



TÍTULO

PLAN DE EMERGENCIAS EXTERNAS CAPACIDAD DE RESPUESTA DE UN HOSPITAL COMARCAL ANTE UN INCIDENTE DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS

AUTORA

María José Descalzo Pulido

Esta edición electrónica ha sido realizada en 2014

Director/Tutor	Andrés Bufoñ Galiana
Curso	<i>Curso Experto Universitario en Atención al Trauma Grave (2012/13)</i>
ISBN	978-84-7993-812-3
©	María José Descalzo Pulido
©	De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía
Fecha documento	2014



Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas

Usted es libre de:

- Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.

Bajo las condiciones siguientes:

- **Reconocimiento.** Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciadore (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).
- **No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
- **Sin obras derivadas.** No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

- *Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.*
- *Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.*
- *Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.*

Plan de Emergencias Externas

Capacidad de respuesta de un hospital comarcal ante un incidente de múltiples víctimas

María José Descalzo Pulido

I Experto Universitario en Atención al Trauma Grave

Málaga 2012-2013

Universidad Internacional de Andalucía

Índice

I. Objetivo	2
II. Términos y definiciones	2
III. Descripción	4
IV. Estructura y organización hospitalaria ante la emergencia	4
V. Activación del PEEX	5
VI. Movilización del personal ante una catástrofe externa	7
VII. Ampliación de la disponibilidad de camas	9
VIII. Utilización de áreas y recursos humanos	9
IX. Asistencia a las víctimas	14
X. Centros sanitarios de apoyo	27
XI. Planes de apoyo	27
XII. Resultados	31
XIII. Identificación de oportunidades de mejora	37
XIV. Priorización de oportunidades de mejora	37
XV. Análisis de los problemas detectados	38
XVI. Propuestas de mejora	41
Anexo 1	42

I. Objetivo

El objetivo de todo PLAN DE EMERGENCIAS EXTERNAS (PEEX) es prever la adecuación de los recursos y optimizar los existentes, a la vez que formar y entrenar al personal de la institución ante situaciones de catástrofes externas.

Situaciones de este tipo alteran la capacidad de reacción por lo que el centro debe tener previstas y entrenadas periódicamente una serie de medidas inmediatas, perfectamente coordinadas y lo suficientemente ágiles y comprensibles por su sencillez, para que sean entendidas y desarrolladas por todos los afectados ante una alarma exterior de catástrofe.

Los Objetivos Generales del PEEX son:

- Prevenir o minimizar los efectos de una catástrofe: Atender a las víctimas de una catástrofe ó emergencia externa de múltiples víctimas que lleguen al Hospital, manteniendo su asistencia cotidiana en urgencias.
- Posibilitar la coordinación y Dirección de los servicios, medios y recursos.
- Optimizar los procedimientos de prevención, protección, intervención y rehabilitación.
- Permitir la integración con los Planes de Emergencia de ámbito superior.

Los Objetivos Específicos del PEEX serían:

- Establecer la estructura de mando.
- Definir las fases ó grados de la emergencia.
- Definir procedimientos de activación y operatividad del plan.
- Definir los mecanismos de coordinación con otros planes.
- Definir las actuaciones del personal del centro (hojas individualizadas de instrucciones).
- Proporcionar capacidad de expansión de los distintos servicios.
- Establecer las áreas de asistencia a las víctimas en urgencias.
- Establecer sistemas de admisión e identificación de pacientes.
- Definir los procedimientos para informar al público y medios de comunicación.
- Definir flujos de pacientes en urgencias y de vehículos en el recinto hospitalario.
- Establecer y definir un circuito de ambulancias para traslado de pacientes ingresados a otros hospitales y traslado de pacientes críticos a hospitales de tercer nivel (según protocolo).
- Establecer los procedimientos de apoyo psicológico a víctimas, familiares e intervinientes en la catástrofe.
- Establecer un catálogo de recursos y medios útiles en la emergencia.
- Preservar las condiciones de salud del personal del centro durante la situación de catástrofe y con posterioridad a la misma.
- Establecer un plan de difusión y formación del personal del centro
- Realizar un simulacro por año
- Definir los mecanismos de revisión y actualización del Plan.

II. Términos y definiciones

Los desastres naturales han causado la muerte a casi tres millones de personas en el mundo en los últimos 25 años. El futuro se prevé aún peor por el aumento de la densidad poblacional en áreas geográficas con riesgo de seísmos, inundaciones... y por el mayor riesgo de accidentes industriales en los países desarrollados. A lo que hay que añadir la posibilidad del terrorismo nuclear, biológico, químico...

Las distintas sociedades de Medicina de Emergencias y Catástrofes diferencian tres situaciones:

1. **Accidente con múltiples víctimas:** suceso que produce un número elevado de víctimas pero daños materiales limitados (accidente de tráfico múltiple, accidentes de transporte colectivo), que no desborda la capacidad asistencial de esa zona, pero la somete a prueba durante un corto periodo de tiempo.

2. **Catástrofe:** suceso desgraciado y casi siempre imprevisible, que conlleva la presencia simultánea ó encadenada de gran número de heridos y / ó muertos, con daños materiales lo suficientemente importantes como para desestabilizar la capacidad de los servicios de emergencias regionales, si no se toman antes las medidas que puedan mitigar el problema.

3. **Desastre:** situación de catástrofe en la que los daños personales y materiales son mucho mayores, con destrucción de servicios y del entorno, causando una elevada desproporción entre las necesidades y los recursos disponibles, haciendo necesario la intervención de organizaciones nacionales y / ó internacionales.

Los desastres pueden ser clasificados en naturales y provocados por el hombre.

Los desastres naturales como terremotos, tormentas, inundaciones, avalanchas, riadas, sequías, erupciones volcánicas afectan sobretodo a países en vías de desarrollo al ser éstos más vulnerables. Este tipo de catástrofes son inevitables, pero sus consecuencias negativas podrían paliarse mediante el desarrollo de planes adecuados de actuación precoz.

Los desastres provocados por el hombre como guerras, incendios, explosiones, atentados terroristas, accidentes aéreos ó ferroviarios, escapes de gases, productos químicos y nucleares... afectan principalmente a países desarrollados y son potencialmente evitables mediante la adopción de medidas de seguridad y prevención adecuadas.

En nuestro medio, las catástrofes naturales son menos frecuentes, pero las guerras, inundaciones, atentados y accidentes ocupan desgraciadamente con bastante regularidad los cabeceros de noticiarios y periódicos. En estas situaciones son los Servicios Sanitarios de Emergencias los encargados de dar una respuesta rápida y eficaz para prevenir el mayor número de muertes posibles, mitigar el sufrimiento e imponer cierto orden en una situación caracterizada por el caos y la falta de recursos.

La efectividad de dicha respuesta depende de la capacidad de anticipación a los distintos problemas que puedan plantearse, y para ello es necesario:

1. La creación de **unas guías de actuación** en situación de catástrofe, a nivel prehospitalario y hospitalario.

Desde el punto de vista hospitalario hay que establecer una nueva clasificación que distinga tres situaciones:

a. **Catástrofes internas:** afectan al hospital y comprometen de forma seria su capacidad de funcionamiento; pueden ser incendios, derrumbamientos, cortes de suministro eléctrico, escapes de gases, explosiones, etc.

b. **Catástrofes externas:** como inundaciones, incendios, explosiones, accidentes, atentados, etc.

c. **Catástrofes mixtas:** como terremotos

Deben establecerse por tanto protocolos de actuación para desastres externos e internos, teniendo en cuenta que ambos planes deben poder funcionar a un mismo tiempo; puesto que una catástrofe externa puede afectar también a la infraestructura del hospital.

2. **El trabajo en equipo y por equipos.**

3. La existencia de una **regulación médica**: adecuar la respuesta ante la demanda de asistencia sanitaria urgente desde un Centro Coordinador de Urgencias (061 / 112) que categorice dicha demanda y aplique los procedimientos correspondientes.

En situaciones de catástrofe la clave para la planificación no está en el número de víctimas, sino en la relación entre las necesidades de éstas y la capacidad del sistema sanitario para atenderlas. Recordar que es necesario modificar el procedimiento operativo habitual: en vez de hacer todo lo médicamente posible por un individuo, se deben brindar los mayores beneficios al mayor número de posibles supervivientes.

Por todo lo expuesto anteriormente y centrándonos en el tema que nos compete entendemos que existe una situación de emergencia extrahospitalaria cuando ocurre un suceso, externo al hospital, que provoca una manifiesta desproporción entre las necesidades requeridas y los medios existentes.

III. Descripción

El hospital al que se hace referencia está situado a 5 Km. del casco urbano más cercano. El centro se ubica al mismo borde de la carretera nacional circundante a esta localidad, con vías de acceso y salida en ambos sentidos de la circulación; su localización está indicada con señalización vertical y el propio hospital está identificado suficientemente en sus dos fachadas.

La población asignada es de 226.898 personas (según datos del Contrato Programa para el año 2001), dando cobertura asistencial a toda la zona del distrito.

Cuenta con dos centros de referencia a unos 50 kilómetros de distancia a los que el hospital deriva a sus pacientes en caso de necesidad.

Dispone de una media de 324 camas en funcionamiento y está dotado con capacidad diagnóstica en Radiología y Biotecnología; cuenta con un Servicio de Cuidados Críticos que dispone de 15 camas y 4 Boxes en Observación grave, y 8 camas en la Unidad de Medicina Intensiva; seis quirófanos y una sala de Reanimación posquirúrgica. Existe helipuerto con capacidad de aterrizaje diurno.

En el área de hospitalización de planta, según la época del año, existe un número de camas que no están en servicio y que serán utilizadas en el caso de precisarse una ampliación de urgencia ante una emergencia externa.

IV. Estructura y organización hospitalaria ante la emergencia

La dirección de este plan corresponde al titular de la Dirección/Gerencia hospitalaria. En su ausencia se hará cargo el titular del puesto inmediatamente inferior en la pirámide de mando que se expone a continuación:

El mando máximo se asumirá en el siguiente orden:

- 1º- Director Gerente
- 2º- Subdirector Adjunto a Gerencia
- 3º- Director Médico – Director de Enfermería
- 4º- Jefe de la Guardia
- 5º- Supervisor de Guardia

En el caso de que ninguno de los anteriores pudiese hacerlo, la sucesión en el mando se realizara por la persona con más experiencia en catástrofes que en ese momento se encuentre en el hospital (coordinador de catástrofes ó miembro del equipo coordinador del PEEX).

Para el personal de enfermería y no sanitario, asumirá el mando la persona de cada División que estando presente ostente la mayor jerarquía; en todos los casos, se estará a lo dispuesto por el mando máximo de la emergencia.

V. Activación del PEEX

1. FASES DE EMERGENCIA:

a) PREMERGENCIA:

Ante un riesgo previsible que puede ocasionar una situación de emergencia, se procede por los órganos competentes superiores a la alerta de los Servicios Operativos Municipales y medios provinciales. Si procede la alerta al hospital la realiza el CCU del 061 ó por el CECEM provincial.

b) EMERGENCIA:

En esta fase se activará el PEEX. La activación puede ser externa (CCU del 061 ó CECEM provincial ó interna (cuando el inicio súbito de la emergencia genera afluencia de víctimas al hospital).

El PTE-And (plan territorial de emergencias de Andalucía) distingue tres fases de emergencia:

-Local: se movilizan servicios operativos municipales dirigidos desde el CECOPAL, aunque también pueden intervenir de forma puntual servicios provinciales.

Dependiendo del tipo de emergencia se activarían Planes de Emergencia Hospitalarios

-Provincial: se movilizan Grupos de Acción Provinciales dirigidos desde el CECOP. Dependiendo del tipo de emergencia se activarían los Planes de Emergencia Hospitalarios.

-Regional: activación total de PTE-And

c) FIN DE EMERGENCIA:

Desactivación del dispositivo de respuesta de la emergencia y reactivación de los servicios hospitalarios.

2. ACTIVACION DE LAS FASES POR LOS ORGANISMOS COMPETENTES:

a) FASE DE PREEMERGENCIA:

Ante un riesgo previsible el CECEM de Málaga trasmite el aviso ó alerta a los municipios implicados, a los efectivos provinciales cuya participación pudiera ser necesaria Y AL Sistema Sanitario Público de la provincia si procede según el riesgo. Dentro de éste el CCU del 061 será el encargado de alertar a los hospitales.

b) FASE DE EMERGENCIA:

- Activación externa: la declaración de fase emergencia parte del CECEM provincial que inicia la activación de la planificación y estructura local ó provincial. Si procede lo comunica a la Delegación Provincial de Salud y el CCU del 061 alerta a los hospitales.

- Activación interna: es una situación de emergencia detectada por el hospital, se hará llegar al Director del Plan que decidirá su comunicación al CCU del 061 para su traslado al CECEM y Delegación Provincial de Salud.

3. ACTIVACIÓN DEL PEEX A NIVEL INTRAHOSPITALARIO:

Como vimos anteriormente se activara el PEEEX por el CECEM y/o CCU del 061, ó de forma interna ante una situación de emergencia detectada por el hospital.

Ante cualquier llamada ó aviso sobre la llegada al hospital de un gran número de lesionados, el operador que reciba la llamada tratará de obtener la siguiente información:

- 1) Identidad de la persona que realiza la llamada.
- 2) Teléfono desde el que se llama; por si hay dudas sobre la veracidad del aviso ó se produce un corte en la comunicación.
- 3) Naturaleza y lugar de la catástrofe.
- 4) Posible número de víctimas.
- 5) Disponibilidad de medios de traslado.
- 6) Posible hora de llegada de la primera víctima al centro.
- 7) Recoger, así mismo, toda la información adicional que pueda aportar el informante.

Una vez anotados todos los datos, el operador se encarga de llamar al número de teléfono para confirmar la veracidad de la llamada, mientras que otro operador se encarga de notificar la alarma a la máxima autoridad presente en el hospital.

El PEEEX lo activa la persona de mayor rango presente en el Centro por decisión propia o a instancia del CCU del 061 y/o CECEM, según la estructura de mando establecida con anterioridad, y comunica a la central telefónica la fase de alarma que se activa.

En la central de teléfonos se dejarán dos líneas telefónicas disponibles para realizar las cascadas de llamadas y la movilización de personal de guardia.

a) ALARMA RESTRINGIDA (Nivel 1)

La **alarma restringida es secreta** y afectará sólo al personal de guardia y a los responsables del PEEEX.

Se pondrá en marcha este nivel de alarma en el caso de que los posibles afectados no sean más de **quince (10 a 15)**.

Si el aviso recibido por teléfono no garantiza que el número de víctimas sea **menor de veinte (20)**, se activará la fase de **alarma ampliada**, fase en la que se avisará a los responsables (DAIG) de los distintos servicios y a los/as Supervisores/as de las Unidades, para que dispongan de personal en caso de necesidad.

b) ALARMA AMPLICADA (Nivel 2)

Se pondrá en marcha este nivel de alarma en el caso de que los posibles afectados sean entre **quince y cincuenta (15 a 50)**

c) ALARMA GENERALIZADA (Nivel 3)

Se pondrá en marcha este nivel de alarma cuando el número de afectados sea **superior a 50 (50)** ó bien de que se trate de una **catástrofe de gran alcance y no se pueda especificar el número de víctimas**.

Se realizarán todas las cascadas de llamadas y se utilizará todo el personal disponible. A este nivel máximo de alarma se alertará, además, a los demás hospitales de la zona. En el caso de comprobar la posible llegada de pacientes quemados se actuará según el Protocolo de Quemados.

