

2017

Servicio de Pediatría
HGUA

Plan de Catástrofes Externas Pediátricas

PLAN ASISTENCIAL
PLAN DE CALIDAD



[PLAN DE CATÁSTROFES]

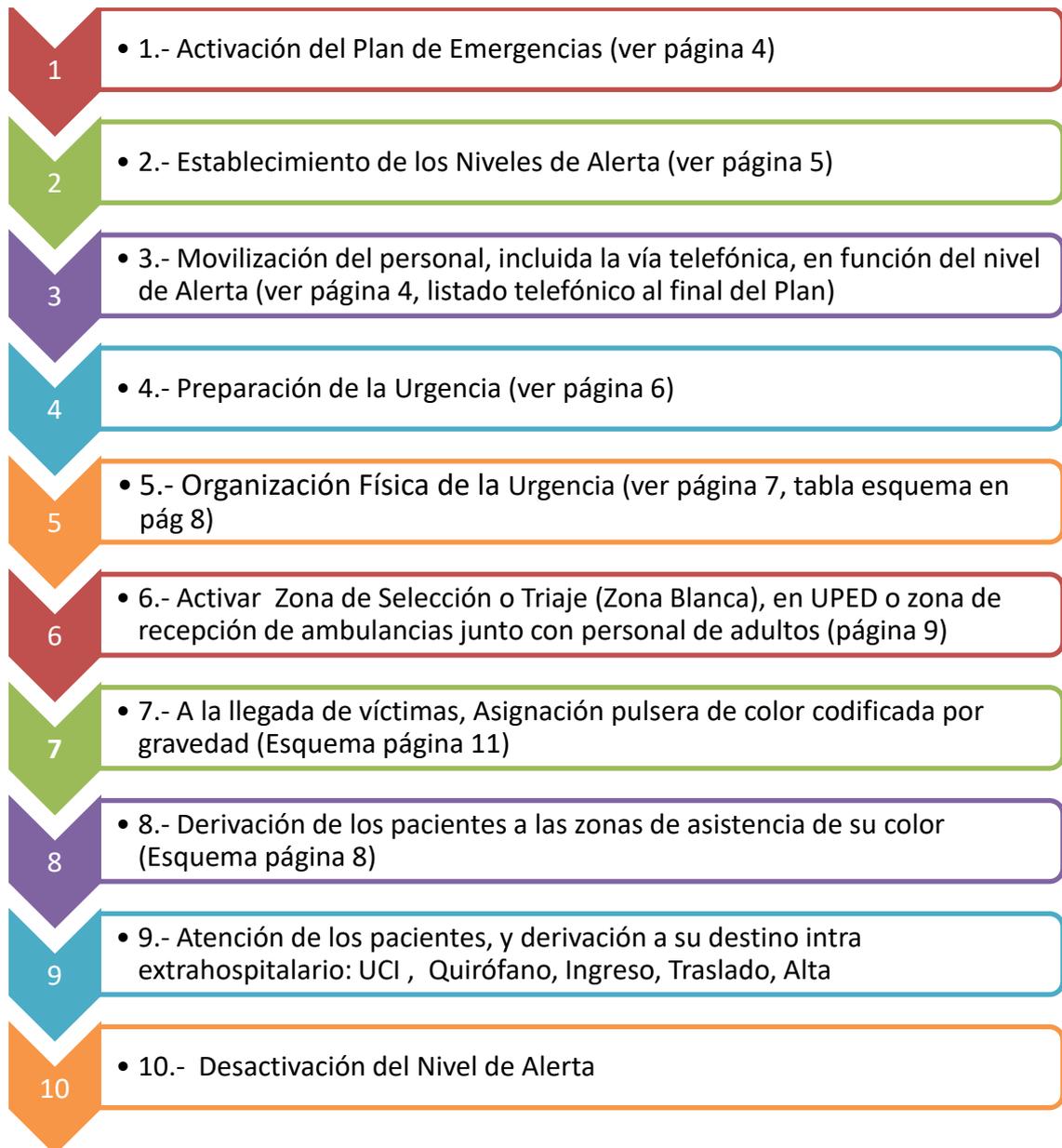
Fecha de aprobación: junio 2017.

