

# Alerta De Seguridad

De la Asociación Internacional de Contratistas de Perforación

---

ALERTA 14– 11

## FALTA DE COMUNICACIÓN RESULTA EN FATALIDAD

### QUÉ SUCEDIÓ:

Un Mecánico sufrió una lesión fatal mientras reparaba el ensamble de llave de tuberías automáticas (parte integral de la Máquina para Manejar Tuberías – o PHM, del Inglés “Pipe Handling Machine”) en el piso de perforación.

La operación que se realizaba en el momento era el desarmado y recostado del ensamble del Preventor de Reventones de pruebas, cuando reventó una manguera hidráulica en el ensamble de llave de tuberías automática. Se tomó la decisión de continuar recostando la tubería utilizando una llave manual con los brazos de estiba superior e inferior del PHM. Se informó al Mecánico y éste llegó al Piso de Perforación por medio de la escalera de acceso sin restricciones (“verde”).

El Mecánico identificó la manguera rota e informó al Perforador que iba a verificar si tenía el repuesto. El Perforador le informó al Mecánico que la cuadrilla continuaría recostando la tubería y que estarían utilizando la PHM.

El Mecánico abandonó el Piso de Perforación y regresó utilizando la escalera del lado de babor de acceso restringido y se dirigió a la parte posterior de de la PHM. La señalización en la escalera del lado de babor y en la puerta de acceso detrás de la PHM requiere que el Perforador sea notificado antes de ingresar al piso de perforación o al área por detrás del ensamble de llave de tuberías automática. Nadie vio llegar al Mecánico al piso de perforación y éste no anunció su llegada.

El ensamble de llave de tuberías automática estaba en modo “single” y en esta posición el carro interno del ensamble se halla extendido fuera del armazón del ensamble dejando un espacio de 16 pulgadas (41 cm) entre el ensamble y la cubierta posterior de acceso. El Mecánico se subió a las barras parachoques posteriores de la PHM e ingresó al espacio de 16 pulgadas (41 cm) entre el carro interno del ensamble y la cubierta posterior de acceso.

El Asistente del Perforador cambió la PHM al modo “normal” (que causa el retroceso del carro interior del ensamble de llave de tuberías automática hacia el interior del armazón del ensamble) y luego activó la PHM para que girara hacia el área de estiba posterior para recoger un haz de tubería.

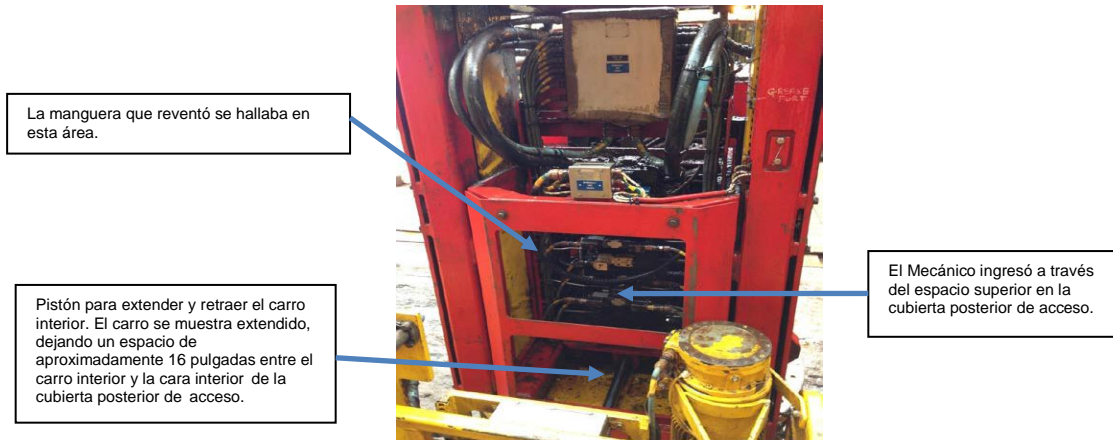
El Asistente del Perforador miró en la dirección de la PHM y el ensamble de llave de tuberías automática y observó un overol de trabajo de color rojo en la parte posterior del ensamble de llave de tuberías automática e inmediatamente detuvo la PHM. Al mismo tiempo, la cuadrilla de perforación gritó que había alguien atrapado en el ensamble de llave de tuberías automática. El Perforador salió de su cabina y se dio cuenta que el Mecánico había quedado atrapado en el ensamble de llave de tuberías automática. Sus lesiones fueron fatales.

---

**Las Acciones Correctivas indicadas en este Alerta son las acciones de una compañía para resolver el incidente y no reflejan necesariamente la postura de la IADC o el Comité de HS & E del IADC.**



Ensamble de llave de tuberías automática – Carro Interno Extendido.



La manguera que reventó se hallaba en esta área.

Pistón para extender y retraer el carro interior. El carro se muestra extendido, dejando un espacio de aproximadamente 16 pulgadas entre el carro interior y la cara interior de la cubierta posterior de acceso.

El Mecánico ingresó a través del espacio superior en la cubierta posterior de acceso.

Parte posterior del ensamble de llave de tuberías automática – Carro Interno Extendido.

## QUÉ LO CAUSÓ:

- Comunicación Inadecuada – El Mecánico regresó al área de trabajo por medio de un acceso restringido y comenzó un trabajo en el ensamble de la llave de tubería automática sin informar al Perforador o a la cuadrilla de perforación, aún cuando a él se le había informado que se requería el uso de la PHM para las operaciones.
- Incumplimiento rutinario de los Requerimientos de Aislamiento de Energía – se trabajaba de manera rutinaria sobre los equipos hidráulicos del piso de perforación sin realizar un aislamiento efectivo.

## ACCIÓN CORRECTIVA: Para evitar este tipo de incidentes, esta compañía hizo lo siguiente:

- Mejoró el Proceso de Control de Trabajos
- Reforzó la restricción de los accesos, todo el personal debe pasar por la Caseta del Perforador antes de ingresar al Piso de Perforación
- Repasó todos los Procedimientos específicos a las Plataformas de Perforación para la operación remota de equipos
- Colocó señalización indicando “Este Equipo Puede Ser Operado Remotamente”
  - Instaló pantallas de metal expandido en los puntos de acceso posterior y lateral para el ensamble de la llave de tuberías automática
  - Instaló una barrera retráctil para restringir el acceso entre el ensamble de la llave de tuberías automática y los pasamanos existentes
- Comunicó de forma clara que el cumplimiento con los requerimientos supera todas las “presiones operativas”
- Coordinó con el Fabricante de los Equipos en cuanto a la instalación de protectores

**Las Acciones Correctivas indicadas en este Alerta son las acciones de una compañía para resolver el incidente y no reflejan necesariamente la postura de la IADC o el Comité de HS & E del IADC.**