VI. Movilización del personal ante una catástrofe externa

El centro de comunicaciones, tras tener confirmación de la puesta en marcha del PEEEX y de la Fase de Alarma que se ha establecido para el hospital, deberá avisar a las siguientes personas:

- Jefe de la Guardia/Supervisor de Guardia
- Médico de Guardia de Cuidados Intensivos
- Médico de Guardia de Urgencias
- Responsable de Guardia de mantenimiento

La llamada de aviso se realizará a través de mensajería teléfono corporativo. Establecido el **estado de alarma**, este se debe poner en conocimiento de todo el **equipo de guardia** y de los responsables del PEEEX. El resto del personal de guardia se localiza por indicación del jefe de guardia.

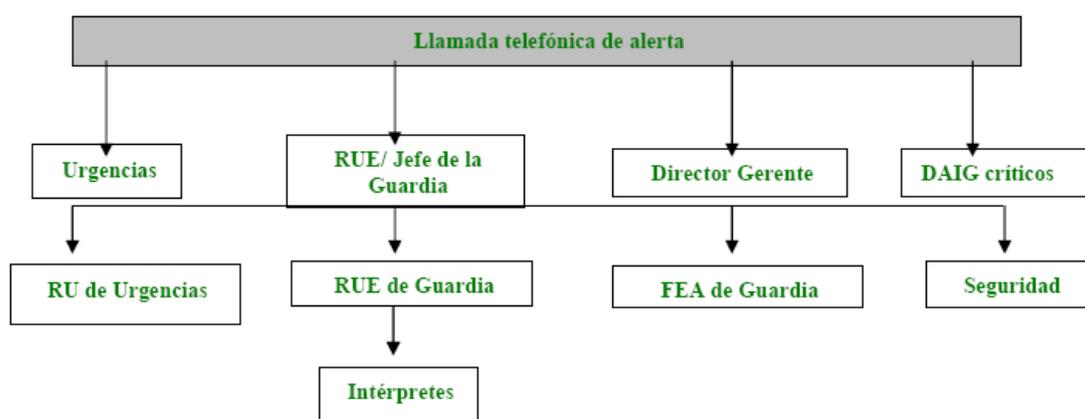
1. EN LA FASE 1 DE ALARMA RESTRINGIDA

Ante una **alarma restringida (nivel 1)**, donde el número de víctimas se supone de 10 a 15 (10 a 15) se alertará a todo el personal de la Unidad Funcional de Urgencias y si el número de víctimas fuera superior a 15 se le comunica a los responsables de las áreas que estarán implicadas.

Inicialmente sólo deben de intervenir las personas que se encuentren de guardia. El centro de comunicaciones avisará, SI PRECISA, a:

- GUARDIA TRAUMATOLOGÍA
- GUARDIA DE CIRUGÍA
- GUARDIA DE RADIOLOGÍA
- GUARDIA DE UROLOGÍA
- GUARDIA DE PEDIATRÍA
- GUARDIA DE MEDICINA
- GUARDIA DE ORL
- GUARDIA DE OFTALMOLOGÍA
- SERVICIO DE INTÉRPRETES

MOVILIZACIÓN ALARMA RESTRINGIDA (FASE 1)



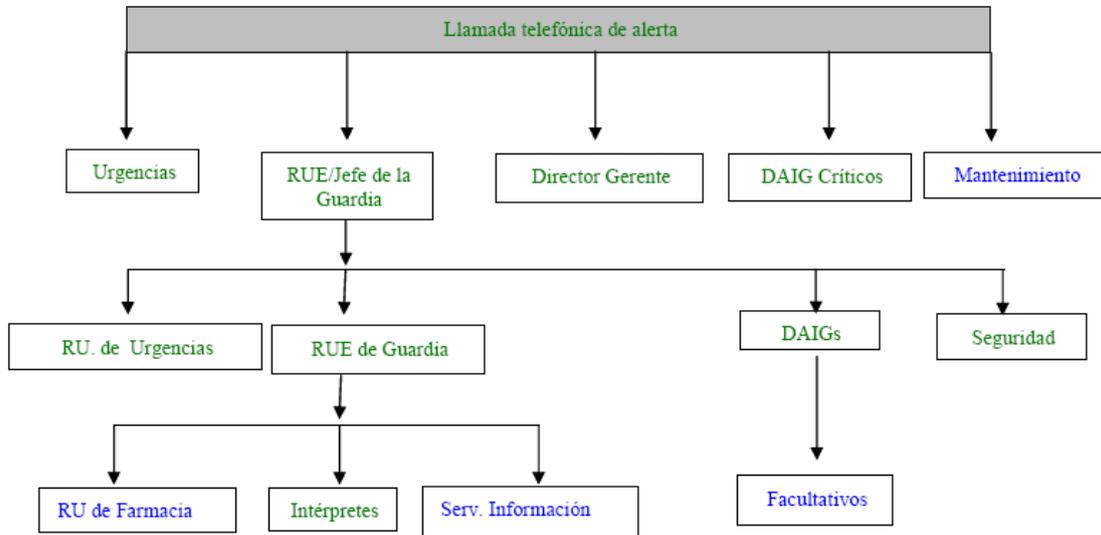
2. EN LA FASE 2 DE ALARMA AMPLIADA

En el caso de que el número de víctimas supere a quince (15 a 50), los DAIG y RU deberán alertar aparte de su personal en función de las necesidades que puedan preverse.

El centro de comunicaciones deberá avisar a todo el personal establecido en la Fase 1 y, además, a:

Electricista
 Fontanero
 Mecánico

MOVILIZACIÓN ALARMA AMPLIADA (FASE 2)

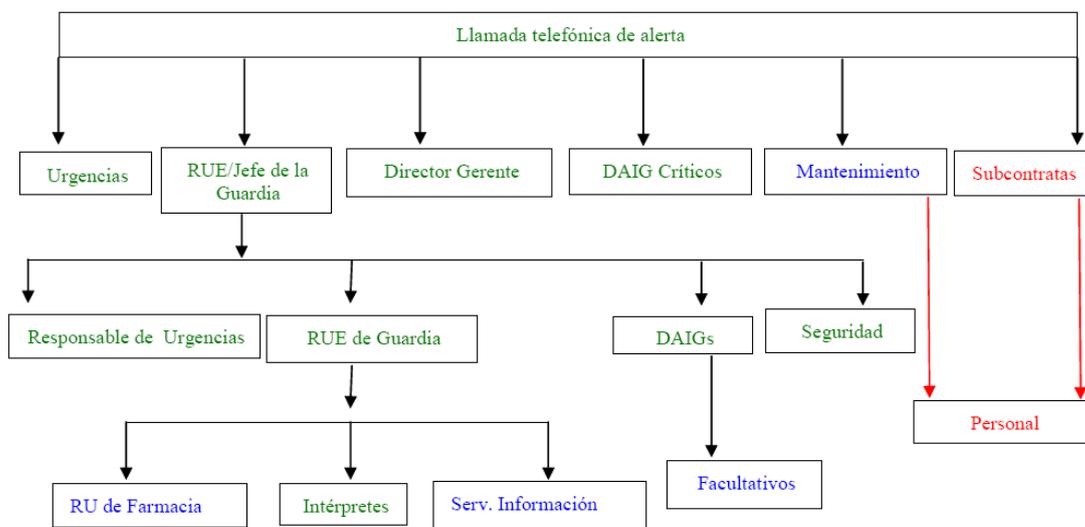


3. EN LA FASE 3 DE ALARMA GENERALIZADA

En el caso de que el número de pacientes supere a cincuenta (50), los DAIG y RU alertarán a todo su personal. El centro de comunicaciones deberá avisar a todo el personal de las Fases 1 y 2, además del personal técnico de contratistas, a través de los responsables de las diferentes empresas:

- Mantenimiento
- Lavandería/Lencería
- Alimentación
- Ambulancias

MOVILIZACIÓN ALARMA GENERAL (FASE 3)



Todo el personal que no encontrándose de servicio fuese avisado, **deberá acceder al hospital por la puerta principal y dirigirse al Mostrador de Información** donde será informado de la situación de alerta en la que se encuentra el centro.

En dicho mostrador facilitará su identificación y servicio al que pertenece, así como la persona a la que supeditará su actuación.

Permanecerá en el Hall de Entrada hasta que le sean asignadas tareas concretas por parte de su superior, según el mecanismo que se establece más adelante.

Debe insistirse, en las actividades de formación y de difusión del PEEX, en que dirigirse a la zona del hospital donde se cree que puede hacer falta puede ser perjudicial para el normal control de la situación de emergencia.

Una vez recibida la orden de las tareas concretas, se dirigirá a la zona adecuada y una vez realizadas éstas **volverá al hall de la entrada principal**.

VII. Ampliación de la disponibilidad de camas

1. EXPANSION DEL AREA DE HOSPITALIZACION

Una de las primeras medidas a adoptar, aunque se trate de una amenaza de catástrofe, es la toma de las decisiones precisas para la disponibilidad de camas libres.

En la actualidad existen áreas de hospital que no están ocupadas, por lo que la primera expansión se realizara a esta zona desocupada y posteriormente a plantas ya ocupadas con la consiguiente cadencia:

	Planta	Unidad	Número de camas
Primero	5º	5100	30
Segundo	4º	4400 Oncología	15
Tercero	2ª	2200 Unidad de corta estancia	30
Cuarto	1ª	Cirugía Mayor Ambulatoria	10

Como áreas de ampliación de la UMI se utilizara la unidad de reanimación ubicada en la primera planta. Como ampliación de la observación de urgencias, se utilizara el pasillo que existe entre las dos observaciones. Como salas de hospitalización de pacientes de cuidados mínimos, que no precisen tomas de oxígeno ni de vacío, se utilizará el espacio de consultas externas.

La dotación de las camas físicas para la expansión señalada se realizara mediante un stock establecido al efecto y de ubicación conocida.

2. ALTAS A PACIENTES INGRESADOS

En caso de necesidad y por orden del máximo responsable del PEEX, se procederá a la evacuación de aquellos pacientes que estando ingresados, puedan ser trasladados a otros centros no implicados en la situación de emergencia o, cuando su situación lo permita, a su domicilio propio.

La evacuación de estos pacientes se realizara por el ascensor numero tres (3) y por la puerta de lavandería. El traslado de estos pacientes se realizara en coches particulares o en taxis. Cada especialidad decidirá las altas que procedan en su unidad y se las comunicará a Admisión que será la encargada de proceder a organizar y priorizar las evacuaciones.

VIII. Utilización de áreas y recursos humanos

1. LAS PUERTAS: VÍAS DE ACCESO Y DE EVACUACIÓN:

Las únicas puertas del hospital que permanecerán abiertas con vigilancia de personal de seguridad ó, si fuese necesario, con Fuerzas de Orden Público, serán las siguientes:

- Puerta de Urgencias:
Ubicada en la planta baja (0); por ella deberán de acceder:
 - Todas las víctimas del siniestro
 - Pacientes ajenos a la catástrofe y que lleguen a urgencias
- Puerta Principal:
Ubicada en la planta baja (0); por ella accederán:
 - Todo el personal del centro que haya sido movilizado
 - Autoridades u otro personal implicado
 - Los familiares de las víctimas de la catástrofe.
- Puerta de Lavandería:
Ubicada en la planta sótano (-1); por la que se evacuará:
 - Los pacientes críticos de la catástrofe que necesiten ser trasladados a los hospitales de referencia
 - Los pacientes hospitalizados que sean trasladados a otros centros ó a sus domicilios (estos pacientes irán acompañados de un familiar siempre que sea posible)
 - También se utilizará de forma tardía como vía de acceso de suministros
- Puerta de mantenimiento:
Ubicada en la planta sótano (-1)
 - Vía de acceso de suministros.
- Puerta de sala de espera de familiares de urgencias:
Ubicada en urgencias, en la planta baja (0); por la que se evacuará:
 - Se mantendrá como de alternativa ó apoyo para traslado de pacientes de la catástrofe que necesiten ser enviados a otros centros de referencia (ideal para pacientes que serán trasladados en helicópteros)
- Puerta de Consultas externas:
Ubicada en planta sótano (-1); por la que se evacuarán:
 - Todos los visitantes y curiosos que se encuentren en el centro y que utilicen la escalera como vía de salida
 - Todos los pacientes y familiares que se encuentren en la sala de espera de radiología, a los que se les pospondrá la cita para la exploración
 - Pacientes y familiares que se encuentren en consultas externas
- Puerta de Sala de Espera de Pediatría
Ubicada en la sala de espera de Pediatría de Urgencias
 - Todos los pacientes que estaban previamente a la situación de catástrofe en urgencias y que son dados de alta, enviados a consultas externas, enviados a centros de atención primaria y/o centros privados de apoyo.

Puerta	Acceso	Evacuación
Urgencias	x	
Principal	x	
Lavandería		x
Sala espera familiares urgencias		x
Consultas Externas		x
Sala espera de Urgencias de Pediatría		x

2. LOS ASCENSORES: VÍAS DE COMUNICACIÓN

El centro dispone de dos bloques de ascensores próximos a la Urgencia, dotado cada uno de los bloques de dos aparatos elevadores. Los elevadores, a efectos de su utilización ante una emergencia externa estarán numerados según el esquema que aparece con posterioridad.

Su utilización se realizará según las siguientes instrucciones:

- Ascensor número 1 (en la planta baja más próximo a urgencias)
 - Dedicado al acceso de pacientes desde Urgencias a UCI, Quirófanos y Reanimación.
 - Dedicado al traslado de pacientes críticos desde urgencias a la puerta de lavandería en la planta sótano (-1) para ser trasladados en ambulancia de SVA a hospitales de referencia
- Ascensor número 2 (forma bloque con el número 1)
 - Dedicado al traslado de pacientes desde urgencias al área de hospitalización
 - Dedicado al traslado de pacientes críticos desde urgencias a la puerta de lavandería en la planta sótano (-1) para ser trasladados en ambulancia de SVA a hospitales de referencia
- Ascensor número 3 (situado a la izquierda del bloque anterior si se mira desde el pasillo que sale de la urgencia)
 - Dedicado al traslado de pacientes desde urgencias al área de hospitalización
 - Dedicado a ir de planta en planta para recoger a los pacientes que hayan sido dados de alta ó vayan a ser trasladados del área de hospitalización a otro hospital
- Ascensor número 4 (forma bloque con el número 3)
 - Dedicado al traslado de pacientes desde urgencias al área de hospitalización
 - Dedicado a ir de planta en planta para recoger a los pacientes que hayan sido dados de alta ó vayan a ser trasladados del área de hospitalización a otro hospital
 - Éxitus

Ascensor	Utilización	Destino	Tipo de pacientes
Nº1	Acceso/traslado	UCI/REC/QIR/SOTANO	Víctimas
Nº2	Acceso/traslado	UCI/REC/QIR/SOTANO	Víctimas
Nº3	Acceso/evacuación	Plantas/Puert. Evacuac.	Vict/Hosp/Exitus
Nº4	Acceso/evacuación	Plantas/Puert. Evacuac.	Vict/Hosp/Exitus

3. FUNCIONES GENERALES DEL ÁREA DE URGENCIAS: NUCLEO DE ASISTENCIA

El área de urgencias tiene encomendada la atención inicial y primera a las víctimas, según se especifica más adelante. En ella irá ubicado el **PUESTO DE MANDO núcleo urgencias**, donde estarán presentes el RU de urgencias (en su ausencia el médico con más conocimiento del PEEX) como mando médico, el Supervisor de Enfermería (en su ausencia el enfermero con más conocimiento del PEEX) como mando enfermero y el Jefe de Celadores (en su defecto el celador con más conocimiento del PEEX) como mando celador.