Fecha de implementación: junio 2018

Fecha de revisión: anual



1.- ESQUEMA PLAN DE EMERGENCIA

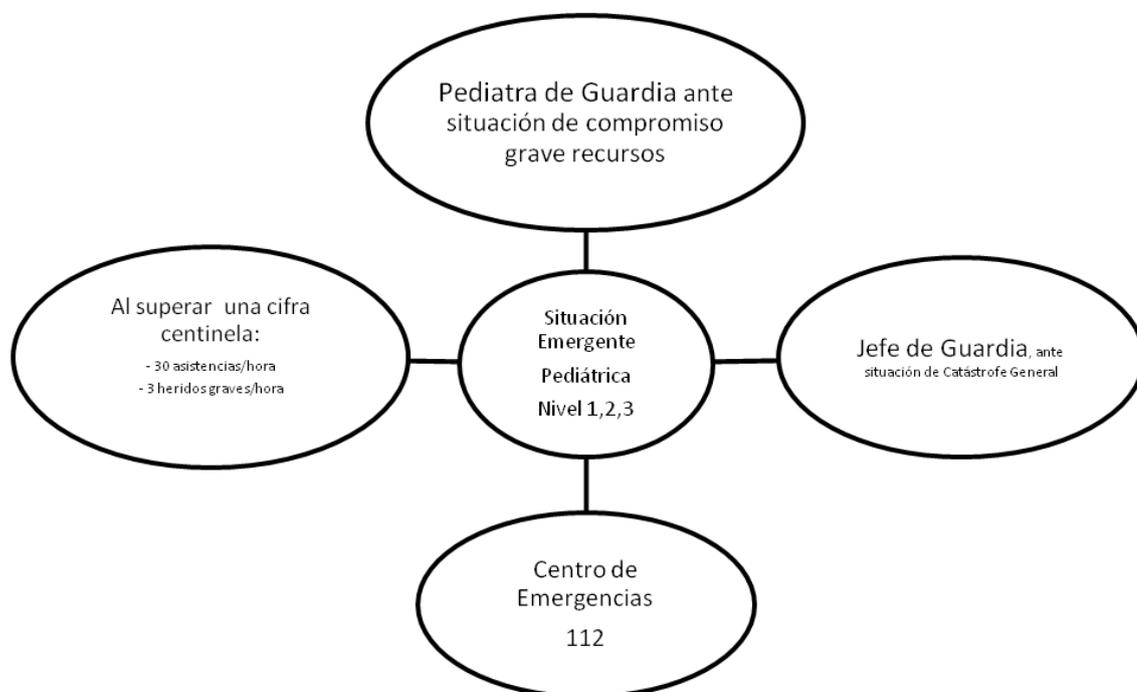


2.- ACTIVACIÓN PLAN DE EMERGENCIA

La activación del Plan de Emergencia, (establecer nivel de alerta con su respuesta correspondiente) se puede producir: (ver Figura 1):

- Ante el alto número de víctimas pediátricas que llegan a UPED, y la gravedad de las mismas, superando los valores propuestos anteriormente.
- Ante aviso del Centro de Coordinación de Emergencias.
- Ante aviso del Jefe de Urgencias o Jefe de la Guardia del Hospital
- El Pediatra de Guardia puede solicitar la activación del Plan Específico de Pediatría, al valorar que los recursos disponibles son sobrepasados por la gravedad y cantidad de las víctimas. En ese caso ha de comunicarlo inmediatamente al Jefe de Guardia y/o Director Médico del Hospital
- La activación del Plan de Emergencias Pediátricas implica avisar a:
 - Jefe de Servicio de Pediatría
 - Jefe de Guardia del Hospital/Dirección Médica
 - Supervisor de Guardia de Enfermería
 - Jefe de Celadores
 - Admisión
 - Seguridad Interna del Hospital

