

Unidad 4: Evacuación de Áreas Críticas

Tema 3: Rutas de evacuación

Cuando se ha decidido la evacuación de un Área Crítica, uno de los principales requisitos, es tener bien identificadas cuáles son las Rutas de Evacuación, las cuales se definen como los corredores, puertas, vías, escaleras, caminos, áreas de circulación, etc. que siendo previamente identificadas como seguras permiten a las personas desplazarse para evadir un agente de riesgo.

Es el camino o ruta diseñada específicamente para que pacientes, trabajadores, empleados y público en general evacúen las instalaciones en el menor tiempo posible y con las máximas garantías de seguridad.

El haber reconocido ampliamente las instalaciones y las áreas circundantes, así como a la población, número de brigadistas, etc., da elementos suficientes para definir las posibles salidas y rutas de escape ante cualquier eventualidad que requiera el desalojo de las Áreas Críticas.

Las rutas una vez establecidas, deben ser plenamente identificadas, mediante la señalización correspondiente y a ésta debe dársele mantenimiento permanente, con la finalidad de que sean fácilmente identificadas con una información clara y específica, de tal manera que se eviten confusiones en el momento de evacuación y de esta manera se haga más eficiente el limitar los daños.

NORMAS DE TRANSITO PARA LA EVACUACION:

Este punto se refiere a la determinación de las normas que deben adoptarse para transitar con seguridad y fluidez por las rutas de evacuación durante el proceso de desalojo, poniendo especial atención en la coordinación de los tiempos para el uso de las escaleras entre piso y piso del inmueble.

La coordinación de los tiempos se refiere básicamente a la estimación del lapso que requiere cada Área Crítica para evacuarse, así como el orden en que habrá de realizarse el desalojo.

- Tradicionalmente cualquier ruta de evacuación debe tomar un máximo de 3 minutos (desde un área de trabajo hasta el Punto de reunión o hasta la puerta de emergencia)
- La distancia ideal desde cualquier lugar hasta la salida de emergencia deberá ser no mayor de 30 metros más de 100 mts. se considera de riesgo.
- Es necesario que las rutas de evacuación sean adecuadas para la cantidad de personas que trabajan en cada lugar.
- En todo su recorrido debe señalizarse las paredes con flechas pintadas de blanco con fondo verde a la altura tura de los ojos

Debajo o dentro de cada flecha estará escrita la palabra "SALIDA DE EMERGENCIA", O RUTA DE EVACUACION.



OBSTACULOS DE LAS SALIDAS DE EMERGENCIA.

- a) Las escaleras o pendientes hacia abajo incrementan la velocidad,
mientras las que son hacia arriba reducen la velocidad.
- b) Las curvas causan aglomeración de personas y contribuyen a demeritar el éxito de la evacuación.
- c) Los pasillos angostos causan desesperación y angustia provocando actitudes como gritos y llanto.
- d) Las áreas abiertas contribuyen a crear competencia y por lo general no se respetan las rutas establecidas, sino que se busca llegar de la manera que se cree más fácil.

Puertas y Ventanas .

- a) Deben abrirse hacia fuera.
- b) En horas de permanencia del personal en la instalación estarán cerradas pero sin llaves ni seguros.
- c) Cuidar permanentemente que no estén bloqueadas por cualquier objeto.
- d) Las puertas clausuradas, accesos cerrados, escaleras defectuosas y otros puntos críticos deben ser claramente señalados.
- e) Se deben establecer caminos confiables para que los ocupantes puedan desplazarse a un sitio seguro.

Las Rutas de Evacuación deben ser:

- Cortas
- Seguras
- Reconocibles
- Sin obstrucciones

Sistemas de Alarma

Todas las instalaciones de Áreas Críticas deben estar dotadas de un sistema de alarma, el cual deberá activarse oportunamente para alertar al personal que labora dentro de la misma y se tomen las medidas necesarias para una eventual evacuación

De no contar con un sistema especial pueden hacerse adaptaciones con timbres, silbatos, etc., todo el personal debe estar familiarizado con el tipo de alarma así como su significado

Las rutas de evacuación pueden ser de dos tipos.

a) Principales: Serán aquellas rutas en razón a sus características (ancho y capacidad de salida, baja vulnerabilidad, breve distancia a recorrer y estado funcional) que se utilizarán en primera instancia para conducir la evacuación.

1. Amplias. Que permitan el paso de pacientes en camillas así como de equipo medico como bombas de infusión, ventiladores, etc.
2. Baja vulnerabilidad. Deben seleccionarse aquellas que no representen un riesgo adicional al movilizar a los pacientes. Considerar las características de infraestructura, instalaciones eléctricas, ventanas, o mobiliario ubicado en el trayecto.
3. Breve distancia a recorrer.
4. Estado Funcional.

- Alternas: Son rutas que siendo adecuadas, sus características no nos permiten utilizarlas como primera opción, pero que se podrán utilizar cuando una o varias rutas principales se encuentren bloqueadas.

Zonas de Seguridad.

