

MD3-A - MATERIAL DE DISTRIBUCIÓN 3-A

REQUISITO PREVIO AL TALLER 3: ENCUESTA HOSPITALARIA PARA DESASTRES (LECCIÓN 3)

Para realizar la encuesta se puede dividir a los participantes en grupos, de acuerdo con la complejidad del hospital, para trabajar una parte de la encuesta hospitalaria. Se deberá programar una visita al hospital para obtener la información mencionada.

A cada grupo se le deben entregar dos ejemplares de la encuesta:

1. Para anotar los datos en borrador.
2. Para entregar luego de la plenaria a los coordinadores del Curso.

Los participantes contarán con tres horas para realizar la encuesta.

Fascículo	Servicio	Página	Responsable
• A	Programación y estadística	2	_____
• B	Mantenimiento	5	_____
• C	Nutrición	17	_____
• D	Farmacia	18	_____
• E	Centro quirúrgico	20	_____
• F	Radiología	22	_____
• G	Banco de sangre	23	_____
• H	Laboratorio	24	_____
• I	Recursos humanos	25	_____
• J	Transporte	29	_____
• K	Comunicaciones	31	_____
• L	Emergencia	32	_____
• M	Anatomía patológica	36	_____

Capacidad hospitalaria

1. Camas por servicio de acuerdo con la organización del hospital (por departamentos o servicios especializados)

Indique el número total de camas y capacidad de expansión

Medicina interna

Departamento o servicio	Número de camas	Capacidad adicional	Observaciones
Cardiología			
Neumología			
Neurología			
Endocrinología			
Hematología			
Gastroenterología			
Dermatología			
Med. física y rehabilitación			
Psiquiatría			
Medicina			
Pediatría			
Ginecología			
Obstetricia			
Otros			
Total			

Cirugía

Departamento o servicio	Número de camas	Capacidad adicional	Observaciones
Ortopedia y traumatología			
Urología			
Otorrinolaringología			
Oftalmología			
Neurología			
Cirugía plástica			
Cirugía cardiovascular			
Otros			
Total			

Cuidados intensivos

Departamento o servicio	Número de camas	Capacidad adicional	Observaciones
UCI coronarios			
UCI neurológicos			
UCI respiratorio			
UCI post-quirúrgico			
UCI pediátrico			
Otros			
Total			

Quirófanos

Tipo de quirófano	Número de quirf.	Capacidad adicional	Observaciones
Cirugía séptica			
Cirugía aséptica			
Cirugía pediátrica			
Cirugía gineco-obstétrica			
Emergencia			
Otros			
Total			

Datos adicionales

2. Ambientes susceptibles de aumentar la capacidad operativa.

Indique las características de las áreas y ambientes transformables que podrían ser utilizados para aumentar la capacidad hospitalaria en caso de emergencia o desastre. Especifique la superficie, servicios disponibles y cualquier otra información que pueda ser útil para evaluar su aptitud para la asistencia médica de emergencia.

Ambiente	Área m ²	Agua		Luz		Teléfono		Observaciones
		sí	no	sí	no	sí	no	

Nota: especificar la adaptabilidad de uso en cada ambiente: hospitalización, triage, atención ambulatoria, observación, etc.

FASCÍCULO B

SERVICIO DE MANTENIMIENTO

Medidas de seguridad

1. Descripción estructural y cerramientos interiores

Bloque	N° de pisos	Tipo de estructura (material)	Tipo de cerramiento (material de acabado)	Año de construcción

Observaciones _____

2. Comportamiento

Bloque	Horizontal		Vertical interior		Vertical exterior	
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado

Observaciones _____

Vías de circulación y escape horizontal

Indicar las siguientes características por cada bloque

1. Número de camas por piso _____
2. Servicios médicos _____
3. Población estimada (cada día)
 - Hospitalizados _____
 - Personal _____
 - Pacientes en consulta externa _____
 - Familiares _____
 Total estimado _____
4. Señalización para desastres Sí () No ()
5. Número de salidas y dimensiones _____
6. Vías de circulación y de escape horizontales y verticales (escaleras, rampas)
 Adecuadas () Inadecuadas ()
 De ser negativo, señalar los problemas
 - Dimensión limitada _____
 - Falta de iluminación adecuada _____
 - Falta de señalización _____
 - Obstrucción _____
 - Otros _____

Utilizar planos para indicar las áreas más peligrosas y/o vulnerables.

