIÓN DEL SIMULACRO PERMITE HACER UNA APRECIACIÓN DEL DESARROLLO Y RESULTADOS DEL MISMO, DEBE ESTAR DIRIGIDO FUNDAMENTALMENTE A ANALIZAR:

- 1 SI SE CUMPLIERON A TIEMPO Y FORMA LAS MEDIDAS DE ORGANIZACIÓN, CONTEMPLADAS EN EL PLAN.
2. SI LA ATENCIÓN EN LA ZONA DE DESASTRE FUE ADECUADA Y EFICIENTE
3. SI EL TRASLADO DEL PERSONAL, PACIENTES Y VISITAS, HACIA LAS ZONAS DE SEGURIDAD SE REALIZO CON TODOS LOS APOYOS NECESARIOS.

DENTRO DE LAS ACCIONES DEL SIMULACRO EN EL HOSPITAL EN CASO DE EVACUACIÓN SE TOMARÁ EN CUENTA:

1. FUNCIONAMIENTO DE LOS SISTEMAS EN GENERAL.
- 2 ACTUACIÓN DEL PERSONAL.
3. PARTICIPACION DE LOS APOYOS EXTERNOS.
- 4 PARTICIPACIÓN DE PACIENTES Y VISITANTES.
5. DIFUSIÓN DEL SIMULACRO.

DE ESTOS PARÁMETROS SE EVALUARÁN EN FORMA MÁS ESPECÍFICA LOS SIGUIENTES FACTORES:

I. FUNCIONAMIENTO DE LOS SISTEMAS.

1) HIPÓTESIS Y ESCENARIO

- ¿LAS SITUACIONES PLANTEADAS Y EL ESCENARIO AMERITARON LA EVALUACIÓN?
- ¿EL ESCENARIO FUE ACORDE CON EL TIPO DE DESASTRES?

2) SISTEMA DE ALARMA.

- ¿HUBO RESPONSABLES DE SU ACTIVACIÓN?
- ¿SE ACCIONÓ OPORTUNAMENTE?
- ¿FUE ESCUCHADA O VISTA POR TODA LA COMUNIDAD PRESENTE EN LA UNIDAD?
- ¿LA ALARMA FUE LA QUE EFECTIVAMENTE ACTIVO LAS ACCIONES DE SIMULACIÓN?

3) RUTAS DE EVACUACIÓN

- ¿FUERON LAS ADECUADAS?
- ¿HUBO OBSTÁCULOS EN LAS MISMAS?

4) SEÑALAMIENTO.

- ¿FUNCIONÓ CONFORME A LO PREVISTO?

5) EQUIPAMIENTO.

- ¿FUNCIONARON Y FUERON SUFICIENTES PARA LA ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA?

6) PROCEDIMIENTO DE EVACUACIÓN.

- ¿FUE ACORDE CON LAS NECESIDADES DE DESALOJO?
(SE CONSIDERAN ÁREAS, PISOS Y NÚMERO DE PERSONAS DESALOJADOS)

7) NORMAS DE TRÁNSITO.

- ¿SE RESPETARON DICHAS NORMAS?
- ¿HUBO CONGESTIONAMIENTO?
- ¿ÁREAS DE TRÁNSITO DE BRIGADISTAS LIBRES?

8) TIEMPO DE DESALOJO

- VALORACIÓN DEL TIEMPO ESTIMADO Y TIEMPO REAL DE DESALOJO.
- COMPARACIÓN DE TIEMPOS CON SIMULACROS ANTERIORES
- DETERMINACIÓN DE LAS CAUSAS DE DEMORA.

9) ZONA DE SEGURIDAD

- ¿HUBO FACILIDAD DE ACCESO A DICHA ÁREA?
- ¿LA SEÑALIZACIÓN DE SU UBICACIÓN FUE ADECUADA?
- ¿LA SEÑALIZACIÓN DE LA ZONA FUE SUFICIENTE?
- ¿LA ZONA CUMPLÍA REALMENTE CON TODA NORMA DE SEGURIDAD?

II. ACCIONES DEL PERSONAL.

1) ACTUACIÓN DE LOS JEFES DE DEPARTAMENTO CLÍNICO

¿CUMPLIERON CON SUS FUNCIONES?

¿TOMARON LAS DECISIONES MÁS ADECUADAS?

¿TUVIERON CONTROL SOBRE LOS BRIGADISTAS Y USUARIOS A LA ZONA DE SEGURIDAD?

2) ACTUACIÓN DE LOS BRIGADISTAS.

¿CUMPLIERON CON SUS FUNCIONES?

¿EFECTUARON LAS INSTRUCCIONES INDICADAS POR SUS JEFES DE BRIGADA?