Estará ubicado en la sala de informes médicos de observación tras admisión (en su defecto en el despacho del RU de urgencias)

1. Área de identificación / clasificación de pacientes

En ella se encuentra la zona de admisión ó área de identificación y el área de clasificación de pacientes ó triaje.

- Área de identificación ó zona de admisión, sus funciones son:
 - Traslado de pacientes desde los vehículos a las áreas de asistencia clínica
 - Identificación de las víctimas
 - Captura de datos personales y familiares de los pacientes
 - Facilita información sobre el estado de las víctimas al Servicio de Información, único encargado de dar información a los familiares.
- Área de clasificación ó triaje
 - Clasificación y etiquetado de las víctimas según prioridad asistencial y de gravedad de las lesiones
 - Dirigir a las víctimas al área de asistencia que les corresponda

2. Área Verde

- Atención de las víctimas con lesiones menores sin riesgo para la vida (etiqueta verde): tratamiento, estabilización y petición de pruebas complementarias si procede.
- Dar altas, enviar a pacientes a atención primaria y centros privados de apoyo.
- Enviar a pacientes a consultas externas si se necesita ampliar la zona para atender a dichos pacientes (crear otra área verde en consultas externas).
- Colaborar y continuar con el triaje inicial (el triaje es siempre dinámico por lo que los pacientes pueden cambiar de situación clínica y por lo tanto de necesidad asistencial cambiando de etiqueta)

3. Área Amarilla

- Atención de las víctimas con lesiones que no suponen riesgo vital inmediato ó urgencias graves (etiqueta amarilla): tratamiento, estabilización y petición de pruebas complementarias.
- Ingresar a pacientes en área de hospitalización ó traslado para hospitalización en otros centros sanitarios de apoyo.
- Colaborar y continuar con el triaje inicial (el triaje es siempre dinámico por lo que los pacientes pueden cambiar de situación clínica y por lo tanto de necesidad asistencial cambiando de etiqueta).
- En esta área están incluidas la Sala de Curas, la Sala de Yesos y la Sala de técnicas que inicialmente colaborarán con los equipos de emergencia.

4. Área Roja

- Atención de las víctimas con lesiones que suponen riesgo vital inmediato ó emergencias (etiqueta roja): tratamiento, estabilización y petición de pruebas complementarias.
- Dentro de ella están incluidas las subáreas de críticos y las subáreas de observación, las primeras con las funciones específicas de la RCP y las segundas para continuar y mantener los controles de las víctimas.
- Dentro de esta área podríamos incluir el área Gris donde se ubican las víctimas con lesiones irrecuperables ó emergencias sobrepasadas y que en catástrofes son excluidos de un tratamiento inicial (etiqueta gris).
- Indicar, según las indicaciones de los especialistas responsables, el ingreso en las unidades de hospitalización, tratamiento quirúrgico inmediato y traslado de pacientes a hospitales de referencia para tratamiento definitivo.
- Colaborar y continuar con el triaje inicial (el triaje es siempre dinámico por lo que los pacientes pueden cambiar de situación clínica y por lo tanto de necesidad asistencial cambiando de etiqueta).

5. Área Negra

- Corresponde a los éxitus (etiqueta negra) que se enviarían al mortuario
- Identificar si no se ha conseguido antes a los fallecidos
- Apoyar psicológicamente a los familiares de los fallecidos

6. Área Azul

- Corresponde a los pacientes que se encontraban en el área de urgencias (sala de espera de pacientes) antes de la llegada de las víctimas de la catástrofe
- Dar el alta, enviar a consultas externas (área verde de apoyo), enviar a atención primaria ó a centros privados de apoyo según patología y necesidades
- Incorporar a las distintas áreas de atención, etiquetando a los enfermos pero con hoja de triaje no numerada

4. FUNCIONES GENERALES DE LAS ÁREAS DE APOYO: RADIO DE LA ASISTENCIA.

Tienen encomendado resolver los problemas derivados y asociados a la atención en el núcleo de la asistencia en la catástrofe.

1. Área de Radiología.

- Efectuar los estudios radiológicos de las peticiones recogidas en la hoja de Triaje
- Los pacientes que estén pendientes de estudio permanecerán en las distintas áreas de urgencias para evitar colapsar el Servicio de Radiología y evitar gasto de personal en la vigilancia de los pacientes fuera de las áreas de urgencias

2. Área de UCI.

- Realizará los preparativos necesarios para la recepción de los pacientes
- Efectuará los traslados que sean posibles a las plantas
- Destacará al área de urgencias al personal de enfermería que pueda colaborar con la recepción de pacientes, según la situación de actividad de la propia UCI
- Destacará un facultativo al área roja de observación, quedando cubierta la propia UCI

3. Áreas de Hospitalización

- Colaborar en las altas que pudieran producirse de pacientes hospitalizados
- Hacer los preparativos necesarios para la recepción de pacientes
- Destaca personal de enfermería a urgencias, cuando la situación de la planta lo permita

4. Áreas de Recuperación de Anestesia.

- Hacer los preparativos necesarios para la recepción de pacientes
- Efectuar las evacuaciones que sean establecidas por los anestesistas

5. Áreas de Quirófanos.

- Realizar los preparativos necesarios para la recepción de pacientes
- Comprobar con el banco de sangre la disponibilidad de grupos.

6. Áreas de información.

- Habrá un área de información de familiares de víctimas en el Salón de Actos y un área de información para medios de comunicación y autoridades en la zona de Gerencia.
- Permanece bajo la tutela de la Responsable de Admisión
 - Canaliza la información hacia familiares
 - Notifica, por megafonía, todas las instrucciones dadas por el responsable del PEEEX ó por el Jefe de la Guardia
 - La información a medios de comunicación y autoridades se derivará a la Comisión del PEEEX

7. Banco de Sangre.

- Contacta con el Centro Regional de Hemoterapia y realiza las previsiones de necesidades de hemoderivados.
- Informa al responsable del PEEEX ó al Jefe de la Guardia de las disponibilidades existentes
- Realiza los estudios que se le soliciten.

8. Farmacia.

- Proveer de fluidoterapia, medicación de reanimación, anestésicos, analgésicos y antibioterapia a la Unidad de Urgencias

-Comprobación de disponibilidades y solicitud de suministro en caso de necesidad

5. CARTELIZACIÓN.

Es fundamental en una catástrofe dar imagen de organización por lo que es importante cartelizar todo para dirigir a todos.

Consideramos cartelizaciones imprescindibles las siguientes:

- “Hospital en emergencias: cumpla normas “, uno por cada puerta de acceso al hospital, de un tamaño suficiente para ser identificado a 50 metros.
- Área de triaje: carteles de direccionamiento y de situación.
- Ascensores: carteles de situación.
- Puertas de evacuación: carteles de situación.
- Prensa: carteles de direccionamiento y situación.
- Autoridades: carteles de direccionamiento y de situación.
- Atención a familiares: de direccionamiento y de situación.
- Prohibido el paso: carteles de situación.

A criterio de cada dirección y del dimensionamiento del hospital y de la propia catástrofe se podrán cartelizar nuevos mensajes que ayudarán a orientar al personal, persuadirlo en el cumplimiento de las normas y mejorar los aspectos organizativos en situaciones complejas.

IX. Asistencia a las víctimas

1. CIRCUITO DE AMBULANCIAS

Las ambulancias que procedan del lugar de la catástrofe, ambulancias que procedan de otros hospitales para traslado de víctimas críticas a hospitales de referencia, así como vehículos particulares y otros medios de transporte entrarán al hospital por la rotonda que se sitúa más al Este y saldrán por la rotonda que se sitúa más al Oeste con la única excepción de las ambulancias que recojan a las víctimas que van a ser transportadas a los Hospitales de Referencia del área de Lavandería que saldrán por la rotonda Este también.

2. EQUIPOS DE SOCORRO HOSPITALARIOS (SOSH)

El hospital preverá un redimensionamiento eventual de sus infraestructuras para hacer frente a las situaciones de crisis, organizando y entrenando a sus equipos humanos para hacer cosas diferentes, (equipos para catástrofe, ó equipos de socorro hospitalario diseñados para una asistencia rutinaria a múltiples víctimas).

El Hospital debe estar en disposición por una parte de **adelantarse al lugar de la crisis** y por otra para una recepción masiva, sin esperar “parapetados “la “invasión “. El hospital como **centro logístico principal** apoyará las emergencias, con personal y material y no será un sujeto pasivo que se defiende de ellas. Esto abre un nuevo planteamiento asistencial en el que los servicios de emergencias forman parte del propio hospital, apoyan a éste y desde éste a su área de influencia.

Parte del equipo del área de urgencias e intensivos se adelanta al punto de impacto para apoyar la clasificación y atención a extremas urgencias y **eventualmente deben alertarse células quirúrgicas** (cirujano, anestesista, y un enfermero) para aquellas situaciones no improbables de pacientes atrapados que puedan necesitar “in situ “cirugía de urgencia vital. Esta acción es un **reto filosófico** de indudable impacto con beneficios claros a la hora de apoyar el triaje, mejorar la distribución entre los hospitales de la zona de los pacientes y

anticipar la existencia individualizada. Exige un cambio en los procedimientos y sobretodo la organización de material previamente controlado que acompañe estas intervenciones.

Los Equipos SOSH tienen como objetivo tener dispuesto elementos asistenciales de intervención inmediata que permitan desplazar al lugar de la catástrofe material de soporte ó en su caso desplegarlo en las áreas de expansión previstas para una primera atención a las víctimas que lleguen. Por todo ello se deben tener preparados lo que llamaremos **contenedores SOS-H**. La adecuación de la respuesta hospitalaria está centrada en la posibilidad de que equipos sencillos, fácilmente transportables y de fácil manejo lleguen al lugar del siniestro ó se desplieguen de manera inmediata.

En esta línea hemos revisado las necesidades más importantes de apoyo sanitario en la zona, referidas a material de primera intervención y que son de un rápido consumo local pero de indudable beneficio terapéutico. Organizar, ventilar, infundir y analgesias son los objetivos terapéuticos que hemos de conseguir, para ello hemos pensado en preparar sencillamente unos contenedores estancos:

1. Contenedor Número Uno (1)

Función: Organización, mando y control del lugar.

Materiales:

- Megáfono portátil ----- 1
- Linternas de cabeza ----- 6
- Cintas de balizamiento ----- 2 rollos
- Conos de balizamiento ----- 6
- Petos reflectantes ----- 6
- Documentación básica (etiquetas/hojas de triaje)

2. Contenedor Número Dos (2)

Función: Ventilación

Materiales:

- Laringoscopios
- Tubos endotraqueales
- Guías de intubación
- Aspiradores de pedal
- Sondas nasogástricas
- Bolsas de aspiración
- Tijeras de ropa
- Pilas de repuesto de laringoscopio
- Pinza de Magill
- Cintas de fijación
- 20 bolsas de basura
- Rollo de esparadráp
- Fonendoscopios
- Jeringas de 20 ml.
- Ambú y Guedel de diferentes tamaños

3. Contenedor Número Tres (3)

Función: Infusión y analgesia

Materiales:

- Suero fisiológico de 500 ml.
- Ringer lactado de 500 ml.
- Hemoce 500 ml.
- Sistemas de infusión convencional
- Compresores

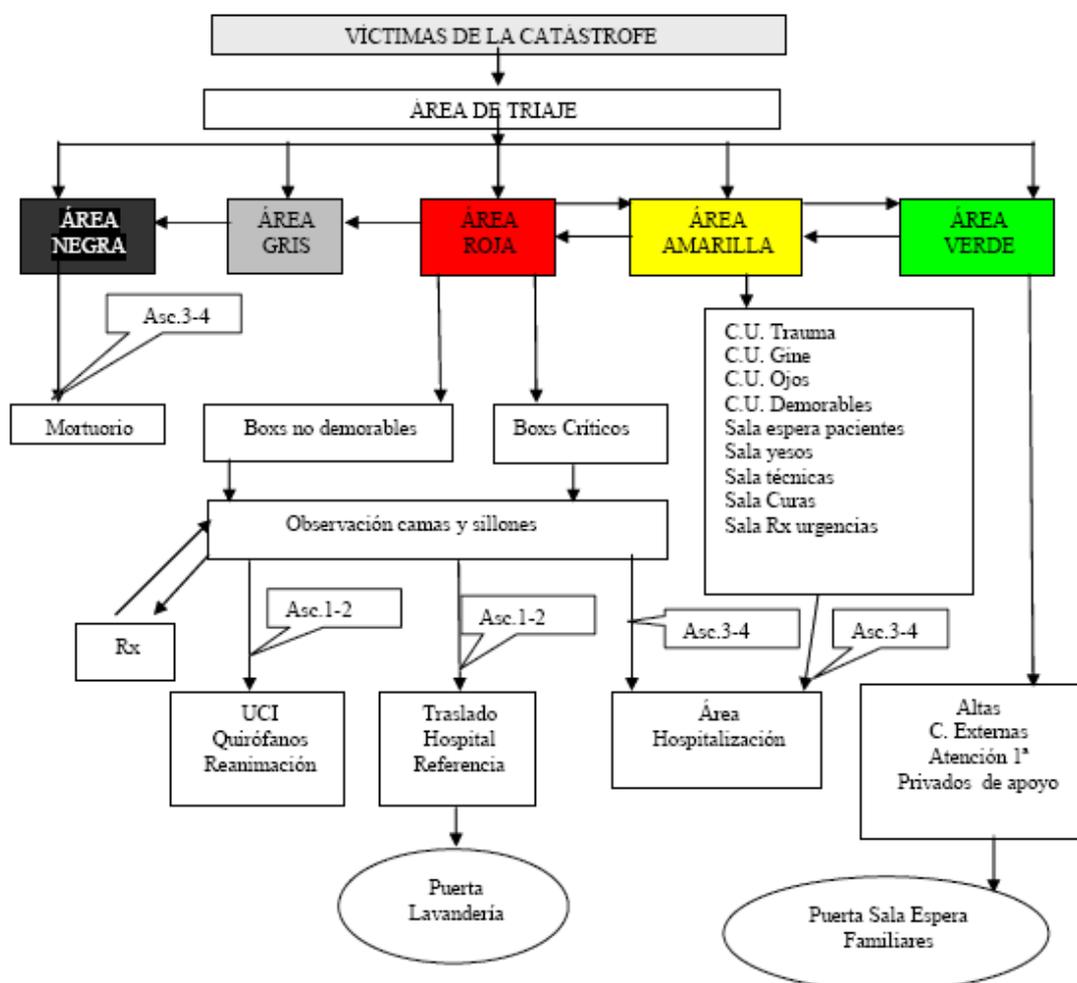
- Cánulas de 14 y 16 G.
- Llaves de tres pasos
- Ketamina (relajante muscular)
- Diazepam 10 mgr.