Cuando se decide evacuar un hospital no necesariamente significa que los pacientes y personal deben pasarse a la calle o zonas aledañas; previamente las unidades deben considerar las necesidades a las que se enfrentarán en caso de requerir evacuar la unidad médica y en especial a los de las unidades de terapia intensiva.

El equipo médico debe establecer las posibles zonas de seguridad, las cuales se definen como áreas amplias y seguras, elegidas con anterioridad destinadas para la llegada y recepción de los pacientes, familiares y personal de la Institución que efectuaron la evacuación de un área o del hospital completo.

Pueden ser internas a la unidad o externas a ésta.

En unidades hospitalarias, las zonas de seguridad o puntos de encuentro deben contar con una infraestructura y logística básica que permita albergar por un tiempo prudente a los pacientes desalojados.

El personal adscrito a la unidad crítica será el responsable de continuar la atención de los pacientes que se encuentren en la *zona de seguridad* ante la necesidad de evacuación.

En caso de establecer áreas de expansión, los médicos de otras especialidades participarán activamente en el manejo de pacientes, dejando al personal de UTI disponibles para los casos nuevos.

Características de las Zonas de Seguridad Internas.

La zona de seguridad interna es donde están los elementos estructurales que permiten evitar el colapso de las áreas que los contienen; como por ejemplo: los lugares cercanos a columnas o muros de contención, la estructura alrededor de elevadores, o en lugares con contravientos. En esta zona se realizará el repliegue, preferentemente, de las personas en el momento del evento.



- a) No estar a la intemperie.
- b) Contar con suministro temporal de agua y energía eléctrica, gases medicinas.
- c) Accesible pero en zona segura.
- d) Accesos y salidas amplias.
- e) Que sea conocida por todo el personal de la Unidad.
- f) Proporcionar el mayor confort posible.
- g) Tratar en lo posible de mantener la privacidad del paciente.

Es importante que se consideren las siguientes adecuaciones en la zona de seguridad o el área de expansión por paciente:

1. 4 tomas de corriente por paciente por cubículo.
2. 1 toma de aire (presión positiva/negativa) por cubículo.
3. 1 toma de oxígeno por cubículo.
4. Iluminación adecuada por cubículo.
5. Agua.
6. Drenaje.
7. Medidas que permitan el aislamiento



Zonas de Seguridad Externas.

Se caracterizan por ser abiertas, lejanas de los edificios elevados para evitar la caída de materiales que puedan desprenderse, y de las amenazas internas inherentes a un hospital (casa de máquinas, depósitos de combustible o gases medicinales, entre otros) y de las amenazas externas (transformadores, cables eléctricos, ductos de gas natural o de Petróleos Mexicanos).



Taller-Simulacro Evacuación de Unidades Hospitalarias con énfasis en áreas críticas

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Dirección de Prestaciones Médicas



**** No es adecuada para alojar pacientes
de Áreas Críticas.**

En todo caso, es importante considerar el apoyo de otras unidades médicas, de igual o mayor nivel de complejidad, en los alrededores que no se encuentren afectadas por el fenómeno y que sí cuenten con la capacidad de establecer áreas de expansión para éste tipo de pacientes o utilizar sus instalaciones naturales. Estas Unidades de apoyo deberán identificarse previamente así como el acuerdo correspondiente entre las autoridades de las mismas, y el personal a cargo de la Evacuación deberá tener presente esta información.

Rutas de Evacuación

Son los corredores, puertas, vías, escaleras, caminos, áreas de circulación, etc., que siendo previamente identificadas como seguras, permiten a las personas desplazarse para evadir un agente de riesgo que se ha activado.

Principales:

Serán aquellas rutas en razón de sus características (ancho y capacidad de salida, baja vulnerabilidad, conocidas por la mayor parte del personal, breve distancia a recorrer y estado funcional) que se utilizarán en primera instancia para conducir la evacuación.

Alternas:

Son rutas que, siendo adecuadas, sus características no nos permiten utilizarlas como primera alternativa, pero que se podrán utilizar cuando una o varias rutas principales se encuentren bloqueadas o sus condiciones no sean aptas para el tránsito de personas en caso de evacuación.

Zonas de seguridad

Son áreas amplias y seguras, elegidas con anterioridad, destinadas para la llegada y recepción de los pacientes, familiares y personal de la institución que efectuaron la evacuación de un área o del hospital completo. Pueden ser internas a la unidad o externas a ésta

Zonas de Seguridad en una Unidad Hospitalaria:



O llamados también puntos de encuentro, los cuales deben contar con una infraestructura y logística básica que permita albergar por un tiempo prudente a los pacientes desalojados. Éstas deberán reunir las siguientes **características**:

- No estar a la intemperie.
- Contar con disposición temporal previa de agua y energía eléctrica, gases medicinales, entre otros.
- Facilidades de expansión de acuerdo con necesidades.
- Zona accesible a la mayoría de los servicios clínicos
- Proporcionar el mayor confort posible.
- Mantener en lo posible, la privacidad de los pacientes.
- Facilidades de acceso y salida de pacientes.
- Que sea conocida por todo el personal



EL PERSONAL EN LA ZONA DE SEGURIDAD

Sin lugar a dudas, el personal adscrito a la unidad crítica será el principal responsable de continuar la atención de los pacientes que se encuentren en la *zona de seguridad* ante la necesidad de evacuación. Las unidades críticas que se reunirán en dicha zona se desplazarán con el 100% de su personal.