III. PARTICIPACIÓN DE LOS APOYOS EXTERNOS.

¿ACUDIERON OPORTUNAMENTE?

¿HUBO COORDINACIÓN CON EL DIRECTOR O ENCARGADO DE LA UNIDAD Y ÉSTOS?

¿FUERON ADECUADOS Y NECESARIOS?

IV. PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD.

(PACIENTES Y VISITANTES)

¿SIGUIERON LAS NORMAS ESTABLECIDAS?

¿LLEVARON A CABO LAS INDICACIONES DEL JEFE O ENCARGADO DE PISO?

¿EFECTUARON LAS INDICACIONES DE LOS BRIGADISTAS?

¿CUAL FUE LA CONDUCTA ASUMIDA POR ÉSTOS?

V. DIFUSIÓN DEL SIMULACRO.

¿FUE SUFICIENTE LA INFORMACIÓN DADA AL PERSONAL, PACIENTES, VISITANTES, OBSERVADORES E INVITADOS SOBRE LA REALIZACIÓN DEL EVENTO?

¿HUBO PRÁCTICA DE SIMULACRO DEL GABINETE?

¿SE LLEVARON A CABO LAS ACCIONES INDICADAS EN EL?

- OBSERVACIONES EXTRAORDINARIAS.

RECORDAR QUE EL MEJOR PLAN, NO ES EL QUE YA ESTÁ ESCRITO, SINO EL QUE YA FUE SOMETIDO A LA EVALUACIÓN DEL SIMULACRO.

CLAVES DESASTRE INTERNO ANEXO No. 7

EXISTEN CLAVES ACEPTADAS INTERNACIONALMENTE PARA DIFUNDIR LA ALERTA ANTE UN DESASTRE, COMO ES

-CLAVE ROJA : INDICA FUEGO Y SE UTILIZA CUANDO ÉSTE ESTÁ PRESENTE EN ALGUNA ZONA DEL HOSPITAL

-CLAVE AZUL : INDICA VIOLENCIA HUMANA Y PUEDE PRESENTARSE EN FORMA DE AMENAZA DE BOMBA, AGRESIÓN FÍSICA EN EL INTERIOR DE LA UNIDAD O MANIFESTACIÓN AGRESIVA EXTERNA DE FORMA MASIVA.

-CLAVE VERDE: INDICA ENFERMEDAD AGUDA, LA CUAL PONE EN PELIGRO LA VIDA COMO PUEDE SER INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO O PARO CARDIO-RESPIRATORIO.

-CLAVE AMARILLA : INDICA EVACUACIÓN DEL HOSPITAL Y ESTA PUEDE SER:

- HORIZONTAL PARCIAL: CUANDO SÓLO SE EVACUA PARTE DE UN PISO
- HORIZONTAL TOTAL. CUANDO SE DESALOJA TODO UN PISO
- VERTICAL: CUANDO VARIOS PISOS DEBEN SER EVACUADOS.
- TOTAL CUANDO TODA LA UNIDAD DEBE SER EVACUADA.

UNA VEZ CORROBORADA LA EMERGENCIA, EL DIRECTOR DE LA UNIDAD O LA PERSONA CON MÁXIMA AUTORIDAD, INDICA AL ENCARGADO DEL VOCEADOR O CONMUTADOR QUE DIFUNDA LA CLAVE DE ALARMA SEGÚN EL CASO, ESTA PERSONA SERÁ LA RESPONSABLE DE TRANSMITIR LA ALARMA REPITIÉNDOLA EN DOS OCASIONES, EJEMPLO:

- CLAVE ROJA..... SEGUNDO PISO
- CLAVE ROJA..... SEGUNDO PISO.

AL CONCLUIR LA EMERGENCIA LA PERSONA QUE AUTORIZÓ LA DIFUSIÓN SERÁ LA RESPONSABLE DE CANCELAR LA ORDEN, QUE SE REPETIRÁ TAMBIÉN EN DOS OCASIONES, EJEMPLO:

- CLAVE ROJA..... SEGUNDO PISO RESUELTA
- CLAVE ROJASEGUNDO PISO RESUELTA

EN CASO DE UTILIZAR INSTRUMENTOS PARA CLAVES SONORAS COMO TIMBRE, CHICHARRA O SIRENA QUE REQUIERAN DE BATERÍAS, SÓLO SE UTILIZARÁN CUANDO ESTÉ AFECTADA LA CORRIENTE ELECTRICA Y SU USO SERÁ EXCLUSIVO PARA EL CASO DE EVACUACIÓN TOTAL, INDICÁNDOSE CON TRES TOQUES, DURANTE TRES SEGUNDOS, POR TRES OCASIONES, EJEMPLO:

----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----
 3SEG 3SEG 3SEG 3SEG 3SEG 3SEG 3SEG 3SEG 3SEG