Figura 1.- Activación del Plan de Emergencias



3.- NIVELES DE ALERTA Y MOVILIZACIÓN DEL PERSONAL

Niveles de Alerta	Qué Supone	Qué Hacer
Nivel- I	Se puede y se debe hacer frente con los recursos habituales y permanentes de que se dispone	
Nivel- II	Prepara al hospital para recibir un número mayor de víctimas. Se deben dejar libres las salas de recepción y estar dotados de todo su personal. Preparar la UCI y los quirófanos, centros de control e información y otras áreas especiales.	Es necesaria la presencia física de todo el personal de Urgencias. (se avisará al personal de UPED que no está de Servicio)
Nivel- III	prepara para un grave desastre de la comunidad	La alerta es para todo el personal de Pediatría que está en el centro y los que están fuera de servicio

- Tras orden del Jefe de Guardia y/o Coordinador de Pediatría la supervisora de Guardia de Enfermería coordinará el aviso al personal (Médico, Enfermería, Auxiliar, Administrativo, etc.) requerido (personal de UPED si nivel II, todo el personal de Pediatría si nivel III). ANEXO VIII.

Para ello puede valerse de la Centralita del Hospital, o bien delegar en un celador/administrativo/auxiliar esta finalidad.

- Si la situación de Emergencia comprende un cambio de turno, puede solicitar que el personal saliente permanezca hasta contar con recursos humanos suficientes para la Emergencia.
- Se solicitará al responsable del Bloque Quirúrgico de Guardia valoración de si se requiere suspender actividad quirúrgica programada en función de las necesidades de la Emergencia.
- El punto de encuentro:
 - Enfermeras y Auxiliares requeridos será el despacho de la Supervisora de Urgencias. (Situado en el pasillo paralelo de Urgencias de Pediatría, entre Banco de Sangre y Urgencias).

Desde allí pasarán a Urgencias de Pediatría a la zona que se les encargue, con brazalete con el color correspondiente (se utilizarán los que tiene el Hospital, depositados en el Despacho de la Supervisora de Urgencias).



Despacho de Supervisora de Urgencias. 1ª Planta, salida del Servicio de Urgencias



El personal asignado a cada área se identificará mediante brazaletes de color.

- En relación al profesional médico, se personarán al punto de triaje, donde estará el jefe de guardia de pediatría, y en su defecto, al despacho médico de Urgencias de Pediatría. Desde allí pasarán a Urgencias de Pediatría a la zona que se les encargue, con brazaletes con el color correspondiente.



4.- PREPARACIÓN DE LA URGENCIA

- Comunicación Inmediata a Jefe de Guardia y Supervisor de Enfermería de Guardia.
- Estimar las necesidades asistenciales en función de la información disponible. Determinar niveles de Alerta y llamar a refuerzos en función del nivel.
- Ubicación del personal disponible. Asignación de responsabilidades por Coordinador de Pediatría. Se distribuirán los brazaletes de equipo de trabajo por gravedad de las víctimas.
- Aviso a UCIP, Anestesia, Reanimación, Cirugía, Servicio Centrales: Radiología, Laboratorio de Urgencias y Banco de Sangre.
- Determinar puerta de entrada víctimas y punto triaje. Sin nueva orden, serán las que vienen en esta versión del plan: puerta de Urgencias Pediátricas y triaje actual.
- Preparación física de la Urgencia. Delimitar zonas de color
- Pacientes que están en Urgencias previamente, o ingresados en planta: agilizar altas disponibles , ingreso de lo inevitable (ANEXO I y ANEXO II)
- Preparar material fungible, material RCP, vías y fluidos, concentrado de hematíes con extrema urgencia

5.- ORGANIZACIÓN FÍSICA

1.- CENTRO DE CONTROL EN CASO DE EMERGENCIA GENERAL DEL HOSPITAL

Ubicación: Sala de Juntas del Área de Dirección y Despacho del Director Gerente.