Vías de circulación y escape vertical

1. Escaleras Sí () No ()

Bloque	N° de pisos	Comportamiento *	Señalización		Iluminación		Zona de fin de ruta	Suficiente		Nivel operativo**
			Sí	No	Sí	No		Sí	No	

* Adecuado o inadecuado

** Óptimo, regular o deficiente

Observaciones _____

2. Rampas **Sí ()** **No ()**

Bloque	N° de pisos	Comportamiento *	Señalización		Iluminación		Zona de fin de ruta	Suficiente		Nivel operativo**
			Sí	No	Sí	No		Sí	No	

* Adecuado o inadecuado

** Óptimo, regular o deficiente

Observaciones _____

3. Ascensores **Sí ()** **No ()**

Ubicación	N° de pisos	Capacidad (Pasajeros o kilos)	Transporte de camas		Sistema eléctrico de emergencia		Estado de funcionamiento*
			Sí	No	Sí	No	

* Óptimo, regular o deficiente

Observaciones _____

4. Otras vías de evacuación

Posibilidades de evacuación por el exterior (autoescalas, bomberos, etc.)

Bloque	Tipo	Condición			
		Buena	Limitada	Peligrosa	Ninguna

Observaciones _____

5. Evacuación por helicóptero desde la terraza

Bloque	Condición			
	Buena	Limitada	Peligrosa	Ninguna

Observaciones _____

Sistema de detección, alarma y combate de incendios

1. Sistema de detección Sí () No ()

Ubicación	Uso del sector	Ambientes protegidos	Tipo de sistema	Circuito eléctrico de emergencia		Estado de funcionamiento *
				Sí	No	

* Óptimo, regular o deficiente

Describir pruebas y mantenimiento _____

2. Sistema de alarma Sí () No ()

Ubicación	Uso del sector	Ambientes protegidos	Tipo de sistema	Circuito eléctrico de emergencia		Estado de funcionamiento *
				Sí	No	

* Óptimo, regular o eficiente

Describir pruebas y mantenimiento _____

3. Hidrantes interiores Sí () No ()

Válvula, manguera y pitón acoplado al hidrante Sí () No ()

Ubicación	Tipo	Cobertura adecuada		Presión adecuada		Conexión exterior		Estado de funcionamiento *	Personal entrenado	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No		Sí	No

* Óptimo, regular o deficiente

Describir pruebas y mantenimiento _____

4. Rociadores automáticos Sí () No ()

Ubicación	Tipo	Cobertura adecuada		Presión adecuada		Conexión exterior		Estado de funcionamiento *	Personal entrenado	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No		Sí	No

* Óptimo, regular o deficiente

Describir pruebas y mantenimiento _____

5. Extintores portátiles

Bloque	Tipo	Número	Cobertura adecuada		Estado de funcionamiento*	Personal entrenado
			Sí	No		

* Óptimo, regular o deficiente

Describir pruebas y mantenimiento _____

6. Sistemas fijos Sí () No ()

Describir _____

7. Otros sistemas Sí () No ()

Describir _____

8. Señalización de equipos contraincendios Sí () No ()

9. Apoyo de cuerpo de bomberos Sí () No ()

Describir _____

10. Sistema de seguridad contra contaminantes químicos, tóxicos y radioactivos.

Sí () No ()

Describir características

11. Plantas de productos químicos, depósito de combustibles y/o explosivos, ubicados en el perímetro del hospital y que configuren amenaza.

Describir características

12. Otras amenazas (sismo, inundación, huayco, erupción volcánica, accidentes del transporte masivo de pasajeros, etc.).

Sí () No ()

Describir las amenazas

13. Otras medidas de seguridad.

Describir

14. Accesibilidad y espacios libres alrededor del hospital

¿Cuenta el hospital con terrenos cercanos amplios y despejados en su cercanía donde podrían ubicarse hospitales de campaña y/o servicios de emergencia?

Sí () No ()

Incluir áreas utilizadas para estacionamiento de vehículos, áreas verdes, etc.