SI LO QUE SE UTILIZA PARA DAR LA SEÑAL DE ALERTA ES SIRENA MECÁNICA, EL SONIDO DE ÉSTA SERÁ CONTINUO Y CON DURACIÓN DE 30 SEGUNDOS REPITIÉNDOSE EN TRES OCASIONES, EJEMPLO:

 30 SEG 30 SEG 30 SEG

EN BASE A LA ALERTA GENERADA SE PROPORCIONARÁ LA ATENCIÓN Y ÉSTA SE CLASIFICA EN TRES TIPOS:

TIPO I : ALERTA LOCAL EN UN SERVICIO. INDICA QUE EL DESASTRE SE ENCUENTRA CONFINADO A UN SOLO SERVICIO Y NO INTERRUMPE LAS FUNCIONES ORDINARIAS DEL HOSPITAL.

TIPO II : ALERTA LOCAL EN UNA ÁREA DEL HOSPITAL. INDICA QUE EL DESASTRE AFECTÓ TODA UNA ÁREA DEL HOSPITAL Y SE REQUIERE APOYO DE PERSONAL ADIESTRADO Y EQUIPO PARA RESOLVER EL PROBLEMA, MANTENIÉNDOSE LAS OTRAS ÁREAS DEL HOSPITAL EN ALERTA.

TIPO III : ALERTA EN TODO EL HOSPITAL. INDICA QUE EL DESASTRE OCACIONÓ QUE LAS FUNCIONES ORDINARIAS DEL HOSPITAL QUEDEN TOTALMENTE PARALIZADAS, LO QUE HACE NECESARIO EL APOYO DE TODO EL PERSONAL Y BRIGADAS PARA REALIZAR ACCIONES ESPECÍFICAS EN FAVOR DE LA INTEGRIDAD DE LOS PACIENTES, VISITANTES Y PERSONAL, ASÍ COMO PARA REALIZAR LA EVACUACIÓN DEL INMUEBLE EN FORMA ORDENADA.

CLASIFICACIÓN DE LA MAGNITUD DEL DESASTRE ANEXO No. 8

ANTE UNA SITUACIÓN DE DESASTRE DEBE DARSE RESPUESTA LÓGICA Y RAZONABLE. QUE SERÁ DIRECTAMENTE PROPORCIONAL A LA MAGNITUD DEL MISMO EN EL PASADO, EN DIFERENTES OCASIONES SE HAN DADO RESPUESTAS LIMITADAS QUE NO HAN SATISFECHO LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD AFECTADA, O EXAGERADAS CON EL CONSECUENTE DISPENSA DE LOS RECURSOS (1). TODO PLAN DE RESPUESTA HOSPITALARIA ANTE UN DESASTRE DEBE PARTIR DE LA EVALUACIÓN DE LA MAGNITUD DEL DESASTRE, A FIN DE GENERAR UNA RESPUESTA LOCAL, REGIONAL, NACIONAL O INTERNACIONAL, DEPENDIENDO DEL CASO.

LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LOS DESASTRES HA PERMITIDO IDENTIFICAR DIFERENTES FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA MAGNITUD DEL DAÑO DE ELLOS EL TIPO DE AGENTE PERTURBADOR, SU GRADO DE PREVISIBILIDAD, SU FRECUENCIA Y EL GRADO DE CONTROL QUE PODAMOS EJERCER SOBRE ELLOS SON LOS MÁS IMPORTANTES; LAS EXPLOSIONES COMO AGENTE PERTURBADOR, POR EJEMPLO, CAUSAN MÁS MUERTES QUE UN HURACÁN O UNA INUNDACIÓN, DEBIDO PROBABLEMENTE A QUE ÉSTOS SON PARCIALMENTE PREVISIBLES Y CONTROLABLES (2) OTROS FACTORES QUE HAN DEMOSTRADO RELACIÓN DIRECTA CON LA MAGNITUD DEL DAÑO SON EL INICIO RÁPIDO, LA DURACIÓN DEL IMPACTO Y LA INTENSIDAD DEL MISMO TRADICIONALMENTE SE HA ESTIMADO LA MAGNITUD DEL DESASTRE POR SUS EFECTOS EN DIFERENTES ASPECTOS. TALES COMO

- a) NÚMERO DE DEFUNCIONES O LESIONADOS.
- b) DESORGANIZACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS.
- c) DAÑO A PROPIEDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS.
- d) PROPAGACIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.
- e) TIEMPO ESTIMADO DE REGRESO A LA NORMALIDAD.
- f) CARACTERÍSTICAS DEL SUBSUELO

DIVERSAS INVESTIGACIONES HAN LLEGADO A LA CONCLUSIÓN DE QUE LOS FACTORES QUE DETERMINAN LOS PATRONES DE MUERTOS, TIPO DE

LESIONADOS, DESAPARECIDOS Y EL NÚMERO DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA SON:

- a) LA HORA DEL DÍA EN QUE OCURRE EL INCIDENTE.
- b) LA DENSIDAD DE POBLACION DE LA ZONA AFECTADA.
- c) TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO Y DE CONSTRUCCIÓN EN LA ZONA.