2.- SALA DE ESPERA

Importante: ante el alto número de víctimas y acompañantes se restringirá a uno el número de familiares acompañantes, el resto será enviado a Sala de Espera de Familiares. Bien los celadores o bien los guardias de seguridad velarán el cumplimiento de esta norma

2.1. **Sala de Espera de Familiares:** existente en el Servicio de Urgencias de Adultos, en la puerta principal de este Servicio.



2.2. **Sala de Espera de Pacientes:** se ubicará en la Sala de Espera de Consultas Externas de Pediatría. Destinada también a pacientes de baja gravedad (pendientes de resolución definitiva), y pacientes que estaban en Urgencias que no han podido ingresar ni ser dados de alta.



3.- ÁREAS DE ASISTENCIA Y EXPANSIÓN PARA PACIENTES

3.1 ZONA BLANCA (ÁREA DE CLASIFICACIÓN O TRIAJE)

Ubicación: Triage actual.

Área expansión: Despacho supervisora UPED.

En caso de orden por el Jefe Guardia, o bien se trate de una catástrofe de grandes dimensiones, puede desplazarse a la zona de recepción de ambulancias, a especificar en ese momento.



3.2 ZONA ZONA ROJA (CUIDADOS CRÍTICOS)

Ubicación: Box paradas y Consulta de Traumatología.

Área expansión: Camas de UCIP.

3.3 ZONA AMARILLA (CUIDADOS INTERMEDIOS)

Ubicación: Consultas 2, 3, 4, 5 y 6.

Área expansión: Box 1 y 2.

3.4 ZONA VERDE (CUIDADOS MÍNIMOS)

Ubicación: Sala Espera Consultas Externas Pediatría.

3.5 ZONA GRIS (CUIDADOS TERMINALES)

Ubicación: Box 3 (aislamiento).

3.6 ZONA NEGRA (FALLECIDOS)

Ubicación: Mortuorio.

4.- ÁREAS DE ALTAS

Destinada a alojamiento de los pacientes atendidos y dados de alta, así como a sus acompañantes.

Ubicación: Vestíbulo de la puerta de entrada de Consultas de Pediatría (C/ Maestro Alonso).

Acceso: desde el Servicio de Urgencias, por el pasillo que comunica con el Hospital.
Expansión: vestíbulo entrada principal del Hospital (C/ Pintor Baeza).

5.- CENTRO DE FAMILIARES

Ubicación: Salón de Actos del Hospital y Lucernario. Proximidad a cafetería.

6.- CENTRO DE PRENSA

Ubicación: Sala de Trasplantes, área de Admisión frente al lucernario (planta baja).