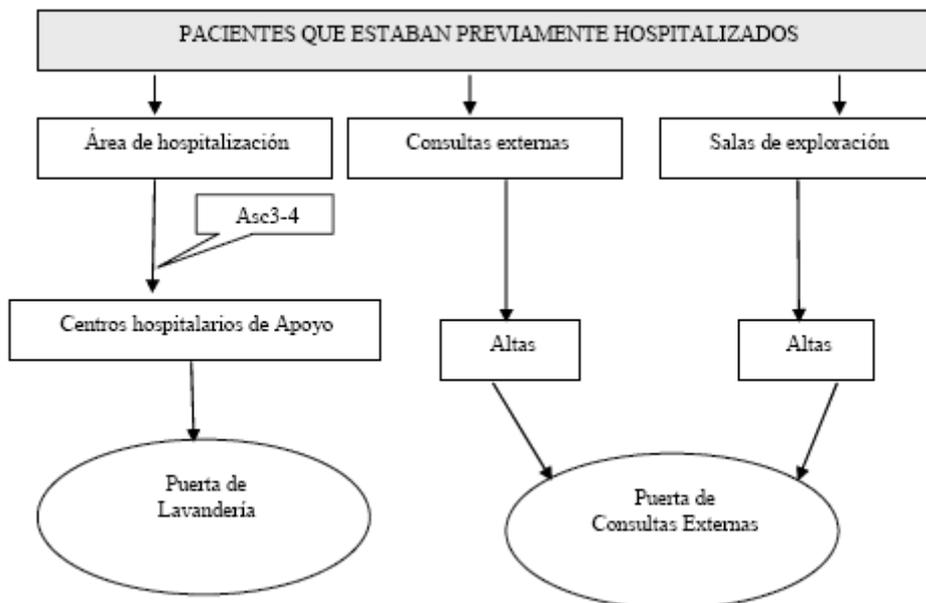
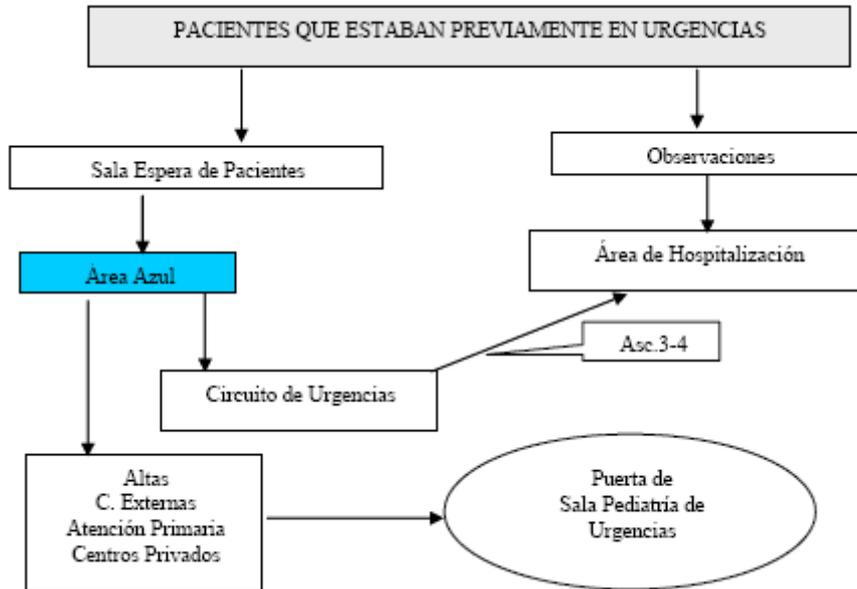
3. CIRCUITOS-FLUJOS.

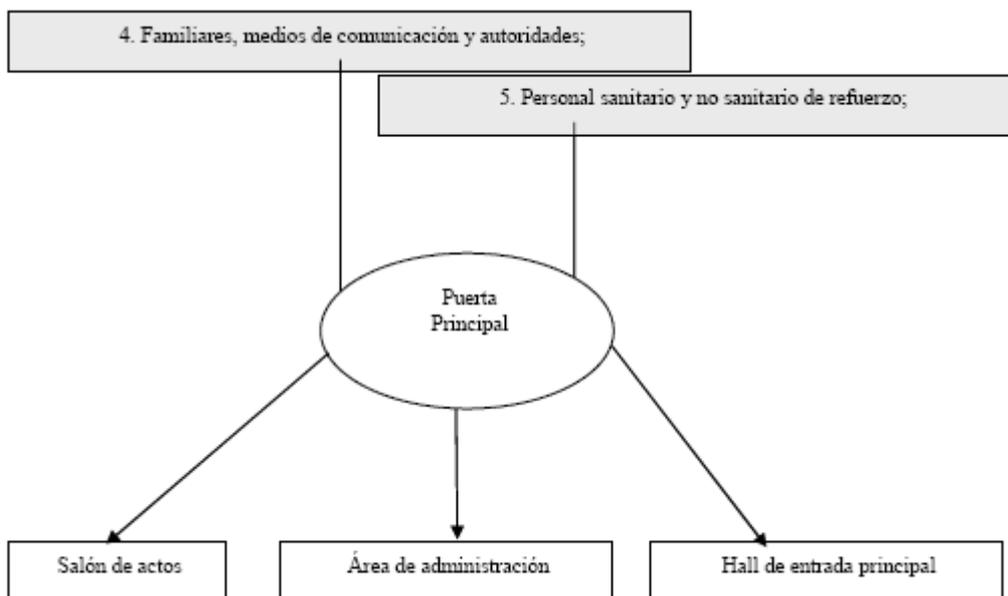
Partiendo de la premisa de que **ninguna vía de entrada se utilizará como vía de salida** expondremos a continuación los posibles circuitos ó flujos de todas las personas implicadas en la catástrofe.

Dividiremos las personas implicadas en la catástrofe en:

1. Víctimas;
2. Pacientes previamente en área de urgencias;
3. Pacientes previamente hospitalizados;
4. Familiares, medios de comunicación y autoridades;
5. Personal sanitario y no sanitario de refuerzo.







4. ASISTENCIA A LOS PACIENTES EN LAS DISTINTAS ÁREAS.

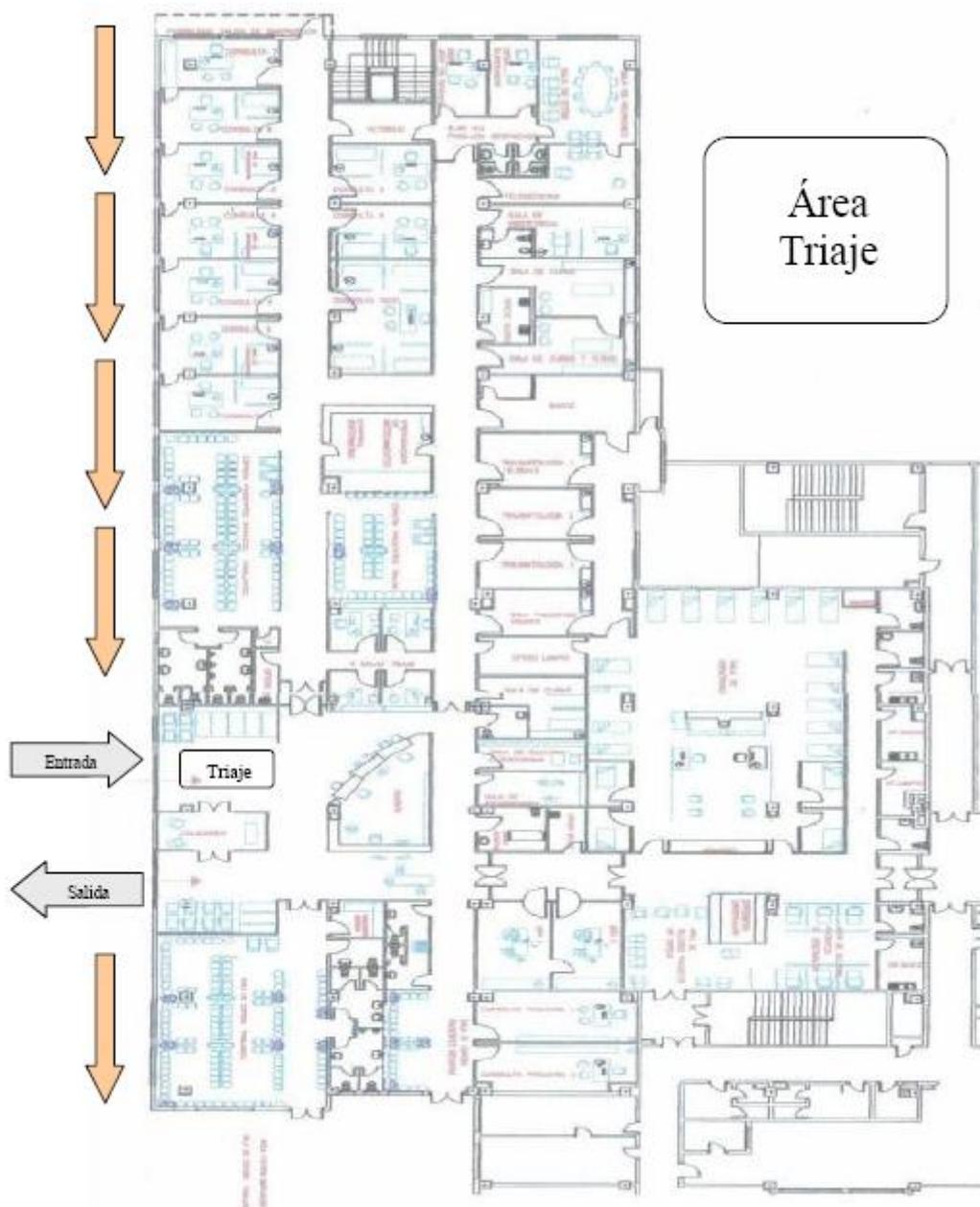
El Área de Urgencias ó núcleo de la asistencia la dividimos en distintas áreas, ya comentadas anteriormente, y que serán el área de triaje-identificación de pacientes, el área verde, el área amarilla, el área roja, el área negra y gris y el área azul, junto con el mencionado puesto de mando interior.

Dichas áreas no se deben considerar como compartimentos estancos ya que **el triaje es siempre dinámico** y los pacientes pueden pasar de un área a otra según su evolución clínica.

1) Área de triaje/identificación

El triaje se realizará siguiendo el modelo de triaje JumpSTART combinado de adultos-niños (**ANEXO 1**).

- A) Ubicación: situada entrando al hospital por urgencias, la puerta automática de la izquierda, quedando por tanto el control de celadores a la derecha y el habitáculo para camillas a la izquierda.
- B) Pacientes: Todos.
- C) Flujo: Por ella pasan todos los pacientes y tras ser valorados por el equipo de triaje se distribuirán por las siguientes áreas tras ser etiquetados e identificados (si es posible).
- D) Etiqueta de pacientes: En esta área se etiquetan a todos los pacientes con las distintas etiquetas de colores verde, amarilla, roja, gris y negra.
- E) Personal: Médico, enfermero, personal de admisión y celadores.
- F) Material: Contenedores SOS-H 1, 2 y 3; Etiquetas de colores; Hojas de triaje numeradas y no numeradas (las no numeradas para pacientes que lleguen a urgencias sin ser víctimas de la catástrofe)



2) Área VERDE

A) Ubicación: situada en la actual sala de espera de familiares de urgencias.

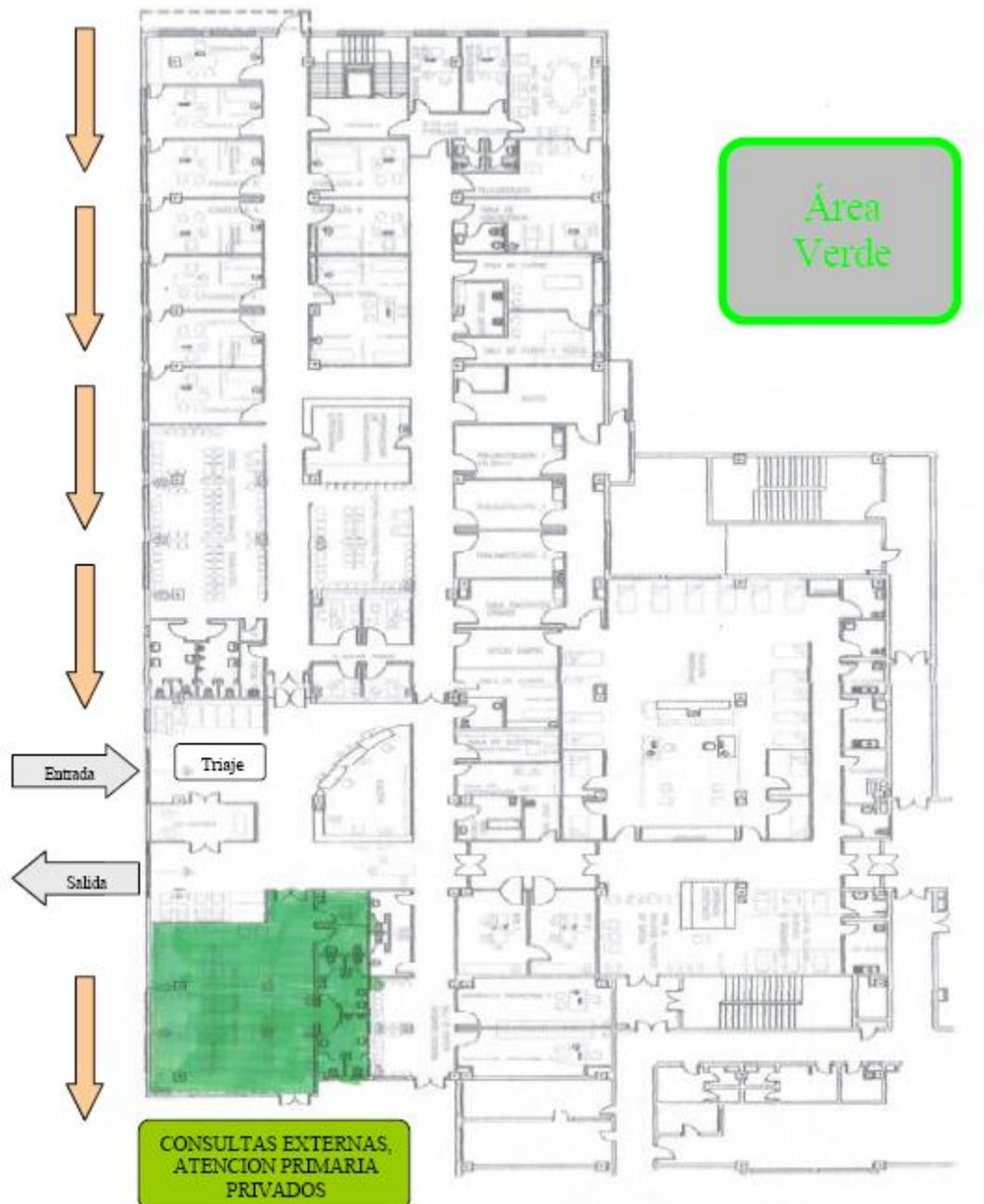
B) Pacientes: En ella se atienden los pacientes con lesiones menores sin riesgo vital para la vida:

- Abrusiones.
- Contusiones.
- Fracturas menores cerradas.
- Quemaduras leves

C) Flujo: Los pacientes una vez asistidos serán dados de alta, enviados a consultas externas donde si es necesario se creará una subárea verde, enviados a centros de atención primaria de apoyo, enviados a centros privados de apoyo. Todos ellos saldrán por la puerta de la sala de espera de familiares. También según su evolución podrían pasar al resto de áreas.

D) Etiqueta: Verde.

- E) Personal: Médicos, enfermeros y auxiliares (el número depende de la magnitud de la catástrofe).
- F) Material: Mesas, sillas, camillas de exploración, material de curas e inmovilización básico. Etiquetas de Colores



3) Área AMARILLA

A) Ubicación: corresponde a la actual sala de espera de pacientes, el pasillo de los box de urgencias demorables, y el pasillo de los box de urgencias no demorables desde la sala de rayos de urgencias hasta la consulta de ginecología de urgencias. En ella se encuentran las consultas demorables, la consulta de oftalmología de urgencias, la consulta de traumatología de urgencias, la consulta de ginecología de urgencias, las dos salas de curas, la sala de yesos y la sala de técnicas junto la mencionada sala de espera de pacientes con el espacio de control de auxiliares-celadores.