LOS TERREMOTOS POR EJEMPLO SON EL AGENTE PERTURBADOR QUE COBRA MAS VÍCTIMAS Y TRASTORNA MÁS LAS ESTRUCTURAS PÚBLICAS Y PRIVADAS, SU INICIO DE IMPACTO ES BREVE, NO CONTROLABLE O PREVISIBLE Y SU INTENSIDAD Y DURACION ESTÁ EN RELACIÓN DIRECTA CON EL NÚMERO DE EDIFICIOS COLAPSADOS Y MUERTES COMO QUEDÓ DEMOSTRADO EN EL TERREMOTO DE GUATEMALA DE 1976, EL 80% DE LA POBLACIÓN QUE FALLECIÓ RESIDÍA EN CONSTRUCCIONES DE ADOBE, MIENTRAS QUE, ENTRE LOS HABITANTES DE CASAS DE MADERA NO SE REGISTRARON DEFUNCIONES. OTROS ESTUDIOS HAN PUESTO DE MANIFIESTO QUE LAS DEFUNCIONES SON MAYORES CUANDO LOS TEMBLORES OCURREN DURANTE LA NOCHE Y QUE LA MORTALIDAD AUMENTA CUANDO LA DENSIDAD DE POBLACIÓN ES ALTA EN TOMAR EN CUENTA EL TIPO DE AGENTE, NÚMERO DE LESIONADOS Y LA ZONA AFECTADA. (3)

LOS INTENTOS REALIZADOS PARA ESTABLECER LA MAGNITUD DEL DESASTRE SON BUENOS Y DE HECHO HAN PERMITIDO GUIAR LAS RESPUESTAS, SIN EMBARGO. SÓLO HAN ENFOCADO ASPECTOS AISLADOS: PARA COMPRENDER LA MAGNITUD DEL DESASTRE ÉSTOS DEBEN SER ANALIZADOS EN FORMA GENERAL, LA DENSIDAD DE LA POBLACIÓN DE LA ZONA AFECTADA, ENTRE OTROS POR ESTA RAZON SE HA ELABORADO UNA **CLASIFICACIÓN DE LA MAGNITUD DEL DESASTRE** BASADA EN UNA ESCALA NUMÉRICA, LA MAGNITUD SE DETERMINA DE ACUERDO A UN PUNTAJE OBTENIDO DE LA EVALUACIÓN DE DIFERENTES PARÁMETROS Y SE ESTABLECEN LOS SIGUIENTES NIVELES:

1. DE **GRAN MAGNITUD** (CUANDO SE OBTIENEN ENTRE 15 Y 21 PUNTOS).
2. DE **MAGNITUD INTERMEDIA** (CUANDO CALIFICA ENTRE 11 Y 14 PUNTOS).
3. DE LA **MAGNITUD LIMITADA** (CUANDO REÚNE DE 0 A 10 PUNTOS)

ACORDE CON EL CÓDIGO DE COLORES ACEPTADO INTERNACIONALMENTE, LA RESPUESTA SERÁ **MÁXIMA (ROJA)** CUANDO PARA SATISFACER LAS

DEMANDAS SE REQUIERA DE LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS A NIVEL **NACIONAL O INTERNACIONAL**, RESPUESTA **INTERMEDIA (AMARILLA)** CUANDO PARA SATISFACER LAS NECESIDADES SE REQUIERA DE LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS **REGIONALES**, Y RESPUESTA **LIMITADA (VERDE)** CUANDO BASTEN LOS RECURSOS **LOCALES** PARA SATISFACER LAS DEMANDAS.

EN EL CUADRO No. 1, SE MUESTRAN LOS PARÁMETROS CONSIDERADOS PARA ESTABLECER LA MAGNITUD DEL DAÑO Y LOS PUNTOS CORRESPONDIENTES A CADA PARÁMETRO LA SUMA TOTAL OBTENIDA DARÁ EL PUNTAJE Y LA MAGNITUD DEL DESASTRE (4).

GLOSARIO DE TÉRMINOS

ACCIDENTE: ES CUALQUIER HECHO TRAUMÁTICO O MORBOSO ESPONTÁNEO O SÚBITO QUE SOBREVIENE AL INDIVIDUO SANO Y SE PRODUCE A CONSECUENCIA DE CONDICIONES POTENCIALES PREVISIBLES.