6.- SISTEMA DE CLASIFICACIÓN O TRIAJE POR COLOR

Tipo de paciente	ZONA BLANCA EQUIPO DE TRIAJE	ZONA ROJA CUIDADOS CRÍTICOS (Pacientes Recuperables)	ZONA AMARILLA CUIDADOS INTERMEDIOS Precisan atención hospitalaria, sin riesgo vital inmediato.	ZONA VERDE Cuidados Mínimos	ZONA GRIS Cuidados Terminales	ZONA NEGRA Pacientes Fallecidos
	<p>Todo paciente debe ser triado en los 5 minutos siguientes a su llegada, determinando el grado de urgencia y designando el área en el que se continuará su asistencia (rojo, amarillo, verde, gris y negro), asignando una tarjeta con el código.</p> <p>El equipo de triaje sólo proporcionará atención vital elemental (permeabilizar las vías respiratorias y aplicar presión para contener un sangrado activo...).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fero cardíaco presenciado. • Alteraciones del A-B-C, solucionables. • Disminución del Nivel de Conciencia (GCS \leq 9). • Lesiones graves en cara y/o penetrantes en ojos. • Traumatismos torácicos y abdominales graves. • Traumatismos de columna vertebral con afectación neurológica. • Fracturas abiertas de huesos largos. • Luxaciones de grandes articulaciones con compromiso. • Heridas vasculares graves. • Pérdida de sangre > 20% de la volemia. • Compresión extremidad/es largas (> de 4 horas). • Hipotermias. • Quemaduras de 2º y 3º grado entre 30-50% • Quemaduras complicadas con compromiso de la vía aérea por inhalación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fracturas de huesos largos cerradas y de huesos cortos abiertas. • Traumatismos craneales con Glasgow entre 9 y 14. • Luxaciones de grandes articulaciones: sin compromiso. • Lesiones en ojos graves no penetrantes. • Traumatismo torácico y abdominal sin compromiso. • Quemaduras de 2º grado (> 30% superficie corporal afectada) "parking". • Quemaduras de 3º grado (>10%) con otras lesiones (de tejidos blandos, fracturas menores...). • Quemaduras de 3º grado en pies, manos o cara. • Pérdida de 10-20% de la volemia. • Lesiones de columna dorsal. • Scalp moderado. • Grandes heridas no hemorrágicas o moderadamente hemorrágicas. • Heridas articulares profundas. • Blast ORL. • Intoxicaciones con manifestaciones cutáneas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismos cerrados de extremidades. • Pequeñas heridas contusas. • Contusiones moderadas torácicas y abdominales. • Quemaduras inferiores al 10%. • TCE leve con Glasgow 14-15, con o sin conmoción. • Luxaciones de articulaciones pequeñas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Destinada a pacientes con lesiones irreversibles, para tratamiento sedativo/analgésico. • Pacientes con nivel gris: • Quemaduras de 2º y 3º grado con una SC superiores al 80%. • Hundimientos toraco-abdominales. • TCE con exposición de masa encefálica • Inconscientes • TCE con paciente inconsciente y fracturas mayores asociadas. • Lesiones de columna cervical con ausencia de sensibilidad y movilidad. • Estados pre-agónicos. 	
Ubicación	Triaje actual Puede desplazarse a la zona de recepción de ambulancias.	Box paradas y Consulta de Traumatología	Consultas 2, 3, 4, 5 y 6	Sala de Espera Consultas Externas Pediatría	Box 3. (Aislamiento)	Mortuorio
Zona de Expansión	Despacho supervisora UPED	Camas de UCIP	Box 1 y 2	Un enfermero y auxiliar + 1 celador	1 médico y 1 enfermera	
Personal	Equipo completo (incluye al Responsable Guardia de Pediatría) + 1 celador.	2 equipos completos (pediatra o intensivista + enfermera + auxiliar)	2 equipos completos (uno en consulta y otro en observación)			

- Cada nivel de triaje (color) debe tener asignado un grupo de profesionales y un espacio concreto (ver tabla página 10).

No se realizará el triaje de pacientes ya clasificados por los servicios sanitarios extrahospitalarios (SAMU), asumiendo como adecuado el ya realizado.

1.- ZONA BLANCA (ÁREA DE CLASIFICACIÓN O TRIAJE)

A la llegada de las víctimas al Hospital, el Equipo de Triaje debe reclasificarlos y reevaluar sus prioridades terapéuticas.

Cada paciente debe ser atendido dentro de los 5 minutos siguientes a su llegada, determinando el grado de urgencia y designando el área en el que se continuará su asistencia (rojo, amarillo, verde, gris y negro).

El equipo de triaje sólo proporcionará atención vital elemental (permeabilizar las vías respiratorias y aplicar presión para contener un sangrado activo...). Su función fundamental es evaluar y clasificar, asignando una tarjeta con el color en función del nivel de gravedad y la prioridad de asistencia. Fundamental como distribuidor de flujo, comunicación intra e interhospitalaria y coordinación del personal pediátrico.