Área	Ubicación	Superficie m ²

Servicios básicos y sistemas alternos para casos de emergencia

1. Electricidad

Si posee planta de generación de electricidad, indique

a. Tipo de planta _____

b. Capacidad (Kv) _____

c. Combustible que utiliza _____

d. Capacidad de almacenamiento de combustible _____

Horas de autonomía _____

e. Indique si la alimentación por parte de la compañía de electricidad es un circuito independiente o un circuito que sirve a varios usuarios

Independiente () A varios usuarios ()

f. Indique la tensión (voltios) del suministro _____

g. Indique la identificación y localización de la subestación eléctrica que alimenta al hospital

h. Indique tres subestaciones de la compañía de electricidad más cercanas que podrían alimentar al hospital por líneas especiales en caso de emergencia

• Subestación _____ Dirección _____

• Subestación _____ Dirección _____

• Subestación _____ Dirección _____

- i. Consumo hospitalario promedio de corriente eléctrica _____ kv/día.
- j. ¿Tiene la infraestructura física del hospital la posibilidad de alimentar con energía ciertas áreas de manera independiente? Sí () No ()

Si la respuesta es afirmativa, indique las áreas o servicios beneficiarios

- Servicio de emergencia Sí () No ()
- Centro quirúrgico Sí () No ()
- UCI Sí () No ()
- Laboratorio Sí () No ()
- Central de esterilización Sí () No ()
- Rayos X Sí () No ()
- Ascensores Sí () No ()
- Cocina Sí () No ()
- Sistema de bombeo Sí () No ()
- Otros

- k. Indique los sistemas de alumbrado de emergencia (linternas portátiles, lámparas fijas, etc.)

- Área _____ Sistema _____
- Área _____ Sistema _____
- Área _____ Sistema _____
- Área _____ Sistema _____
- Área _____ Sistema _____
- Área _____ Sistema _____
- Área _____ Sistema _____
- Área _____ Sistema _____
- Área _____ Sistema _____

- l. Se dispone de planos actualizados del sistema eléctrico Sí () No ()

2. Agua potable

1. Fuente de suministro _____
2. Consumo mensual promedio (m³) _____
3. Capacidad de almacenamiento (litros o m³) _____

4. Duración estimada (horas) _____
5. Dimensión de las tuberías de aducción
- a. _____
- b. _____
- c. _____
6. Sistema de distribución interno _____
- _____
7. En caso de emergencia, ¿cuál sería la forma más eficaz para abastecer de agua al hospital?
- _____
- _____
8. Se dispone de planos actualizados de las instalaciones de agua
- Sí () No ()

Desagües, drenajes y desechos sólidos

1. Sistema de desagüe

- a. Describa el sistema _____
- _____
- b. Sistema alternativo Sí () No ()
- Describir _____
- _____

2. Sistema de drenaje

- a. Describa el sistema _____
- _____
- b. Sistema alternativo Sí () No ()
- Describir _____
- _____

3. Sistema de disposición de desechos sólidos

- a. Describa el sistema _____
- _____

b. Sistema alternativo Sí () No ()

Describir _____

Combustible

Combustible	Reserva (gl)	Duración (horas)
Gasolina		
Diesel		
Kerosene		
Gas		
Otros		

Comentarios finales

FASCÍCULO C

SERVICIO DE NUTRICIÓN

Alimentación

1. Depósitos y refrigeradores
Indique las características y capacidades (pies o metros cúbicos) de cada una
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____
 - d. _____
 - e. _____

2. Duración estimada de las reservas de alimentos
 - a. Alimentos perdurables _____ días.
 - b. Alimentos no perdurables _____ días.

3. Lugares y almacenes en zonas vecinas donde el hospital puede abastecerse en situaciones de emergencia
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____
 - d. _____
 - e. _____

4. Capacidad hospitalaria para alimentar al personal voluntario que apoye las acciones de emergencia
N° de personas _____ N° de días _____

Comentarios

FASCÍCULO D

SERVICIO DE FARMACIA

Medicamentos y suministros

1. Existe reserva permanente de suministros necesarios para uso de emergencia masiva

Sí () No ()

En caso negativo, cuáles son los medicamentos y equipos más escasos

- Sueros ()
- Equipo de venoclisis ()
- Anestésicos ()
- Antibióticos ()
- Equipos de sutura ()
- Vendas y esparadrapos ()
- férulas ()
- Guantes desechables ()
- Sondas ()
- Soluciones antisépticas ()
- Otros _____ ()
- _____ ()
- _____ ()

2. Duración estimada de la reserva en días _____

3. Existe listado básico Sí () No ()

De ser positivo, incluir copia.

4. Indicar los almacenes comerciales y farmacias en zonas cercanas al hospital en donde se puedan adquirir los suministros para casos de emergencias

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

5. ¿Se han establecido las prioridades de evacuación de medicamentos y suministros, de ser necesario?