ACCIDENTES INDUSTRIALES: DESASTRES CAUSADOS POR LA INDUSTRIA.

ACCIDENTES NUCLEARES: INVOLUCRA DAÑO AL SER HUMANO A CONSECUENCIA DE LA RADIOACTIVIDAD.

ACCIDENTES QUÍMICOS: INCLUYE DERRAME DE SUBSTANCIAS QUÍMICAS, ENVENENAMIENTO INDIVIDUAL Y COLECTIVO DESPUÉS DE LA INGESTIÓN Y/O INHALACIÓN DE QUÍMICOS Y LA CONTAMINACIÓN SÚBITA DEL AMBIENTE.

ACCIDENTES DE TRÁNSITO: INCLUYE CUALQUIER DESASTRE DE TRANSPORTE TERRESTRE (AUTOMÓVIL, CAMIÓN, FERROCARRIL).

ADiestRAMIENTO Y CAPACITACIÓN PARA CASOS DE DESASTRE (MÉDICOS): GUÍA PARA PREPARAR A LOS MÉDICOS EN LA MEDICINA DE EMERGENCIA Y EL MANEJO MASIVO DE LESIONADOS.

ALOJAMIENTO DE EMERGENCIA: ALOJAMIENTO TEMPORAL PARA LAS VÍCTIMAS DEL DESASTRE (PERSONAS EVACUADAS), INCLUYE ORGANIZACIÓN Y CONSIDERACIONES DE INGENIERÍA SANITARIA

ALOJAMIENTO PARA CASOS DE DESASTRE: UTILIZACIÓN DE EDIFICIOS PÚBLICOS Y USO DE CUALQUIER INSTALACIÓN SEGURA ANTES O DESPUÉS DE LOS DESASTRES COMO MECANISMOS DE PROTECCION DE SITUACIONES AMBIENTALES DESTRUCTIVAS

ÁREA DE RIESGO: ZONA GEOGRÁFICA (MUNICIPIO, JURISDICCIÓN) DONDE EXISTE UNA MAYOR PROBABILIDAD EN LA OCURRENCIA DE UN DESASTRE

ALIMENTOS PERECEDEROS: SON AQUELLOS QUE SE DESCOMPONEN RÁPIDAMENTE

ASISTENCIA SOCIAL: ES UN SERVICIO PÚBLICO CONSTITUIDO POR TODAS AQUELLAS ACCIONES PROYECTADAS Y APLICADAS PARA PERMITIR QUE LAS PERSONAS, LOS GRUPOS Y LAS COMUNIDADES MEJOREN SUS CONDICIONES DE VIDA.

AVISO DE DESASTRE: ESTUDIOS DE MÉTODOS PARA ALERTAR A LA COMUNIDAD SOBRE UN DESASTRE INMINENTE. INCLUYE TÉCNICAS DE EDUCACIÓN PARA OBTENER UNA RESPUESTA ADECUADA.

CAMPOS DE REFUGIOS: ESTRUCTURA FÍSICA TEMPORAL UTILIZADA EXCLUSIVAMENTE PARA PERSONAS QUE HAN SIDO AFECTADAS EN SUS VIVIENDAS. INCLUYE EL DISEÑO DE ÁREAS PARA COCINAS, RECREACIÓN, DISPOSICIÓN DE DESECHOS Y BASURAS.

COLAPSO DE EDIFICIOS: DESTRUCCIÓN DE EDIFICIOS POR FUERZAS NATURALES O PROVOCADAS POR EL HOMBRE.

COLECCIÓN DE DATOS: OBSERVACIONES SUBJETIVAS DE LAS EXPERIENCIAS INDIVIDUALES O DE GRUPOS DURANTE UN DESASTRE NO ES CIENTÍFICAMENTE VALIDO, PERO ES ÚTIL PARA LOS FUTUROS ESTUDIOS Y ACTIVIDADES DE PLANEACIÓN.

CONCIENCIA PÚBLICA: ESTRATEGIAS DESARROLLADAS PARA EDUCAR COMUNIDADES ENTERAS SOBRE QUE MÉTODOS PUEDEN SER TOMADOS PARA MINIMIZAR DAÑOS A LA VIDA HUMANA Y PROPIEDADES

CONFLICTO ARMADO: PROBLEMAS RELACIONADOS A GUERRAS, YA SEA A PEQUEÑA ESCALA O A NIVEL INTERNACIONAL.

CONTINGENCIAS: DAÑO QUE PUEDE SUCEDER.