Ubicación: Triaje actual

Área expansión: Despacho supervisora UPED

En caso de necesidad puede desplazarse a la zona de recepción de ambulancias.

Personal: 1 equipo completo (Coordinador de UPED o Pediatra de Guardia + enfermera + auxiliar) y 1 celador.



- En el Triaje: Pediatra de Guardia y equipo de triaje
- Todos salen con pulsera y tarjeta de triaje
- Rojos, amarillos, grises pasan a UPED
- Verdes se envían a sala de Espera de CCEE

2.- ZONA ROJA (CUIDADOS CRÍTICOS)

Destinada a pacientes con compromiso vital que precisan asistencia inmediata y una vez proporcionada son recuperables, es decir, tienen un pronóstico aceptable.

Pacientes con nivel Rojo:

- Paro cardíaco presenciado.
- Alteraciones del A-B-C, solucionables.
- Disminución del Nivel de Conciencia (GCS \leq 9).
- Lesiones graves en cara y/o penetrantes en ojos.
- Traumatismos torácicos y abdominales graves.
- Traumatismos de columna vertebral con afectación neurológica.
- Fracturas abiertas de huesos largos.
- Luxaciones de grandes articulaciones con compromiso.
- Heridas vasculares graves.
- Pérdida de sangre > 20% de la volemia.
- Compresión extremidad/es largas (> de 4 horas).
- Hipotermias.
- Quemaduras de 2º y 3º grado entre 30-50%
- Quemaduras complicadas con compromiso de la vía aérea por inhalación.

Ubicación: Box paradas y Consulta de Traumatología. Por necesidades de espacio, la sala de paradas de Urgencias de Pediatría quedará vacía, y se podrán acumular camas y camillas en esa zona.

Área expansión: Sala espera UPED y Camas de UCIP.

Personal: 2 equipos completos (pediatra o Intensivista + enfermera + auxiliar).

**ZONA ROJA
CUIDADOS CRÍTICOS
BOX PARADAS Y
TRAUMATOLOGÍA**

EXIGE SALA ESPERA DE UPED VACÍA



En caso de emergencia, se abrirá la puerta que hay entre la sala de paradas y la sala de espera, para que pasen las camillas y evitar colapso de críticos

3.- ZONA AMARILLA (CUIDADOS INTERMEDIOS)

Destinada a pacientes que precisan asistencia hospitalaria, pero sin riesgo vital inmediato, deben permanecer en observación para cerciorarse de que su estado no empeora durante la espera.

Pacientes con nivel Amarillo:

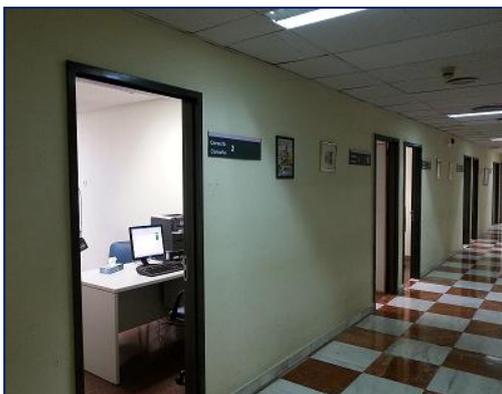
- Fracturas de huesos largos cerradas y de huesos cortos abiertas.
- Traumatismos craneales con Glasgow entre 9 y 14.
- Luxaciones de grandes articulaciones sin compromiso.
- Lesiones en ojos graves no penetrantes.
- Traumatismo torácico y abdominal sin compromiso.
- Quemaduras de 2º grado (> 30% superficie corporal afectada)
- Quemaduras de 3º grado (>10%) con otras lesiones (de tejidos blandos, fracturas menores...).
- Quemaduras de 3º grado en pies, manos o cara.
- Pérdida de 10-20% de la volemia.
- Lesiones de columna dorsal.
- Scalp moderado.
- Grandes heridas no hemorrágicas o moderadamente hemorrágicas.
- Heridas articulares profundas.
- Blast ORL.
- Intoxicaciones con manifestaciones cutáneas.