B) Pacientes: En ella se atienden a los pacientes con lesiones que no supongan riesgo vital inmediato O urgencias graves:

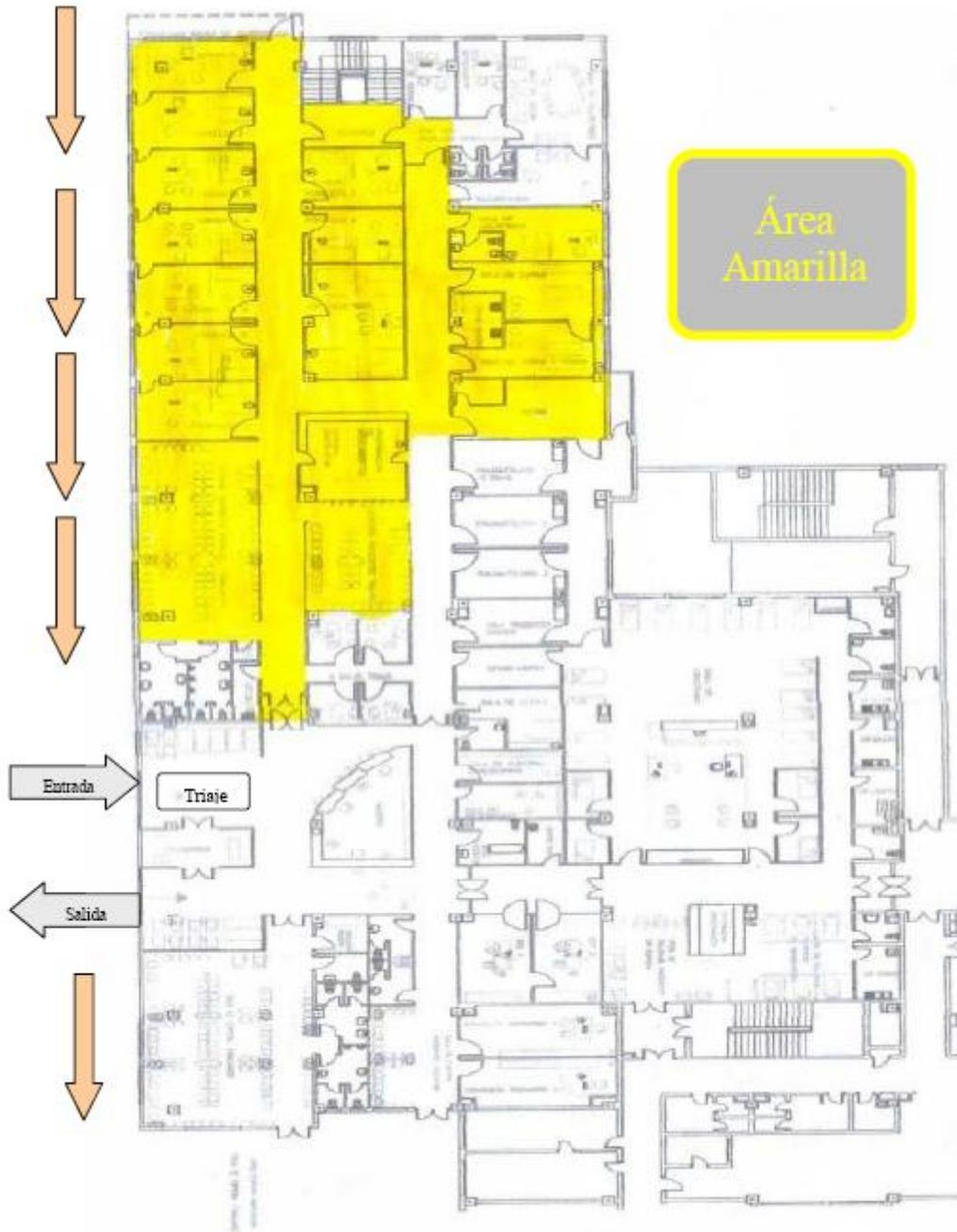
- Pérdida de sangre de 500 a 1500 ml. (hemorragias clase I y II).
- TCE sin pérdida de conocimiento.
- Lesiones craneales, lesiones oculares y lesiones de ORL.
- Lesiones vasculares.
- Fracturas abiertas.
- Quemaduras moderadas ($2^{\circ} < \text{ó} = 30\% \text{ SCQ}$; $3^{\circ} < \text{ó} = 10\% \text{ SCQ}$; asociadas a fracturas).

C) Flujo: los pacientes una vez asistidos pasarán a las distintas áreas según evolución y estado.

D) Etiqueta: Amarilla.

E) Personal: Médicos, enfermeros, auxiliares y celadores (número depende de la dimensión de la catástrofe).

F) Material: El propio de las distintas subáreas del hospital en situaciones normales. Etiquetas de colores.



4) Área ROJA

A) Ubicación: Esta área corresponde a los 4 boxes de consultas no demorables, a la sala de críticos, a la sala de observación de camas y a la sala de observación de camillas.

B) Pacientes: Pacientes con lesiones que supongan riesgo vital inmediato ó emergencias ó trastornos por asfixia y shock de cualquier etiología:

- Obstrucción inminente de vía aérea
- Lesiones cervicales
- Lesiones faciales y mandibulares
- Lesiones laringotraqueales
- Neumotórax a tensión
- Neumotórax abierto: Heridas penetrantes de tórax
- Tórax inestable ó volet costal
- Hemotórax masivo

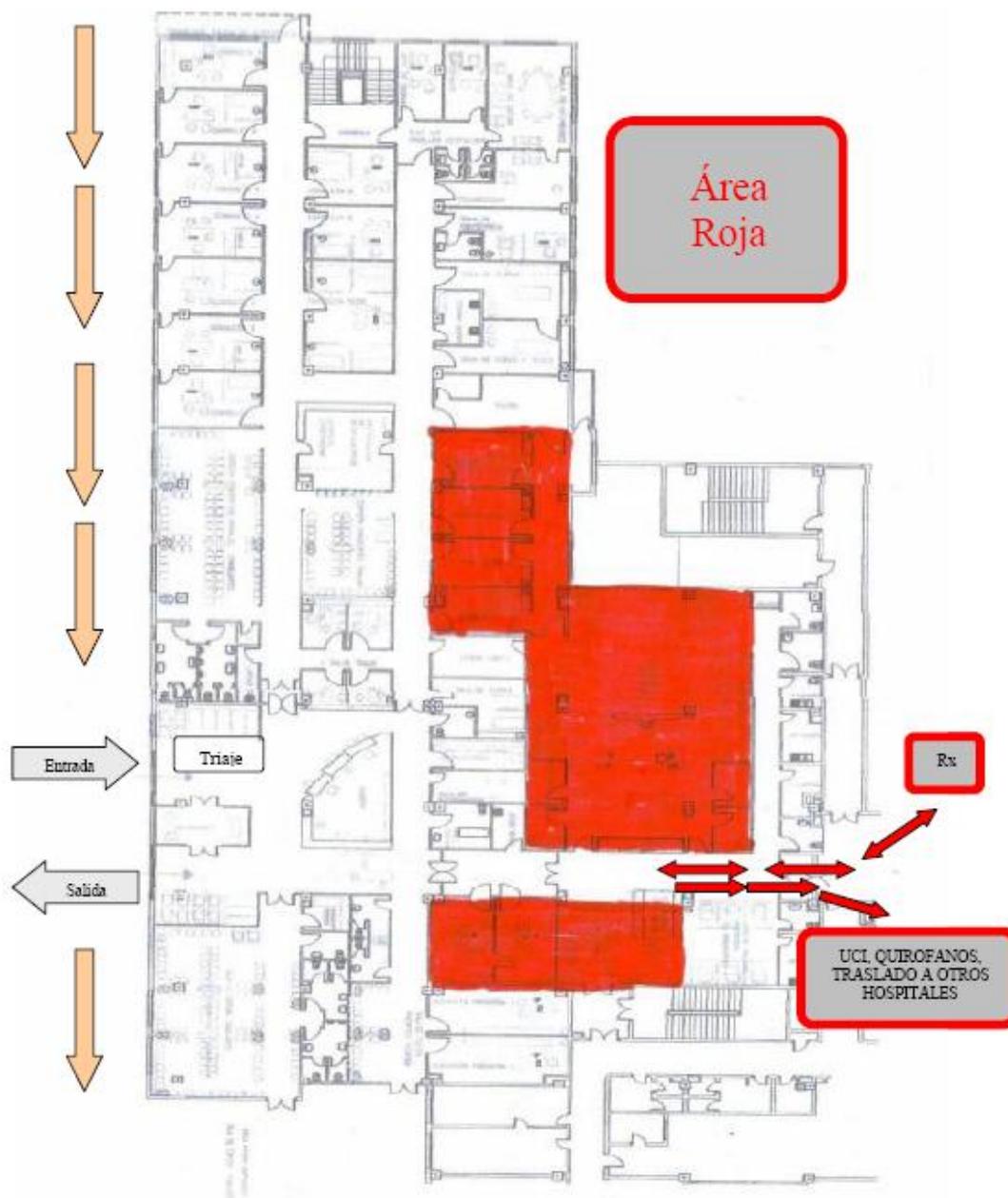
- Hemorragias clase III y IV, II?
- Hemorragias intratorácicas
- Hemorragias intrabdominales
- Fracturas de pelvis y fémur
- Laceración de cuero cabelludo en pacientes pediátricos
- TCE con Glasgow $< \text{ó} = 8$
- TCE con signos de HTIC
- PCR presenciada
- Quemaduras $< \text{ó} = 40\%$ SCQ
- Quemaduras por inhalación

C) Flujo: Los pacientes una vez estabilizados irán a la sala de radiología y a ambas observaciones y posteriormente por indicación de los especialistas irán a UCI, quirófanos ó sala de reanimación por ascensor número 1, áreas de hospitalización por ascensor número 2 (ascensor número 4 de apoyo a los anteriores); O bien serán trasladados a los hospitales de referencia para tratamiento definitivo por ascensor número 2 (4) bajarán al área de lavandería y por la puerta de dicha área a las ambulancias de SVA destinadas a ello.

D) Etiqueta: Roja.

E) Personal: Médicos, enfermeros, auxiliares, celadores (número en función de la magnitud de la catástrofe).

F) Material: El normal de las distintas subáreas que corresponden a esta área roja en la situación normal diaria. Con la única salvedad que en los box de consultas no demorables 1, 2, 3 y 4 habrá un grupo de contenedores SOS-H 1, 2 y 3 (un grupo de tres contenedores para cada box) .Etiquetas de colores.



5) Área GRIS y NEGRA

A) Ubicación: el área negra como tal no está en el área de urgencias si no que corresponde al mortuorio de la planta baja. El área gris corresponde a una zona de observación de sillones que se sitúa al lado de la puerta más cercana a radiología.

B) Pacientes:

- Área gris: Corresponde a los pacientes irrecuperables, también llamadas emergencias sobrepasadas:

- Grandes quemados > -o = 40% SCQ.
- TCE con exposición de masa encefálica inconsciente.
- Lesión de columna cervical con ausencia de motilidad-sensibilidad.
- Pacientes > 60 años con lesiones mayores graves.

- Área negra: Éxitus.

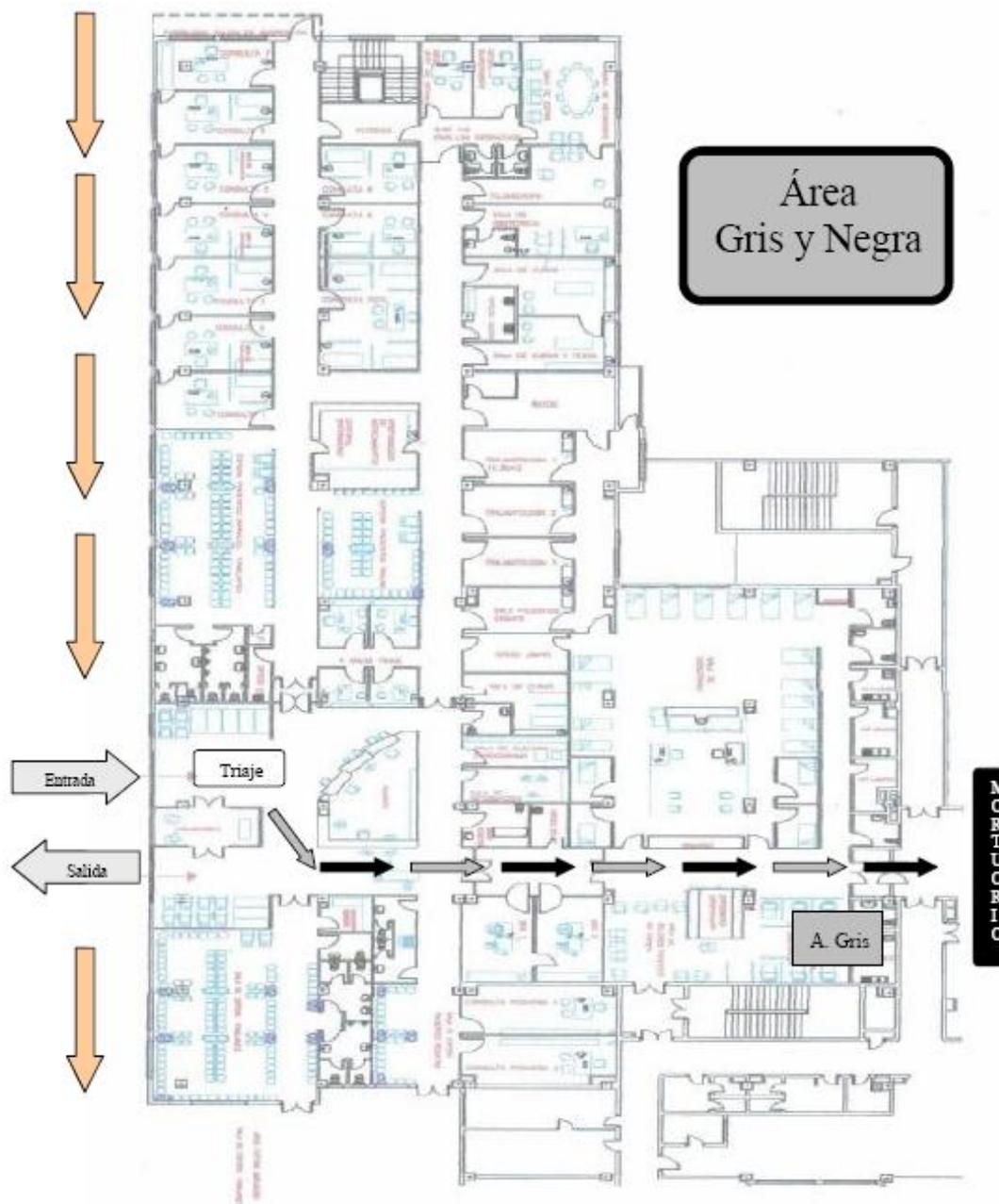
C) Flujo: Los éxitus irán directamente desde el área de triaje al mortuorio por el ascensor número 4. Los pacientes con etiqueta gris irán desde triaje al área de sillones

destinada para ello, teniendo en cuenta que no se empleará personal en dichos pacientes mientras las necesidades en otras áreas superen a los recursos disponibles.

D) Etiqueta: Etiqueta gris y negra.

E) Personal: No necesario para área gris, el habitual en el mortuario junto con personal de apoyo psicológico a familiares.

F) Material: El propio de cada área en condiciones normales.



6) Área AZUL

A) Ubicación: Está situada en la actual sala de pediatría de urgencias. Consta de dicha sala de espera, del área de observación pediátrica y la consulta de urgencias de Pediatría.