Sí ()

No ()

Comentarios

FASCÍCULO E

CENTRO QUIRÚRGICO

Recursos técnicos

Indique las características, cantidad y capacidad de los recursos técnicos disponibles

1. Instrumental quirúrgico

Indique especialidad, características y cantidad de instrumental quirúrgico disponible

- a. Cajas disponibles _____
- b. Cajas de traumatología _____
- c. Cajas de neurología _____
- d. Cajas de laparotomía _____
- e. Cajas para vesículas _____
- f. Cajas ginecológicas _____
- g. Cajas de traqueotomía _____
- h. Cajas equipo de venodisección _____
- i. Cajas equipo de resucitación _____
- j. Cajas _____
- k. Cajas _____
- l. Cajas _____
- m. Cajas _____
- n. Cajas _____

2. Sistema de esterilización

Indique respecto a cada de estos equipos

- a. Tipo _____
Capacidad _____
Fuentes de energía _____
- b. Tipo _____
Capacidad _____
Fuentes de energía _____

c. Tipo _____
Capacidad _____
Fuentes de energía _____

d. Número total de equipos de esterilización _____
Capacidad total _____

3. Material disponible

- Botas _____
- Sábanas _____
- Mascarillas _____
- Guantes
 - Desechables _____
 - Reutilizables _____

4. Indique para cuántas operaciones hay material disponible

FASCÍCULO F

SERVICIO DE RADIOLOGÍA

Equipos de rayos X (indique tipo y características)

a. **Equipo** Fijo () Portátil ()
Tipo _____
Características _____

b. **Equipo** Fijo () Portátil ()
Tipo _____
Características _____

c. **Equipo** Fijo () Portátil ()
Tipo _____
Características _____

d. **Equipo** Fijo () Portátil ()
Tipo _____
Características _____

Otros equipos

Indique, respecto a cualquier otro equipo disponible

Nombre _____
Tipo _____
Características _____

Nombre _____
Tipo _____
Características _____

Nombre _____
Tipo _____
Características _____

FASCÍCULO G

BANCO DE SANGRE

Si se posee banco de sangre, indique

- a. Capacidad _____ litros.
- b. Reserva promedio _____ litros.
- c. Número de donantes asociados _____
- d. En cada bolsa de sangre se llevan a cabo pruebas de laboratorio para detectar la presencia de
 - Hepatitis B Sí () No ()
 - Sida Sí () No ()
 - Otras enfermedades transmisibles por vía parenteral Sí () No ()
- e. Disponibilidad de equipo de extracción, almacenamiento (bolsas) y transfusión de sangre

- f. Existe listado de donantes debidamente tipificados de acuerdo a su grupo sanguíneo
Sí () No ()
- g. Existen tipificaciones para prioridades de evacuación en caso de necesidad de evacuar el ambiente
Sí () No ()

Comentarios

FASCÍCULO H

SERVICIO DE LABORATORIO

1. Indique la capacidad máxima de análisis corrientes hematológicos y bioquímicos al día

- Hematológicos _____
- Bioquímicos _____

2. Indique sus reservas habituales en reactivos para análisis usuales de emergencia en días

Emergencia en días _____

3. Indique el número de equipos de laboratorio portátiles que podrían implementarse en análisis de rutina

_____ equipos

4. Indique si están establecidas las prioridades de evacuación de equipos y materiales en caso de necesidad de evacuar el ambiente

Sí () No ()

5. Indique si los reactivos e instrumentos están debidamente protegidos para no deteriorarse en caso de movimiento sísmico u otros problemas

Sí () No ()

Comentarios

FASCÍCULO I

RECURSOS HUMANOS

Personal médico

Especialidad	Nombrados	Contratados	S.N.P.	Destacados	Total

Turno del personal de servicio por día, solicitando a cada servicio el rol de guardia de uno o dos meses anteriores

Especialidad	Servicio	Número	Observaciones

Personal de mantenimiento, servicios generales y transporte

Especialidad	Nombrados	Contratados	S.N.P.	Destacados	Total

Turno del personal de servicio por día, solicitando a cada servicio el rol de guardia de uno o dos meses anteriores

Especialidad	Servicio	Número	Observaciones

Personal administrativo

Especialidad	Nombrados	Contratados	S.N.P.	Destacados	Total

Importante Adjuntar directorio actualizado del personal hospitalario.