En el caso en el que se requiriera la expansión del servicio se requerirá la participación de otros médicos capaces de continuar el manejo y vigilancia de los pacientes; para esto, es importante considerar las especialidades médicas o quirúrgicas afines al manejo del paciente.

- Cada especialidad médica o quirúrgica del hospital deberá designar a los médicos que deberán “acompañar” el desalojo de las Áreas Críticas. El número de médicos dependerá evidentemente del número de pacientes a desalojar.
- El personal de enfermería, laboratorio, inhaloterapia, camillería, servicios básicos, asistentes médicas y trabajadoras sociales participarán de manera importante en la implementación y el desplazamiento de pacientes y su manejo en las áreas.
- En las situaciones en donde se requiera establecer una *zona de seguridad* se sugiere que los médicos de otras especialidades se mantengan a disposición de los médicos de las Áreas Críticas, de tal forma que puedan manejarse problemas médicos de forma inmediata.

EL MOMENTO DE INICIAR LA RECEPCIÓN DE PACIENTES

En el caso de establecer áreas de expansión, los médicos de otras especialidades participarán activamente en el manejo de pacientes, dejando al personal de urgencias y terapia intensiva disponible para continuar el manejo de los “casos nuevos” que requieran del manejo en las instalaciones naturales de la terapia

La *zona de seguridad* o el área de expansión requieren cumplir con algunos requisitos mínimos para iniciar la recepción de pacientes.

El encargado de coordinar y validar que la *zona de seguridad* se encuentra en condiciones para iniciar la movilización de pacientes será designado por el Jefe de Servicio o el responsable del turno. Se sugiere fuertemente que sea considerada la Jefe de Enfermeras de urgencias y terapia intensiva como las responsables de realizar ésta labor, dada la experiencia que tiene en la preparación de cubículos para ingresar paciente; en su caso, podrá ser la enfermera con mayor experiencia del servicio.

Dado que en dicha zona se *encontrarán* varias unidades críticas (urgencias, quirófanos, cuidados intermedios, unidades de trasplante renal, entre otros), la responsabilidad para la implementación o adecuación de cubículos se compartirá entre los designados de cada servicio (en su caso, las Jefes de Enfermería) quienes podrán iniciar de manera independiente la recepción de pacientes.

El momento en el que se inicie la recepción de pacientes en la *zona de seguridad* dependerá de cada tipo de terapia que se considere evacuar.

En el caso de las UCI's generales, consideramos recomendable iniciar la *aceptación* de pacientes en el momento en el que se tenga al menos el 50% de las líneas vitales requeridas para iniciar la Ventilación Mecánica Asistida, fundamentalmente tomas de corriente eléctrica, oxígeno y aire; considerando que existirán pacientes que no requieran manejo con ventilación mecánica asistida y que el monitoreo o el uso de bombas de infusión u otros electromédicos pueda sustituirse por procedimientos manuales, por lo que la movilización podría iniciar en el momento en el que el cubículo básico se encuentre implementado.

En todo caso, la velocidad de implementación de la zona de seguridad o del área de expansión, irá dando la pauta para la movilización de pacientes desde las unidades críticas al área designada.

LA PREPARACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

Una vez establecida la necesidad de evacuación, el personal de las Áreas Críticas deben iniciar la preparación para la movilización de los pacientes hacia la *zona de seguridad interna*.

El líder del Área Crítica (el Jefe de Servicio o el médico encargado del turno) debe designar al responsable de coordinar y vigilar la implementación de las condiciones de recepción de pacientes en la *zona de seguridad*.

Se debe asegurar que la ruta planeada de evacuación se encuentre útil, o en su caso establecer la ruta alterna por donde se realizaría la movilización.

Es importante establecer también las necesidades de “acompañamiento” durante el traslado; identificar cuantos y qué tipo de personal del equipo multidisciplinario deberá apoyar el traslado y establecer los roles específicos para poder iniciar la movilización. Se debe hacer un recuento de personal y determinar si se contará con apoyo externo a la movilización o si dependerá del personal propio de la UCI; esto permitirá determinar la estrategia de evacuación.

Por otra parte, se debe garantizar la *mayor* estabilidad y las mejores condiciones posibles de los pacientes para iniciar su movilización.

Prioridades en la evacuación de pacientes

Se evacuará siempre primero a los enfermos y familiares, y luego los bienes materiales, comenzando por la documentación, los materiales y medicamentos que puedan ser necesarios para continuar la atención médica a los pacientes, y, después, los materiales que puedan contribuir a agravar el siniestro



Análisis retrospectivos de hospitales que han implementado procedimientos de evacuación, independientemente de que ésta estuviera o no justificada, han demostrado que poco más del 85% de los pacientes hospitalizados en el momento del impacto del fenómeno destructivo pueden desalojar el hospital por sí mismos o con mínima ayuda y casi un 10% son completamente dependientes, por lo que requieren auxilio de los rescatadores, ya sea con soporte de vida o sin él.