B) Pacientes: corresponde a los pacientes que se encuentran en el área de urgencias (excepto observaciones) previamente a la catástrofe.

5. PRIORIZACIÓN DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Uno de los grandes problemas que se plantean ante situaciones de catástrofes con gran número de pacientes, es la priorización de la realización de pruebas complementarias. El criterio de la prioridad lo marca el color de la etiqueta y dentro de éste los más graves y siempre que hayan sido estabilizados hemodinámicamente.

La persona encargada de establecer el orden de peticiones será el intensivista de urgencias y en su defecto el RU de críticos ó el Encargado Clínico de guardia.

6. DIAGNÓSTICO

Una vez establecido el diagnóstico, se recogerá en la Hoja de Triage detallando en la misma todas las diferentes derivaciones que se realicen.

7. DERIVACIÓN A ESPECIALISTAS

La asistencia de los pacientes por parte de los especialistas se recogerá en la Hoja de Triage, en la que se anotarán los elementos más relevantes de la situación clínica del paciente.

Paralelamente se irá confeccionando un listado de la patología quirúrgica a resolver, que deberá estar permanentemente actualizado y que permitirá la distribución de los facultativos más adecuada.

8. ASISTENCIA A PACIENTES AJENOS A LA CATÁSTROFE

Inicialmente se les realizará el mismo triaje que a las víctimas; si son clasificados de etiqueta verde se derivarán a atención primaria; en cualquier otro caso (etiqueta amarilla ó roja), se seguirá igual protocolo que con los pacientes afectados por la catástrofe, pero deberán figurar en una relación diferente y su **Hoja de Triage no estará numerada**.

9. TRASLADO DE PACIENTES A OTROS CENTROS

En caso de catástrofe y siempre que las condiciones asistenciales lo permitan, sólo se derivarán a otros centros a aquellos pacientes con lesiones no abordables en el hospital; el traslado de estos pacientes se realizará siguiendo el protocolo para Traslado de Pacientes Críticos que está aprobado por el Centro.

X. Centros sanitarios privados de apoyo

Nuestro hospital se encuentra rodeado de varios centros privados que en caso de que la magnitud de la catástrofe lo desborde, puede recurrirse a ellos para traslado de pacientes.

Se tratan de 4 hospitales privados que cuentan con camas de hospitalización, UCI y quirófanos, situados en las localidades circundantes.

XI. Planes de apoyo

1. PLAN DE COMUNICACIÓN EN EMERGENCIAS EXTERNAS

El Plan de Comunicación para casos de emergencias externas está diseñado para facilitar la planificación y la coordinación de actuaciones, a la vez que asegurar el flujo de una información adecuada durante la emergencia.

De cualquier manera, este Plan debe ser entendido como un Documento orientador y flexible siendo el Comité de Emergencias quien debe aplicarlo y adaptarlo a cada situación concreta. Un buen manejo de la información y de las relaciones con los medios de comunicación, en el contexto de una situación de emergencia, permite mantener adecuadamente informada a la población a la vez que hace notar la capacidad de previsión y organización del Hospital, lo que, en última instancia, aumenta su reputación y prestigio.

El plan de Comunicaciones en emergencias externas es desarrollado por el Comité de Comunicación.

COMPOSICIÓN DEL COMITÉ DE COMUNICACIÓN

Director Gerente

Director Médico

Director de Sistemas de Comunicación y Evaluación

DAIG de Críticos y Urgencias

Jefe de la Guardia

Podrán integrarse aquellos profesionales que, en virtud del tipo de emergencia, se considere útil su presencia.

ACTIVACIÓN DEL COMITÉ DE COMUNICACIÓN

La activación se produce en el caso de una emergencia externa, tras la constitución de la Comisión de Emergencias prevista en el presente Plan, a instancia del Director Gerente del Centro o de la persona que asume la máxima autoridad en su ausencia.

CENTRALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La coordinación con los medios de comunicación es responsabilidad del Director de Sistemas de Información y Evaluación, quien una vez constituido el Comité de Comunicación elaborará un planning de comunicados y contactará con los medios de comunicación, en llamada a las correspondientes redacciones, para establecer una primera comunicación y facilitarles el medio de contacto con el hospital.

Deberá tenerse siempre presente que en los casos de emergencias la estructura de coordinación con los medios de comunicación debe mantener una actitud proactiva, facilitando tanta información como sea posible y lo más rápido que sea posible.

No se autorizará la circulación de informadores por el interior del centro, ni el acceso al área de urgencias; no obstante, se podrá facilitar la toma de fotografías o grabaciones que garanticen la confidencialidad a los pacientes, siempre que no entorpezcan el funcionamiento del centro y se produzcan en compañía de un personal del hospital designado por el Director de Sistemas de Información y Evaluación.

El comité de Comunicación dispondrá permanentemente de un listado actualizado de víctimas, con total garantía de identificación y con información detallada del nivel de gravedad y pronóstico cuando así pueda establecerse. Dispondrá, así mismo, de un listado de fallecidos con iguales garantías de identificación y que se irá actualizando cada hora.

Se facilitará, si el nivel de la emergencia lo justifica, una sala para los medios de comunicación. Se establecerá como Sala de Prensa la sala de juntas de la Gerencia.

TEMAS RELEVANTES DE INTERÉS PARA LOS MEDIOS

Habitualmente hay una serie de temas de especial interés para los medios de comunicación y de los que debe disponerse de la mayor información posible.

Entre otros podemos señalar:

1. Número de lesionados que han sido atendidos
2. Previsión del número total de lesionados posibles
3. Nivel de gravedad y lesiones más frecuentes e importantes
4. Existencia o no y número, en su caso, de fallecidos

5. Qué tipo de respuesta tiene prevista el hospital para situaciones de emergencias externas
6. De qué forma interfiere la situación de emergencia en el funcionamiento normal del centro.
7. Detalles acerca de cuándo se produjo el aviso de emergencia, participación de otras estructuras sanitarias, evacuación de enfermos a hospitales de referencia, etc.

DESACTIVACIÓN DEL COMITÉ DE COMUNICACIÓN

Finalizada la emergencia, el Director Gerente procederá a indicar la desactivación del Comité de Comunicación.

El director de Sistemas de Información y Evaluación elaborará un informe final detallado acerca de la emergencia y la respuesta del centro ante la misma, número y características de los lesionados, fallecidos y sus causas, así como todos aquellos extremos de interés para evaluar la aplicación del Plan de Emergencias Externas, informe que elevará a la Gerencia en un plazo de setenta y dos horas (72h).

2. PLAN DE PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS.

1- Composición del comité de intervención en primeros auxilios psicológicos.

- A. Director del comité.
- B. Subdirector del comité de primeros auxilios psicológicos.
- C. Intervinientes directos en primeros auxilios psicológicos.

2- Activación del comité de primeros auxilios psicológicos.

3- Funciones del comité.

4- Escenarios de intervención.

5- Seguimiento de afectados en las primeras 48- 72 horas.

6- Desactivación.

COMPOSICIÓN DEL COMITÉ DE INTERVENCIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS:

El comité de intervención en primeros auxilios psicológicos, estará formado por personal perteneciente al centro, a la vez que contará con apoyo externo perteneciente a psicólogos de emergencias que serán activados según la magnitud del incidente y previa aprobación de la dirección del hospital en la catástrofe.

El comité de intervención interno estará constituido por:

Director del comité:

Cuya función consiste en activar y gestionar los primeros auxilios psicológicos ante una situación de emergencia donde el número de afectados pueda ser elevado. Según la magnitud y el grado de alarma activada por el PEEEX se activará al resto de miembros del comité, así como activando la ayuda externa con la aprobación de la dirección del PEEEX.

Subdirector del comité de primeros auxilios psicológicos:

Sus funciones serán de apoyo y consulta del Director así como asumiendo las funciones del director mientras este se ausente. Sirviendo de apoyo y como portavoz entre intervinientes directos en los primeros auxilios psicológicos y el director. Conjuntamente con el Director tendrán como función formar al personal en técnicas de primeros auxilios psicológicos así como la elaboración de planes de actuación.

Intervinientes directos en primeros auxilios psicológicos:

Personal entrenado y con conocimientos en primeros auxilios psicológicos en emergencias, que darán apoyo y acompañamiento a víctimas directas, familiares y a los propios intervinientes que puedan ser subsidiarios de sus conocimientos y habilidades.

ACTIVACION DEL COMITÉ DE PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Una vez se active el PEEX, del que es miembro permanente el Director del comité de intervención de primeros auxilios psicológicos, una vez determinado el tipo de alerta activada activará el resto de miembros.

Una vez sea necesario, se informará al responsable de apoyo psicológico en emergencias externas. Que se activará cuando sea aprobado por el coordinador de la catástrofe previa solicitud del director del comité.

FUNCIONES DEL COMITÉ

1. Elaborar planes de actuación ante situaciones de emergencias donde sea necesario prestar apoyo psicológico a víctimas como a familiares e intervinientes.
2. Formación y entrenamiento del personal del hospital que pueda estar en contacto con la catástrofe en técnicas de primeros auxilios psicológicos, principalmente a personal del área de urgencias, uci, admisión, mortuorio así como director gerente, directores médicos y supervisores.
3. Participación en el PEEX.
4. Acompañamiento a víctimas de la catástrofe que lo requieran una vez concluidos los primeros auxilios sanitarios, aunque en personas conscientes los primeros auxilios psicológicos se podrán iniciar durante toda la intervención.
5. Apoyo a familiares de las víctimas que estarán en espacios previamente habilitados para ellos, estos dispondrán de bebidas relajantes, sillas...
6. En una catástrofe se dispondrá de personal del comité encargado de los intervinientes a los que se les informará de su existencia y ubicación si lo necesitan, pero sin que interfiera en sus labores.
7. Se controlarán las intervenciones y los afectados para llevar a cabo un registro y seguimiento, que se pondrá en conocimiento con atención primaria para su nueva valoración a las 48-72 horas tras el suceso y así detectar patologías postraumáticas.

ESCENARIOS DE INTERVENCIÓN

Los escenarios de intervención en el ámbito hospitalario se situarán en aquellas zonas donde puedan ser necesarios primeros auxilios psicológicos. Sin que interfieran en las labores de trabajo del resto del personal sanitario, situados en diferentes partes del hospital, donde habrá zonas con un personal fijo durante la activación del PEEX, tanto parte del personal de apoyo psicológico, que podrá desplazarse donde se le requiera.

Según el tipo de situación de emergencia activada será necesario un mayor o menor número de intervinientes y en diferentes zonas.

Por norma general se dispondrá de personal de apoyo psicológico en:

- Urgencias: donde darán apoyo psicológico tanto a víctimas y familiares de víctimas, como a intervinientes.
- Sala de espera de familiares.
- Mortuorio, donde acompañaran a familiares y mediante técnicas de counseling ayudarán a los afectados a gestionar de la mejor forma posible el duelo.
- En el comité de información y prensa, dando consejos sobre los mensajes que enviar a prensa y usuarios.
- En caso de múltiples víctimas en la elaboración de ruedas de reconocimiento de cadáveres, y acompañando a los familiares durante su paso por la rueda de reconocimiento.
- Gestión de datos sobre intervenciones durante la situación de crisis, estudio de casos y seguimientos de las víctimas.

SEGUIMIENTO DE AFECTADOS EN LAS PRIMERAS 48-72 HORAS.

Una vez desactivada la situación de crisis y tras la valoración de las víctimas que hayan requerido de unos primeros auxilios psicológicos, así como de aquellas que por la situación personal vivida puedan requerir de un seguimiento en el que se detecte cualquier patología psicológica. Se llamará al domicilio del afectado y se realizará una primera valoración, que será previa a la visita a su centro de salud, donde se valorará la asistencia con el psicólogo.

Tras haber concluido con el seguimiento de las víctimas se desactivará la actividad del comité de apoyo psicológico, emitiendo previamente un informe con el resultado del número de intervenciones durante la crisis y su posterior seguimiento en domicilio u otros centros donde pudieran encontrarse víctimas subsidiarias de unos primeros auxilios psicológicos.

XII. Resultados

Los resultados del Plan de Emergencias Externas (PEEX) se reflejan en los simulacros realizados desde el Año 2006, fecha de presentación de dicho plan.

1. OBJETIVOS GENERALES.

- Entrenar al personal de urgencias ante la llegada a urgencias de múltiples víctimas.
- Destacar la idea de la **IMPORTANCIA DE LA ORGANIZACIÓN EN ESTAS SITUACIONES.**
- Comprobar el funcionamiento del trabajo en equipo del área de urgencias.
- Comprobar la capacidad de respuesta de recursos extraordinarios.
- Comprobar la capacidad de absorción del Hospital para la acogida de múltiples víctimas.
- Comprobar la capacidad de Hospital para el traslado de víctimas a Hospitales de Referencia de Tercer Nivel.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Recepción de la llamada e iniciar la alerta según el número de víctimas (30).
- Cartelización de áreas y de acceso a la urgencia.
- Control de tráfico de ambulancias.
- Crear un área de triaje de mínimo 10 camillas y 10 sillas de ruedas.
- Analgesiar a todos los politraumatizados.
- Crear el resto de áreas dentro de la urgencia con el personal, medios y asistencia que se estime oportuno según triaje de las distintas víctimas, cartelización y petos.
- Disponer en el área de expansión roja de Observación de camas de al menos un hueco para 5 camillas.
- Llevar a los familiares de las víctimas al área de familiares en el Salón de Actos, donde estarán siempre acompañados de un auxiliar/trabajador-a social.
- Dar imagen siempre de organización.

3. CONTROL DE CALIDAD DEL SIMULACRO.

- En cada área existirá un jefe que se encargará de controlar los tiempos desde alerta, recursos humanos y materiales, cartelización, petos y asistencia.
- Habrá un mando general de urgencias con dos ayudantes que se encargarán de reproducir en video el simulacro.
- Control del buen triaje de las víctimas y su asistencia según patología.

- Presencia en observación de camas de un intensivista, un cirujano y un traumatólogo.
- Control destino final de víctima y comparativa de hojas de triaje.
- Hojas de encuesta de calidad para familiares y pacientes que se encontraban ya en las urgencias ó que acudan a ella durante el simulacro, así como para todo el personal que participe en el simulacro.
- Reunión posterior en sesión clínica del personal del área de urgencias un día señalado para tal fin.

4. PROCEDIMIENTO.

Se pondrá en conocimiento del personal del área de urgencias y del equipo directivo del hospital que se realizará el simulacro y se les informará del día y hora.

INICIO: Se iniciará a las 9.40 A.M.

Se simulará un evento con la llegada al hospital de 30 víctimas con diferentes patologías, de las cuales 5 serán rojas, 10 amarillas, 14 verdes, 1 negra, así como 15 personas entre familiares y curiosos.