FASCÍCULO J

SERVICIO DE TRANSPORTE

Transporte intrahospitalario

- a. Camillas rodantes N° _____
- b. Camillas portátiles N° _____
- c. Sillas de ruedas N° _____
- d. _____ N° _____
- e. _____ N° _____

Vehículos

- a. Ambulancias

Marca	Año	Carrocería	Estado	Equipamiento

- b. Otros vehículos

Tipo	Marca	Año	Estado	Observaciones

Facilidades de acceso y movilización

- a. Si existe un helipuerto cercano a las instalaciones, indique

Situación geográfica _____

Distancia a las instalaciones _____

- b. Si existe un helipuerto cercano a las instalaciones, indique

Situación geográfica _____

Distancia a las instalaciones _____

Características _____

- c. Indique las principales y mejores vías de acceso a las instalaciones

FASCÍCULO L

SERVICIO DE EMERGENCIA

1. ¿Existe el comité hospitalario de defensa civil? Sí () No ()
¿Está operativo este comité? Sí () No ()

Si la respuesta es positiva, adjunte copia del documento de constitución.

2. ¿Se cuenta con un plan de respuesta hospitalario para emergencias y desastres?
Sí () No () Si es positivo la respuesta, adjunte el plan.

a. El plan ha sido distribuido a todos los niveles y tiene amplia difusión.

Sí () No ()

b. El personal está familiarizado con el plan Sí () No ()

Categorías de personal familiarizado con el plan

- Personal asistencial profesional Sí () No ()
- Personal asistencial técnico Sí () No ()
- Personal administrativo Sí () No ()
- Empleados y obreros Sí () No ()

c. El plan se ha puesto en práctica Sí () No ()

Señale las fechas _____

d. Existen tarjetas de acción para que el personal desarrolle roles específicos en caso de emergencias y desastres

Sí () No ()

Indique el número de veces que se adiestró al personal en los dos últimos años

Departamento o servicio de emergencia

1. Describa sus vías de acceso

2. Tiene señales claras para el público Sí () No ()

3. Existen procedimientos de admisión, observación y derivación Sí () No ()

4. Capacidad de atención del servicio en 24 horas _____

Mencione las enfermedades por orden de frecuencia

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

5. Funcionamiento del servicio

a. Horario de atención _____

b. Número de ambientes _____

Describa

c. Su ubicación es adecuada Sí () No ()

d. Personal del servicio

- Médicos _____
- Enfermeras _____
- Técnicos _____
- Auxiliares _____
- _____
- _____

e. El servicio recibe internos de medicina Sí () No ()

Tipo de supervisión o asesoría que reciben

f. El servicio recibe residentes de medicina Sí () No ()

Tipo de supervisión o asesoría que reciben

6. Personal que ha recibido entrenamiento en primeros auxilios

a. Choferes Sí () No ()

b. Camilleros Sí () No ()

c. Auxiliares de enfermería Sí () No ()

7. Número de quirófanos funcionales _____

8. Describa la complejidad de los servicios prestados por el servicio

9. El equipamiento existente es suficiente y adecuado para satisfacer la complejidad de servicios que se ofrece

Sí () No ()

10. Capacidad de la unidad de cuidados intensivos

11. Existe comunicación telefónica o radial con el personal del hospital

a. Personal asistencial Sí () No ()

b. Ambulancias Sí () No ()

c. Otros Sí () No ()

12. Existen procedimientos propios para situaciones de emergencias y desastres
Sí () No ()
13. Tiene servicios propios de
- a. Laboratorio Sí () No ()
- b. Rayos X Sí () No ()
14. Es adecuado el sistema de registro médico Sí () No ()
15. Se tiene un sistema independiente de suministros y medicamentos de emergencia
Sí () No ()
16. Se tiene un centro de información para el público Sí () No ()
17. Se tiene un sistema de transporte propio Sí () No ()
18. Se cuenta con personal de seguridad Sí () No ()
19. Existen indicaciones precisas de acordonamiento de seguridad en caso de emergencias masivas o desastres
Sí () No ()
20. Existe un botiquín de emergencia Sí () No ()
21. Se disponen de salas de observación Sí () No ()
22. Se lleva un registro de emergencias Sí () No ()
23. Se tiene autonomía para la hospitalización de pacientes Sí () No ()
24. Se elabora una historia clínica en el servicio Sí () No ()
25. Se tiene materiales para exámenes anatomopatológicos Sí () No ()
26. Se cuenta con personal entrenado para triage Sí () No ()
27. Se tiene sistema de claves para la respuesta Sí () No ()

Indique las claves utilizadas

Estas claves son de conocimiento amplio del personal Sí () No ()

FASCÍCULO M

ANATOMÍA PATOLÓGICA

1. Se cuenta con cámaras frigoríficas Sí () No ()

2. Se tienen fundas plásticas de polietileno Sí () No ()

2. Se dispone de materiales para exámenes anatomopatológicos
Sí () No ()

3. Se han designado áreas para recepción masiva de cadáveres
Sí () No ()

Comentario