CONTROL: AQUELLAS OPERACIONES CONTINUAS ENCAMINADAS A REDUCIR LA PREVALENCIA DE UNA ENFERMEDAD A UN NIVEL EN DONDE YA NO ES UN PROBLEMA MAYOR DE SALUD PÚBLICA

CONTROL DE ENFERMEDADES: TODAS LAS PRECAUCIONES QUE DEBEN TOMARSE PARA PREVENIR BROTES DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES: INCLUYENDO SANIDAD, INMUNIZACIÓN, MODIFICACIÓN AMBIENTAL, ERRADICACIÓN DE ROEDORES, VECTORES (Y SUS SITIOS DE CRÍA), PREVENCIÓN DE HACINAMIENTO, TÉCNICAS ASEPTICAS E INSPECCIÓN DE ALIMENTOS.

DAMNIFICADOS: ES TODA AQUELLA PERSONA QUE DESPUÉS DE UN DESASTRE HA PERDIDO TEMPORALMENTE O DEFINITIVAMENTE SU VIVIENDA Y SERVICIOS PÚBLICOS.

DERRUMBE DESPLOME O DESMORONAMIENTO DE LA TIERRA QUE OCASIONA PERDIDA DE VIDAS O LESIONES, NO INCLUYE AVALANCHAS.

DESASTRE SITUACIONES QUE IMPLICA AMENAZAS IMPREVISIBLES GRAVES PARA LA SALUD PÚBLICA. (O.M.S)

DESASTRE BIOLÓGICO: INCLUYE LA EMISIÓN ACCIDENTAL O CON PROPÓSITOS DE GUERRA DE PRODUCTOS BIOLÓGICOS DAÑINOS.

DESORDENES MENTALES POSTERIORES AL DESASTRE: PROBLEMAS DE SALUD MENTAL QUE SURGEN DESPUÉS DEL DESASTRE SIENDO ATRIBUIBLES A ÉSTE.

DIRECTORIO DE RECURSOS HUMANOS: FUENTE DE INFORMACION SOBRE PERSONAL PARA CASOS DE DESASTRE QUE INCLUYE: NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMEROS TELEFÓNICOS

ENCUESTAS DE SALUD PARA CASOS DE DESASTRE: COLECCIÓN DE DATOS EN UNA SOLA OCASIÓN RELACIONADA A TRAUMAS O HERIDAS SUFRIDAS DURANTE O DESPUÉS DEL DESASTRE, CON PROPÓSITO DEFINIDO. PRESENTA DATOS OBJETIVOS BASADOS EN LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA.

ENCUESTA ECONÓMICA EXAMINA EFECTOS FINANCIEROS Y ECONÓMICOS DEL DESASTRE SOBRE UNA COMUNIDAD, INCLUYE ANÁLISIS POST-DESASTRE DE COSTO-BENEFICIO Y COSTO-EFECTIVIDAD DE LA PERDIDA DE HORAS TRABAJADAS DEBIDO A HERIDAS O DESTRUCCIÓN FÍSICA DEL AMBIENTE.

EPIDEMIOLOGÍA DEL DESASTRE: ANÁLISIS POST-DESASTRE DE LAS ACCIONES MÉDICAS, DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.

EVALUACIÓN DE DAÑOS: ESTIMACIÓN POST-IMPACTO DE LOS DAÑOS FÍSICOS CONVERTIDOS EN PERDIDAS FINANCIERAS Y NECESIDADES DE AYUDA.

GRANA: PIEDRA MENUDA O PEQUEÑA.

HAMBRUNA: EFECTOS POR LA AUSENCIA DE ALIMENTOS CAUSADA POR VARIABLES CLIMÁTICOS, AMBIENTALES, ECONÓMICOS, ETC.

INDICADORES: VARIABLE SUSCEPTIBLE A LA MEDICIÓN DIRECTA Y QUE REFLEJA EL ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS DE UNA COMUNIDAD.

INVESTIGADORES DE DESASTRE: ES UN ESTUDIO CIENTÍFICO SOBRE DESASTRES UTILIZANDO GRUPOS DE CONTROL Y MUESTREO ALEATORIO, LO CUAL CONDUCE A RESULTADOS VALIDOS APLICABLES A OTRAS POBLACIONES.

LEGISLACIÓN DE LOS DESASTRES: LEYES INSTITUIDAS PARA MITIGAR LOS EFECTOS DAÑINOS DE UN DESASTRE, PRINCIPALMENTE EN LOS CAMPOS DE LA PLANEACIÓN DE EDIFICIOS Y OBRAS PÚBLICAS.

MANEJO DE LA EVACUACIÓN: TRANSPORTE DE PERSONAS DEL SITIO DEL DESASTRE A CENTROS APROPIADOS INCLUYE ACTIVIDADES DE BÚSQUEDA Y RESCATE

ATENCIÓN MASIVA DE HERIDOS: SERVICIOS DE SALUD POST-DESASTRE DONDE LA AYUDA MÉDICA ES CRÍTICA.