PACIENTE ROJO 1	HEMATOMA EPIDURAL
PACIENTE ROJO 2	FRACTURA DE PELVIS
PACIENTE ROJO 3	HEMATOMA SUBDURAL
PACIENTE ROJO 4	NT TENSIÓN + CONTUSIÓN HEPÁTICA+CONMOCIÓN CEREBRAL
PACIENTE ROJO 5	ROTURA ESPLÉNICA
PACIENTE AMARILLO 1	FRACTURA FEMUR ABIERTA
PACIENTE AMARILLO 2	FRACTURA TIBIA Y PERONE
PACIENTE AMARILLO 3	Q2º GRADO SUPERFICIAL 10% + CONTUSIÓN RODILLA DX
PACIENTE AMARILLO 4	FRACTURA ABIERTA HUMERO
PACIENTE AMARILLO 5	FRACTURA DE COLLES
PACIENTE AMARILLO 6	FRACTURA DE CADERA
PACIENTE AMARILLO 7	FRACTURA DE FEMUR
PACIENTE AMARILLO 8	Q2º GRADO SUPERFICIAL 18% + CONTUSIÓN TOBILLO IZQ
PACIENTE AMARILLO 9	FRACTURA SUBCAPITAL DE HUMERO
PACIENTE AMARILLO 10	LUXACIÓN DE HOMBRO
PACIENTE VERDE 1	POLICOTUSIONADO
PACIENTE VERDE 2	ESGUINDE TOBILLO I
PACIENTE VERDE 3	CONTUSIÓN TIBIA
PACIENTE VERDE 4	POLICOTUSIONADO
PACIENTE VERDE 5	POLICOTUSIONADO
PACIENTE VERDE 6	CONTUSIÓN HOMBRO
PACIENTE VERDE 7	CRISIS DE ANDIEDAD
PACIENTE VERDE 8	POLICOTUSIONADO
PACIENTE VERDE 9	LX METACARPO-FALANGICA
PACIENTE VERDE 10	CRISIS DE ANSIEDAD
PACIENTE VERDE 11	POLICOTUSIONADO
PACIENTE VERDE 12	ESGUINCE TOBILLO I
PACIENTE VERDE 13	POLICOTUSIONADO
PACIENTE VERDE 14	POLICOTUSIONADO
PACIENTE NEGRO	ÉXITUS

Todas estas personas serán figurantes con capacidad para simular las diferentes patologías y funciones que se le asignen previamente. Dichos figurantes se reunirán a la entrada del estar del personal en la planta (-1) de la urgencia (junto entrada de ambulancias y mortuorio). Se les facilitará cartulinas de triaje (no a todos), cartulinas con las diferentes patologías (no a todos) y cartulinas de identificación (no a todos). Todos ellos llevarán cumplimentada la hoja de triaje del peex (que será secreta) y luego se comprobará con la hoja de triaje que se haya realizado durante el simulacro.

Una vez recibida la llamada de alerta ampliada en este caso, se contactará telefónicamente con el Coordinador de catástrofes de urgencias (médico de observación de camas) que dará el OK para iniciar el PEEEX, tras lo cual se pondrán buscas con el texto ALERTA 30 VÍCTIMAS al Director Gerente, Jefe de la Guardia y DAIG de Críticos; el Jefe de la Guardia pondrá buscas al RU de Urgencias y RU de Enfermería de Guardia, DAIGs y personal de Seguridad. Por último el RU de Enfermería de Guardia pondrá un busca a RU de Farmacia y intérpretes. **El médico de observación de camas delegará el mando a la persona de más experiencia en catástrofes que se encuentre en ese momento en la Urgencia.**

Desde la llamada de alerta telefónica las víctimas llegarán al hospital en el orden que a continuación se refleja:

COCHES AMBULANCIAS- SVA	PACIENTES	HORA SALIDA
COCHE1	1	9.50
COCHE2	6-7-16	9.50
COCHE3	8-9-10	9.50
COCHE4	11-12-30	10.10
COCHE5	13-14	10.10
COCHE6	19-20-21-22	10.25
COCHE7	15-23-24	10.25
COCHE8	25-26-27	10.25
COCHE9	28-29	10.25
AMBULANCIA 1	2	10
AMBULANCIA2	3	10.10
AMBULANCIA3	4	10.10
AMBULANCIA4	5	10.25

NOMBRE	Nº	COCHE/SVA	TRIAJE	PATOLOGIA	HORA SALIDA
	1	COCHE1	ROJO	EPIDURAL	9.50
	2	AMB.SVA1	ROJO	FX.PELVIS	10
	3	AMB.SVA2	ROJO	SUBDURAL	10.10
	4	AMB.SVA3	ROJO	NEUMOTORAX+	10.10
	5	AMB.SVA4	ROJO	ROTURA BAZO	10.25
	6	COCHE2	AMARILLO	FX.FEMUR ABIERTA	9.50
	7	COCHE2	AMARILLO	FX.TIBIA-PERONE	9.50
	8	COCHE3	AMARILLO	QUEMADURA MUSLO	9.50
	9	COCHE3	AMARILLO	FX.ABIERTA HUMERO	9.50
	10	COCHE3	AMARILLO	FX COLLES-MUÑECA	9.50
	11	COCHE4	AMARILLO	FX.CADERA	10.10
	12	COCHE4	AMARILLO	FX.FEMUR	10.10
	13	COCHE5	AMARILLO	QUEMAD.BRAZOS	10.10
	14	COCHE5	AMARILLO	FX.HUMERO	10.10
	15	COCHE7	AMARILLO	LUXAC.HOMBRO	10.25
	16	COCHE2	VERDE	POLICONTUSIONADO	9.50
	17	COCHE4	VERDE	ESGUINCE TOBILLO	10.10
	18	COCHE4	VERDE	CONTUSION TIBIA	10.10
	19	COCHE6	VERDE	POLICONTUSIONADO	10.25
	20	COCHE6	VERDE	POLICONTUSIONADO	10.25
	21	COCHE6	VERDE	CONTUSION HOMBRO	10.25
	22	COCHE6	VERDE	CRISIS ANSIEDAD	10.25
	23	COCHE7	VERDE	POLICONTUSIONADO	10.25
	24	COCHE7	VERDE	LUXACION DEDO	10.25
	25	COCHE8	VERDE	CRISIS ANSIEDAD	10.25
	26	COCHE8	VERDE	POLICONTUSIONAD	10.25
	27	COCHE8	VERDE	ESGUINCE TOBILLO	10.25
	28	COCHE9	VERDE	POLICONTUSIONADO	10.25
	29	COCHE9	VERDE	POLICONTUSIONADO	10.25
	30	COCHE4	NEGRO	MUERTO	10.10
	31	A PIE	FAMILIAR		10.30
	32	A PIE	FAMILIAR		10.30
	33	A PIE	FAMILIAR		10.30
	34	A PIE	FAMILIAR		10.30
	35	A PIE	FAMILIAR		10.30
	36	A PIE	FAMILIAR		10.30
	37	A PIE	FAMILIAR		10.30
	38	A PIE	FAMILIAR		10.30
	39	A PIE	FAMILIAR		10.30

El destino final de los pacientes será el siguiente:

- Los rojos: 3 serán valorados por UCI de los cuales 2 serán trasladados a otro hospital (uno lo hará en Helicóptero y otro en un vehículo de SVA) y 1 subirá a la UCI; 2 serán valorados por cirujano-traumatólogo e irán a quirófano.
- Los amarillos: los 10 irán a RX Urgencias, 5 de ellos a sala trauma y 5 sala de curas. De los 10, 5 serán hospitalizados y 5 se enviarán al área verde donde serán dados de alta.
- Los verdes serán dados de alta.

En el destino final de los pacientes habrá una persona encargada de sellar ó firmar la hoja de triaje del enfermo para confirmar que la víctima ha llegado a su destino.

FIGURANTES	DESTINO FINAL
Paciente rojo 1	Plataforma de Helicóptero
Paciente rojo 2	Quirófano Trauma
Paciente rojo 3	Puerta Lavandería
Paciente rojo 4	UCI
Paciente rojo 5	Quirófano Cirugía
Paciente amarillo 1	Ingreso (cafetería 5ª pta)
Paciente amarillo 2	Ingreso (cafetería 5ª pta)
Paciente amarillo 3	Alta (Pta. Evac. área verde)
Paciente amarillo 4	Ingreso (cafetería 5ª pta)
Paciente amarillo 5	Alta(Pta. Evac. área verde)
Paciente amarillo 6	Ingreso (cafetería 5ª pta)
Paciente amarillo 7	Ingreso (cafetería 5ª pta)
Paciente amarillo 8	Alta (Pta. Evac. área verde)
Paciente amarillo 9	Alta (Pta. Evac. área verde)
Paciente amarillo 10	Alta (Pta. Evac. área verde)
Paciente verde 1	Alta (Pta. Evac. área verde)
Paciente verde 2	Alta (Pta. Evac. área verde)
Paciente verde 3	Alta (Pta. Evac. área verde)
Paciente verde 4	Alta (Pta. Evac. área verde)
Paciente verde 5	Alta (Pta. Evac. área verde)
Paciente verde 6	Alta (Pta. Evac. área verde)
Paciente verde 7	Alta (Pta. Evac. área verde)
Paciente verde 8	Alta (Pta. Evac. área verde)
Paciente verde 9	Alta (Pta. Evac. área verde)
Paciente verde 10	Alta (Pta. Evac. área verde)
Paciente verde 11	Alta (Pta. Evac. área verde)
Paciente verde 12	Alta (Pta. Evac. área verde)
Paciente verde 13	Alta (Pta. Evac. área verde)
Paciente verde 14	Alta (Pta. Evac. área verde)
Paciente negro 1	Mortuorio
10 Familiares	Salón de actos
5 Curiosos	Fuente acceso a urgencias

Todos los procedimientos invasivos que se deban realizar en los figurantes serán ficticios, pero aquellos procedimientos no invasivos (oxigenoterapia, monitorización...) SERÁN REALES.

Los pacientes que ya se encontraban en las urgencias y aquellos que lleguen normalmente serán tratados de la forma habitual pero en las áreas específicas para ello según el PEEEX.

Desde las 7.30 A.M. se les entregará a dichos pacientes y a sus familiares una hoja de información del simulacro y una encuesta de satisfacción.

5. CONCLUSIONES.

ACTIVACIÓN DEL PEEEX

El ejercicio tuvo una duración total de 2h. Se produjo la llamada de aviso a las 9:40h A.M. y comenzaron a llegar las primeras víctimas a las 9:50h A.M.

El RU de urgencias avisó al RUE de Urgencias a las 9:48h A.M. El supervisor de enfermería recibió la llamada a las 10:02 A.M.

El jefe de la Guardia y Anestesiista creen que la alerta es real y actúan en consecuencia; si bien su forma de proceder fue totalmente correcta (teniendo en cuenta que creían que era una situación real), observamos un importante fallo al no haber leído los correos electrónicos que se les había enviado informándoles del simulacro.

En relación al personal de Admisión, en lo que se refiere a la llamada de aviso: no piden un número de teléfono para verificar los datos; no se pregunta por la naturaleza del accidente ni por el probable número de víctimas.

Todo el personal que fue activado, como dispone el Plan de Emergencias, acudió al Área de Urgencias, excepto UCI (que fue avisado en dos ocasiones).

ÁREAS

a) TRIAJE

Buena localización del área.

Triaje realizado de forma rápida aunque en algunos casos no se siguió el método START. Se comprobaron algunos fallos en la clasificación de las víctimas, aunque en general, fue acertado y eficaz.

Muy buena labor en cuanto a identificación de víctimas

Falta de material básico (guedel, tarjetas...) al inicio del ejercicio; cuando llegaron las primeras 3 víctimas, el personal de triaje no contaba con el material adecuado.

b) Área ROJA

Buena localización.

En general adecuada atención de todo el personal. Recursos materiales y humanos adecuados.

Buen cumplimiento de los tiempos "teóricos".

Buena dinámica en cuanto a la valoración-revaloración de los pacientes; se observa como 2 pacientes que no pertenecían a dicha área fueron correctamente revalorados y enviados a la zona correspondiente.

Se avisa a radiología y no acude para la realización simulada de una ecografía portátil. El resto de las llamadas a los técnicos fueron correctamente atendidas.

Se decide el traslado de 3 pacientes a hospitales de otra zona, coordinado por los facultativos de urgencias, cirujano de guardia y traumatólogo de guardia (no estando presente como indica el plan, el intensivista). El orden de priorización en función de las lesiones fue el correcto.

c) Área AMARILLA

Correcta ubicación y organización en general.

Recursos sobredimensionados en cuanto a personal (víctimas amarillas: 10).

Buen cumplimiento de flujos y tiempos.

Triaje dinámico y permanente.

d) Área VERDE

Buena organización.

Recursos humanos sobredimensionados.

Buenos tiempos y flujos.

Altas precoces y sin petición de pruebas complementarias en la mayoría de los casos (como establece el Plan).

FLUJOS

Se realizaron de forma correcta cumpliéndose el criterio más importante: la unidireccionalidad.

SEÑALIZACIÓN, CARTELIZACIÓN, IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL POR ÁREAS

Adecuada cartelización por parte del personal de seguridad.

Correcta señalización de cada área.

Todo el personal estaba correctamente identificado con el distintivo del área correspondiente.

VALORACIÓN MANDOS DE LA EMERGENCIA

No se establecieron puestos fijos de mando.

Empleo sobredimensionado de recursos humanos en algunas áreas, en un primer momento, sin capacidad de redistribución posterior (corresponsabilidad del mando de cada área).

Buena previsión en cuanto a altas precoces en ambas observaciones y hospitalización de pacientes estables.

FLUJOS DE INFORMACIÓN

Consideramos que en todo momento fueron muy aceptables.

APOYO PSICOLÓGICO A LAS VÍCTIMAS

Nefasta área de ubicación, provocando los gritos de los figurantes, estrés en niños reales que en ese momento estaban en la zona de Pediatría.

Correcta atención profesional.

Personal claramente insuficiente.

XIII. Identificación de oportunidades de mejora

- Mayor implicación en los simulacros del resto de especialidades ajenas al servicio de urgencias.
- Recogida de datos necesarios por el personal de admisión antes de la activación del PEEX, así como comprobar la veracidad de la llamada.
- Mejorar el triaje de las víctimas minimizando errores.
- Distribución de material y recursos humanos en las diferentes áreas adecuándolo al número de víctimas atendidas.
- Designar un puesto fijo de mando.
- Aumentar el personal asignado al apoyo psicológico de las víctimas.

XIV. Priorización de oportunidades de mejora

En base a los resultados obtenidos en los simulacros anteriores se han priorizado las oportunidades de mejora según el **método Hanlon** en base a la magnitud, gravedad del problema, eficacia de la solución y factibilidad de la intervención, siguiendo la siguiente fórmula:

Importancia (I)= Magnitud (M) + Gravedad (G)

Priorización= Importancia (I) x Eficacia de la solución (E) x Factibilidad de la intervención (F)

Priorización= (M + G) x E x F

A mayor puntuación, más prioritaria es la situación a mejorar.

Magnitud del problema (M): número de personas afectadas por el problema en relación con la población total: basado en datos de prevalencia o en datos de sucesos observados. Puntos 0-10.

Gravedad del problema (G): Relacionado con la mortalidad, morbilidad, esperanza de vida, calidad de vida, incapacidad o riesgo para el paciente. Puntos 0-10.

Eficacia de la solución (E): en función de lo fácil o difícil de la solución, el grado en que la solución del problema depende de los profesionales del equipo o de otros agentes externos. Puntos 0'5-1'5.

Factibilidad de la intervención (F): Se puntúan los factores que influyen en la misma: pertinencia, factibilidad económica, aceptabilidad, disponibilidad de recursos y legalidad. Puntos 0 ó 1.