Ubicación: Consultas 2, 3, 4, 5 y 6.

Área expansión: Box 1 y 2.

Personal: 2 equipos completos (médico + enfermera + auxiliar) 1 para las consultas y otro para la observación.

ZONA AMARILLA
CUIDADOS INTERMEDIOS
CONSULTAS UPED
BOXES 1,2



4.- ZONA VERDE (CUIDADOS MÍNIMOS)

Destinada a pacientes que no precisan tratamiento urgente, o en todo caso pueden ser trasladados en vehículos no sanitarios. Su atención puede demorarse más de 6 horas.

Pacientes con nivel verde.

- Traumatismos cerrados de extremidades.
- Pequeñas heridas contusas.
- Contusiones moderadas torácicas y abdominales.
- Quemaduras inferiores al 10%.
- TCE leve con Glasgow 14 15, con o sin conmoción.
- Luxaciones de articulaciones pequeñas.

Ubicación: Sala Espera Consultas Externas Pediatría.

Personal: 1 enfermera, un auxiliar y un celador

ZONA VERDE
CUIDADOS MÍNIMOS
SALA DE ESPERA CONSULTAS
EXTERNAS DE PEDIATRÍA



5.- ZONA GRIS (CUIDADOS TERMINALES)

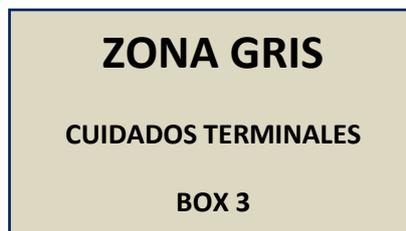
Destinada a pacientes con lesiones irreversibles, para tratamiento sedativo/analgésico.

Pacientes con nivel gris:

- Quemaduras de 2º y 3º grado con una SC superiores al 80%.
- Hundimientos toraco-abdominales.
- TCE con exposición de masa encefálica inconscientes
- TCE con paciente inconsciente y fracturas mayores asociadas.
- Lesiones de columna cervical con ausencia de sensibilidad y movilidad.
- Estados pre-agónicos.

Ubicación: Box 3 (aislamiento).

Personal: 1 médico y 1 enfermera.



6.- ZONA NEGRA

Destinada a pacientes fallecidos

Ubicación: mortuario.

ANEXO 1

Procedimiento de Evacuación de pacientes de UPED en el momento de la activación del plan

Todos los pacientes que se encuentran en el Servicio de Urgencias en el momento de la activación del Plan recibirán la siguiente información y tratamiento:

- El Jefe de Urgencias / Jefe de Guardia comunicará por megafonía interna la circunstancia de la emergencia, solicitando la colaboración de todos aquellos pacientes que consideren que su proceso puede ser demorado o tratado en los Puntos de Atención Continuada (PACs) Extrahospitalarios o Centros de Salud.
- El Jefe de Urgencias / Jefe de Guardia nombrará a un médico adjunto de la Unidad de Urgencias que:
 - O bien comunicará telefónicamente con el CICU informando sobre la necesidad de alertar a los PACs extrahospitalarios y Centros de Salud de la situación y la previsible afluencia de pacientes.
 - O bien coordinará la atención a todos aquellos pacientes que no puedan ser evacuados:
 - Ingreso hospitalario: se trasladará a su sala correspondiente, incluso aunque no tenga cama asignada.
 - Observación pendiente de exploraciones complementarias: se ingresará en planta pediátrica. Los mismos facultativos harán el seguimiento evolutivo.
 - Alta: se trasladará a vestíbulo entrada principal del Hospital (C/ Pintor Baeza).