MEDICINA DE EMERGENCIA: SITUACIÓN DONDE ES NECESARIO EL TRATAMIENTO INMINENTE

ONDAS CÁLIDAS: AQUÍ QUEDAN INCLUIDOS PROBLEMAS QUE RESULTAN DE LA INTENSIDAD DE CALOR, EJEMPLO INSOLACIÓN, HIPERTEMIA, ETC.

ONDAS FRÍAS: INCLUYE TORMENTAS DE NIEVE, VENTISCAS DE NIEVE, PROBLEMAS RELACIONADOS A CLIMAS FRÍOS COMO INVERSIONES TÉRMICAS.

PERSONAL DE SALUD: MÉDICOS, PROFESIONALES Y TÉCNICOS INVOLUCRADOS EN LA PRESTACIÓN DE CUIDADOS A LA SALUD EN CASO DE DESASTRE.

SUMINISTROS MÉDICOS: INCLUYENDO DROGAS Y EQUIPOS MÉDICOS.

PERSONAS EVACUADAS: INDIVIDUOS DESPLAZADOS A CENTROS APROPIADOS POR CONSECUENCIA DE UN DESASTRE.

PLANEACIÓN PARA DESASTRES: ES EL PROCESO DE ELABORAR UN SISTEMA PARA COORDINAR LA RESPUESTA, ESTABLECER PRIORIDADES, DEBERES, ROLES Y ESTRUCTURAS FORMALES A NIVEL LOCAL, ESTATAL, NACIONAL E INTERNACIONAL PARA CASOS DE DESASTRE.

PREDICCIÓN DE DESASTRES: PAPEL DE LA METEOROLOGÍA Y VULCANOLOGÍA PARA LA PREVENCIÓN DE ALGUNAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS DE UN DESASTRE.

PRIMEROS AUXILIOS: CUIDADOS INMEDIATOS Y TEMPORALES ADMINISTRADOS A VÍCTIMAS DE DESASTRE PARA EVITAR COMPLICACIONES, HASTA QUE PUEDAN SER RECIBIDOS LOS SERVICIOS POR PERSONAL Y EQUIPO ADECUADO

PROGRAMAS DE EDUCACIÓN: USO DE VARIOS MÉTODOS Y ESTRATEGIAS EN EL PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE PARA DIFERENTES NIVELES EDUCACIONALES, PARA PODER OBTENER UNA RESPUESTA EFECTIVA EN CASOS DE DESASTRE

PROTECCIÓN CIVIL: ES UNA FUNCIÓN DE LA SOCIEDAD Y DEL ESTADO, PROMOVIDA Y BAJO LA DIRECCIÓN DE ÉSTE, PARA OBTENER UNA MAYOR SEGURIDAD Y BIENESTAR PERSONAL Y COLECTIVO.

RECONSTRUCCIÓN POST-DESASTRE: ES LA REPARACIÓN FÍSICA DE LAS ZONAS AFECTADAS, REVISIÓN DEL CÓDIGO DE CONSTRUCCIÓN.

RECURSOS HUMANOS PARA CASOS DE DESASTRES: ES EL PERSONAL DE LOS DIFERENTES NIVELES JERÁRQUICOS DE APOYO A LAS ACTIVIDADES MÉDICAS, PREVIAMENTE CAPACITADOS EN EL ROL QUE DESEMPEÑAN EN CASOS DE DESASTRE

REFUGIO: ES UN ASENTAMIENTO TEMPORAL QUE PROPORCIONA SEGURIDAD, SERVICIOS DE SANIDAD BÁSICA, ALIMENTACIÓN, VESTIDO Y ATENCIÓN MÉDICA (SINÓNIMO-CAMPAMENTO O ALBERGUE).

REHABILITACIÓN POSTERIOR AL DESASTRE: PROVISIÓN DE SERVICIOS E INSTALACIONES, LOS CUALES RESTABLECEN LOS ESTÁNDARES DE VIDA ANTERIORES A LA CONTINGENCIA. INCLUYE RESTAURACIÓN PSICO-SOCIAL Y ESTABILIDAD POLÍTICA

RETRETE: INSTALACIÓN PARA ORINAR O DEFECAR.

SALUD AMBIENTAL: ES EL CONTROL DE LOS FACTORES DEL MEDIO AMBIENTE QUE PUEDEN TENER EFECTOS DELETÉREOS PARA EL BIENESTAR FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL DE LAS POBLACIONES

SERVICIOS DE COMUNICACIONES: MEDIO PARA ALCANZAR UN FLUJO MÁXIMO DE INFORMACIÓN ENTRE LAS DIFERENTES ORGANIZACIONES DE AYUDA Y QUE VA DEL SITIO AISLADO A LOS LUGARES DE AYUDA POTENCIAL Y PREVIENE RETROALIMENTACIÓN A LA POBLACIÓN SOBRE ACCIONES QUE DEBE TOMAR PARA MINIMIZAR LOS PROBLEMAS. INCLUYE RADIO, TELEVISIÓN, PERIÓDICOS, TELECOMUNICACIONES Y DECLARACIONES VERBALES.