Análisis del método Hanlon para cada uno de los criterios:

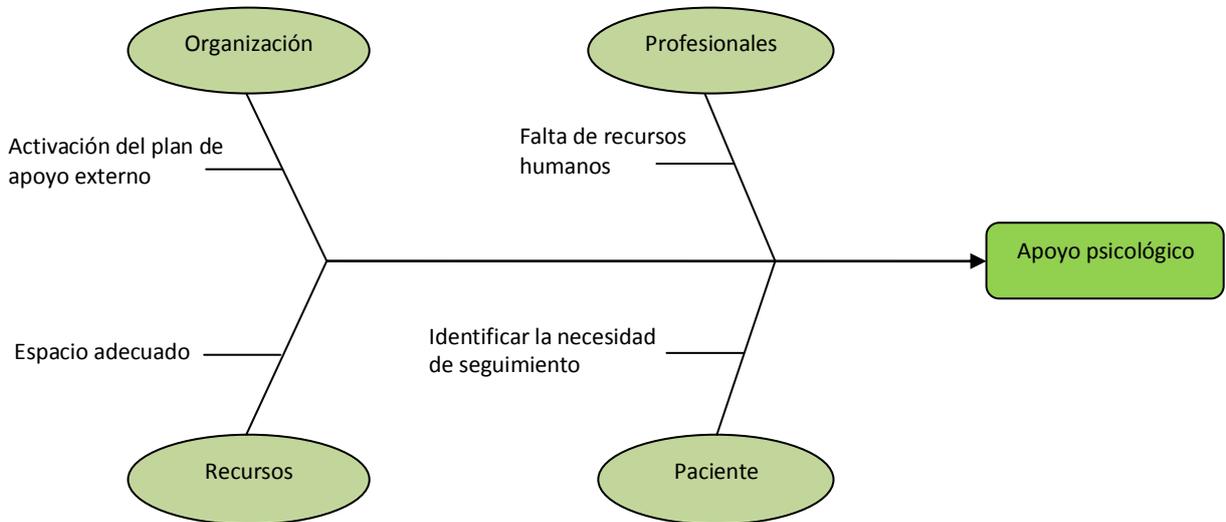
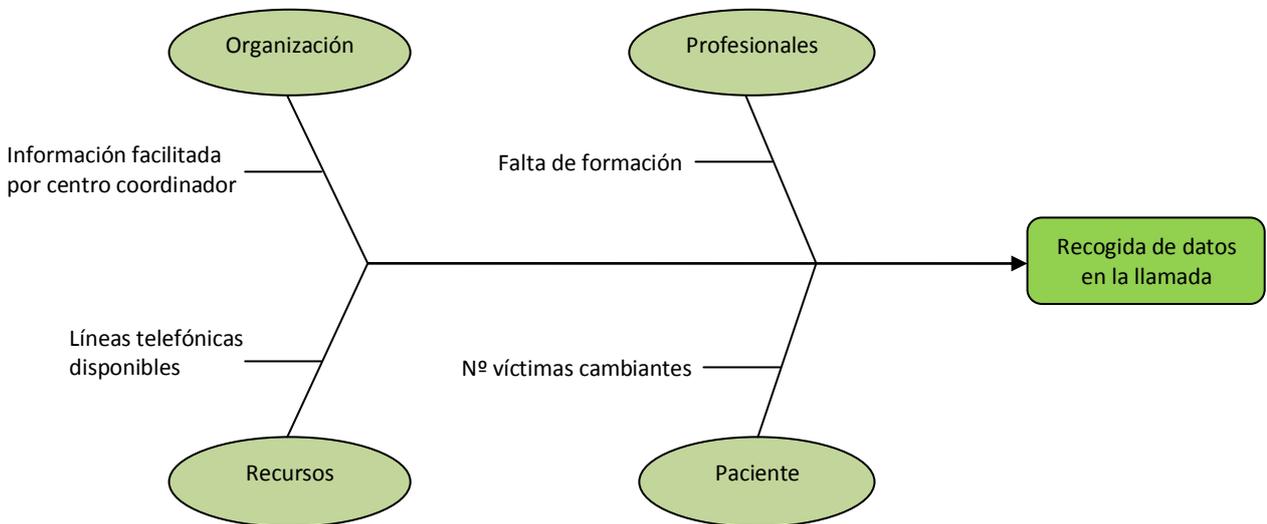
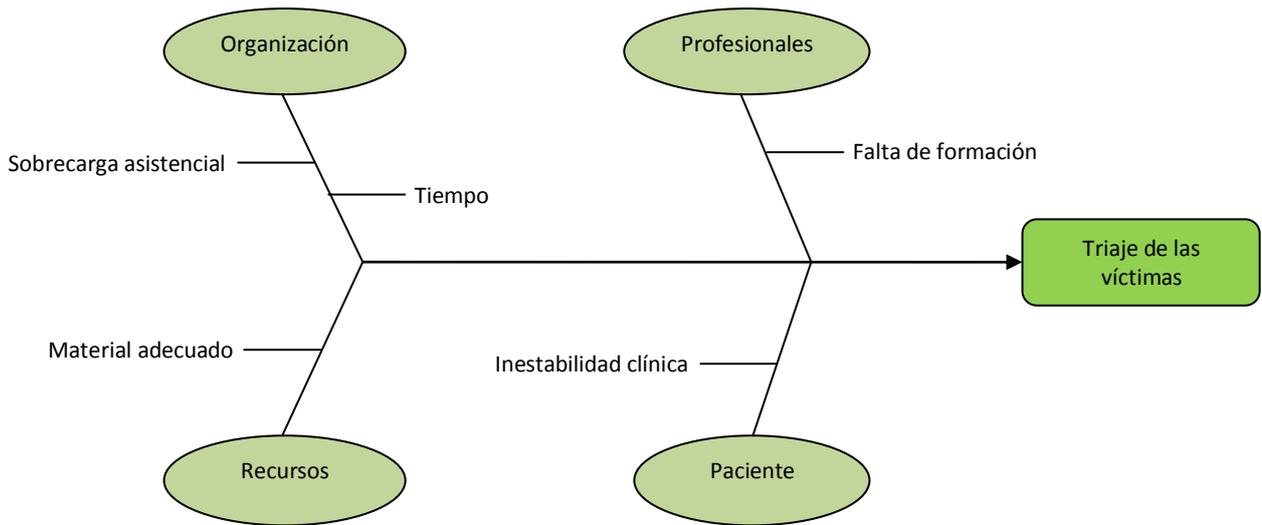
- Mayor implicación en los simulacros del resto de especialidades ajenas al servicio de urgencias.
 - o M= 8; G= 8; E= 1.5; F= 1 → P= 18.5
- Recogida de datos necesarios por el personal de admisión antes de la activación del PEEX, así como comprobar la veracidad de la llamada.
 - o M= 8; G= 10; E= 1.5; F= 1 → P= 20.5
- Mejorar el triaje de las víctimas minimizando errores.
 - o M= 10; G= 9; E= 1; F= 1 → P= 21
- Distribución de material y recursos humanos en las diferentes áreas adecuándolo al número de víctimas atendidas.
 - o M= 6; G= 6; E= 1.5; F= 1 → P= 14.5
- Designar un puesto fijo de mando.
 - o M= 4; G= 4; E= 1.5; F= 1 → P= 10.5
- Aumentar el personal asignado al apoyo psicológico de las víctimas.
 - o M= 9; G= 8; E= 1.5; F= 1 → P= 19.5

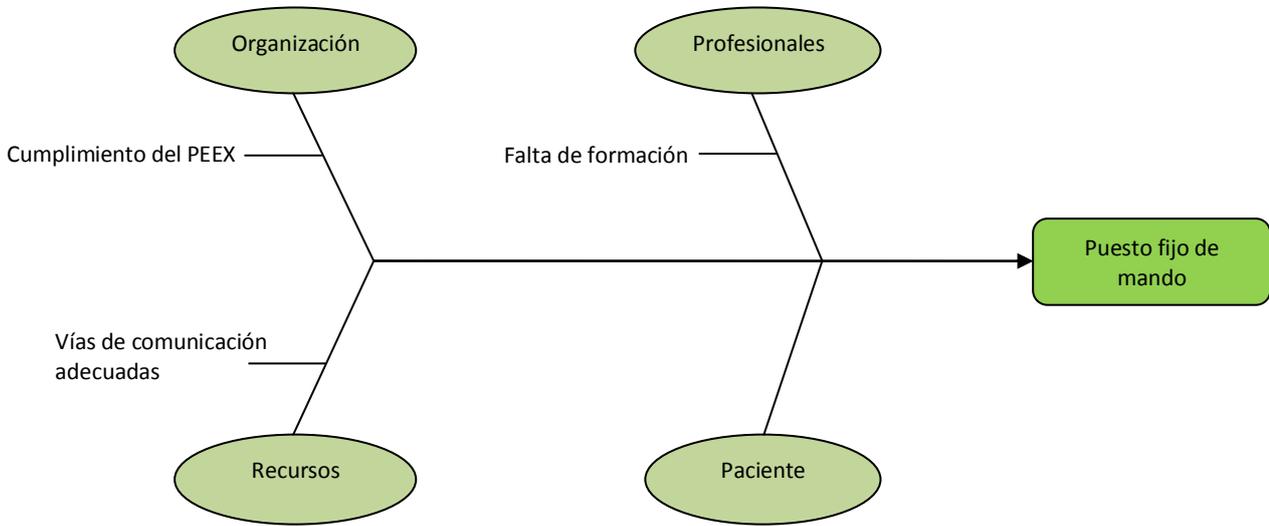
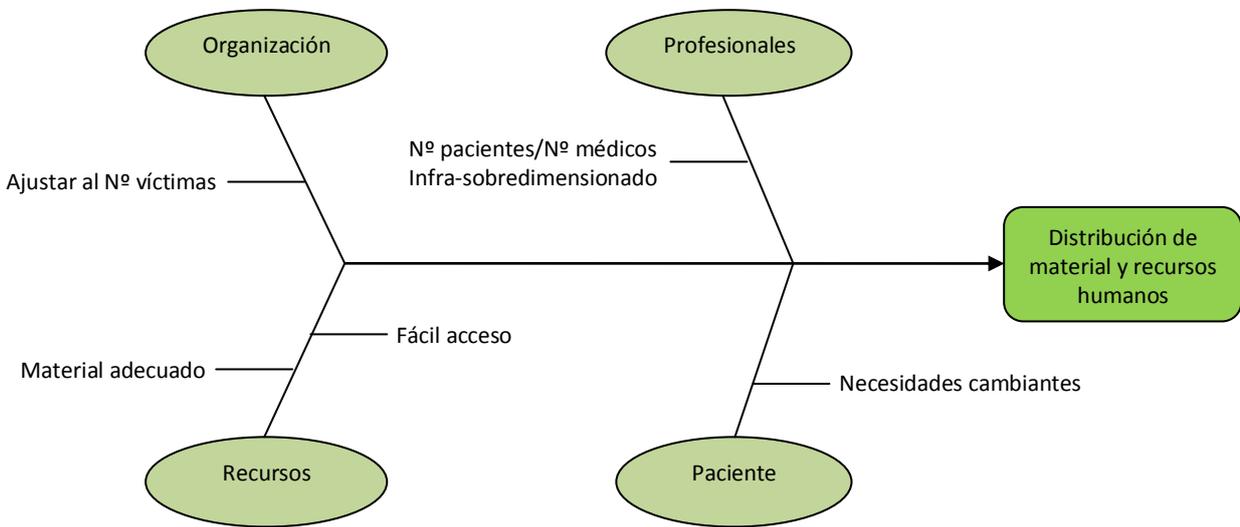
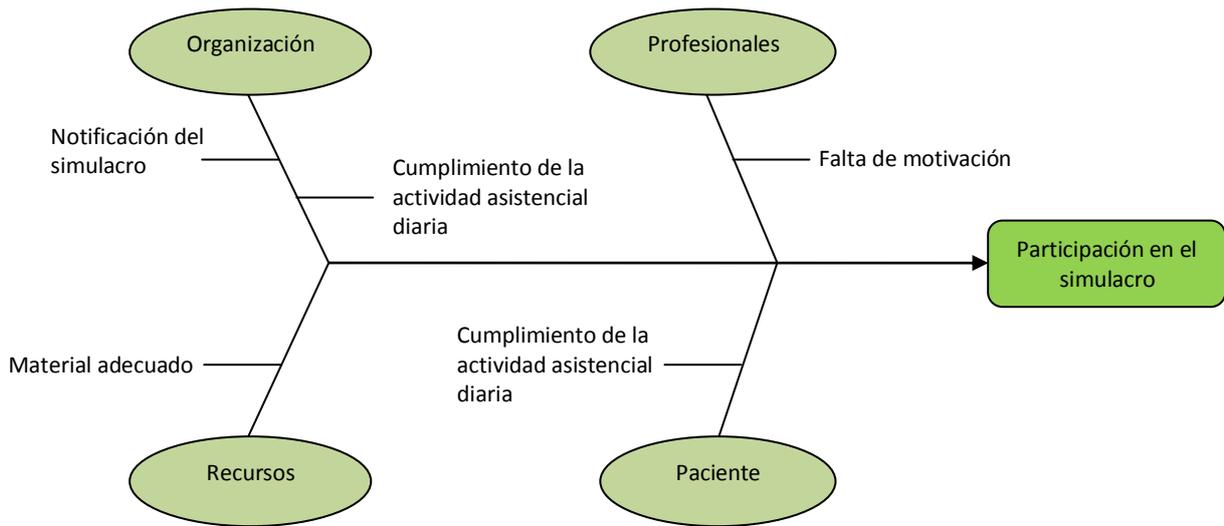
Tras este análisis, se propone el siguiente orden de prioridad al que van a ir dirigidas nuestras intervenciones de calidad:

1. Mejorar el triaje de las víctimas minimizando errores.
2. Recogida de datos necesarios por el personal de admisión antes de la activación del PEEX, así como comprobar la veracidad de la llamada.
3. Aumentar el personal asignado al apoyo psicológico de las víctimas.
4. Mayor implicación en los simulacros del resto de especialidades ajenas al servicio de urgencias.
5. Distribución de material y recursos humanos en las diferentes áreas adecuándolo al número de víctimas atendidas.
6. Designar un puesto fijo de mando.

XV. Análisis de los problemas detectados

El diagrama de causa-efecto o de Ishikawa es un instrumento eficaz que ayuda a generar de forma estructurada las teorías acerca de las causas de error en el proceso. Esta herramienta, gracias a su representación gráfica sencilla y a su análisis participativo mediante grupos de mejora, facilita un resultado óptimo en el entendimiento de las causas que originan un problema, con lo que puede ser posible la solución del mismo.





XVI. Propuestas de mejora

El fin de cualquier programa de gestión de calidad es identificar y analizar una serie de problemas para buscar intervenciones que ayuden al buen funcionamiento y mejora de la calidad asistencial.

Para establecer nuevas intervenciones de mejora, es importante mostrar nuestros resultados al personal implicado, con el fin de buscar la máxima participación, así como obtener sugerencias que ayuden a elaborarlas. Deben tener un carácter práctico y ofrecer soluciones factibles a los problemas reales, dando respuestas a la finalidad, el tipo de medida y quién y cómo será el encargado de aplicarla.

Pueden elaborarse medidas educativas (ofrecen formación a los profesionales implicados), organizativas (implican creación de nuevos sistemas de organización) o medidas motivadoras. Lo importante de estas medidas es que estén enfocadas a promover cambios de conducta. Para ello deben tenerse en cuenta factores predisponentes, facilitadores y reforzantes.

Tras la comparación de los resultados obtenidos en los diferentes simulacros se han elaborado las siguientes medidas correctoras:

1. Realización de reuniones multidisciplinares para incidir en la importancia del conocimiento del Plan, reforzando las pautas de actuación más importantes.
2. Se llevará a cabo un refuerzo reiterativo periódicamente recordando el PEEEX con una hoja informativa distribuida entre los diferentes servicios implicados.
3. Ofrecer sesiones formativas a los intervinientes para la adecuada realización de sus competencias.
4. Designar un encargado para la distribución y reposición periódica del material necesario.
5. Incrementar el personal asignado al apoyo psicológico de víctimas y familiares.

ANEXO 1