SIMULACROS: SON ENSAYOS DE DESASTRE Y SOLUCIONES DE PROBLEMAS EN EL ÁREA MÉDICA PARA PODER ENFRENTAR UNA SITUACION REAL DE EMERGENCIA, MEDIANTE UNA COORDINACIÓN MÁS EFECTIVA DE RESPUESTA DE VARIOS INDIVIDUOS, AGENCIAS Y ORGANIZACIONES

SISTEMA MÉDICO DE EMERGENCIA: INCLUYE LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, DISEÑO Y EQUIPO PARA AMBULANCIAS, TRANSPORTE DE LOS PACIENTES Y LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA MISMO.

SOCORRO: ES AQUELLA ACCIÓN PARA AUXILIAR A LAS VÍCTIMAS.

SUMINISTROS NO MÉDICOS PARA CASOS DE DESASTRE: ENLISTA LOS EQUIPOS REQUERIDOS ALIMENTOS, ROPA, TIENDAS DE CAMPAÑA, UTENSILIOS DE COCINA, ETC. INCLUYE INFORMACION DE COSTOS Y LIMITACIONES PARA SU ADQUISICIÓN.

TERREMOTO: ES UN MOVIMIENTO BRUSCO DE LA CORTEZA TERRESTRE QUE PUEDE SER PRODUCIDO POR: EXPLOSIONES EN LAS PROFUNDIDADES DE LA TIERRA (PLUTÓNICO), DEBIDO A LA ACTIVIDAD VOLCÁNICA (VOLCÁNICO) Y POR DESPLAZAMIENTO DE LAS CAPAS DE LA CORTEZA TERRESTRE A LO LARGO DE UNA FALLA (TECTÓNICO).

TERRORISMO: PROBLEMAS DE SALUD CREADO POR ATAQUES TERRORISTAS, EJEMPLO: BOMBAS, TOMA DE REHENES, ETC.

TORMENTA: SE CONOCE CON DIFERENTES NOMBRES EN DIFERENTES REGIONES DEL MUNDO, TALES COMO. CICLONES, HURACANES, TIFONES, ETC. Y PUEDEN PRODUCIR CORRIENTES AÉREAS GIRATORIAS CON VELOCIDADES DE 200 A 400 KM/HORA Y UNA VELOCIDAD DE DESPLAZAMIENTO DE 50 A 70 KM/HORA, FRECUENTEMENTE SE ACOMPAÑAN DE LLUVIAS COPIOSAS E INUNDACIONES.

TRANSPORTE POST-DESASTRE: USO DE DIFERENTES MÉTODOS Y RUTAS DE TRASLADO PARA ASEGURAR ACCESO AL SITIO DEL DESASTRE Y REALIZAR LA EVACUACIÓN. INCLUYE MANEJO DEL TRÁNSITO Y TRANSPORTE TANTO DE RECURSOS HUMANOS COMO DE MATERIALES.

TRAUMA: CONSECUENCIA FÍSICA A LA SALUD QUE RESULTA DEL DESASTRE. INCLUYE TODO TIPO DE LESIONES.

TRIAGE: ES LA CLASIFICACIÓN O AGRUPAMIENTO DE LOS LESIONADOS PARA SU ATENCION EN MASA; EN BASE AL CRITERIO MÉDICO DE SOBREVIVENCIA CUANDO SE CUENTA CON RECURSOS MÉDICOS LIMITADOS.

TSUNAMI: MAREMOTO DE ORIGEN SÍSMICO.

URGENCIA: (EMERGENCIA) NECESIDAD DE ATENCIÓN INMEDIATA PARA LA SALUD

VIGILANCIA DE ENFERMEDADES: ESCRUTINIO CONTINUO DE TODOS LOS ASPECTOS DE OCURRENCIA Y DISEMINACIÓN DE TODAS LAS ENFERMEDADES QUE SON PERTINENTES A UN CONTROL EFECTIVO. SU PROPÓSITO FUNDAMENTAL ES EL DE DETECTAR CAMBIOS EN LA TENDENCIA Y/O DISTRIBUCIÓN DE LAS ENFERMEDADES PARA PODER INICIAR MEDIDAS DE CONTROL.

VIVIENDA SÍSMICA: EDIFICACIONES CON DISEÑOS ESTRUCTURALES Y MATERIALES ESPECÍFICOS PARA PREVENIR EL COLAPSO DE EDIFICIOS DURANTE LOS SISMOS.