ANEXO 2

Procedimiento de Evacuación de Pacientes ingresados en el momento de la activación del plan (si se requiriese)

- Si precisan camas hospitalarias, y considerando que un 25-30 % de los pacientes ingresados están estables, se podrían generar camas disponibles, si fueran necesarias.
- La evacuación se realizaría desde el Hospital hacia Consultas Externas, cada planta hacia la misma planta de Consultas Externas y desde allí hacia la puerta principal de Consultas Externas.
- En un primer momento se podrían mantener los enfermos en el área de ascensores de cada planta de consultas externas o en el recibidor de la puerta principal de Consultas Externas, sin ser evacuados fuera del hospital (que se realizaría si se confirma la necesidad de un gran número de camas hospitalarias).

ANEXO 3

Almacén de Material con el plan de Catástrofe

- El almacén de material para el Plan de Catástrofe es un espacio especialmente destinado para el material a utilizar en caso de activación del Plan, expresado en un catálogo o inventario. Parte de la dotación estará en la CONSULTA DE TRIAJE. El resto es material de uso habitual (ordenadores, Fax, etc.) que también estará debidamente inventariado.
- Los armarios permanecerán cerrados con llave y su mantenimiento y revisión es competencia de la Supervisora del Servicio de Urgencias, que estará en posesión de una llave (Y QUEDARÁ LOCALIZABLE DURANTE LA GUARDIA). Otras copias estarán en poder del Supervisor de Guardia y del Jefe de Seguridad.
- En este almacén habrá 200 tarjetas, y una carpeta con el plan esquematizado, con los teléfonos (corporativos y personales) de todas las personas implicadas. (ANEXO VII Y ANEXO VIII)
- Los brazaletes para los equipos médicos y de enfermería se encuentran en el despacho de la supervisora de Urgencias.
- Sería deseable que existiese un aparato de radio portátil para comunicación con las autoridades en caso de fracaso de la red telefónica.

ANEXO 4

Cese de la Emergencia

Finalizada la situación de emergencia, la autoridad competente comunicará a los directores de los distintos planes activados el cese de la misma para proceder a la vuelta progresiva a la normalidad.

ANEXO 5

Puntos a Tener en Cuenta en la Asistencia a Heridos

1. Atención inicial: La mayoría de los heridos llegan al hospital en un tiempo relativamente corto (primeros 90 minutos después del desastre). Las víctimas pueden llegar por diversos medios (ambulancias, particulares...) por lo que el flujo de pacientes no puede ser controlado por los servicios de urgencias oficiales. Hay que tener en cuenta que los pacientes menos graves suelen ser los primeros en llegar, ya que tienen la posibilidad de escapar del lugar del suceso por sus propios medios. La consecuencia es que éstos tienden a ser tratados antes, y los más graves, que llegan en etapas posteriores, no pueden ser atendidos de inmediato porque el Servicio de Urgencias está ya saturado.
2. No se dedican recursos valiosos a intentos de reanimación en pacientes en paro cardíaco no presenciado.
3. Las víctimas con problemas especiales, como quemaduras graves, necesitan ser transferidas directamente a unidades especializadas.
4. Sólo se hospitaliza a los enfermos cuando es imprescindible.
5. Los estudios de laboratorio y radiográficos se restringen a la obtención de información decisiva. (Siempre está indicado hacer radiografías de posibles fracturas de columna cervical, pelvis y fémur, debido a la gravedad de las complicaciones potenciales).
6. Medidas generales: La atención médica debe realizarse según el orden de prioridad de cualquier emergencia (ABCDE): inmovilización de columna cervical, apertura de la vía aérea, oxigenoterapia, intubación y ventilación mecánica, drenaje torácico en caso de neumotórax, compresión o torniquete para control de sangrados externos en extremidades, inmovilización de fracturas y protección de heridas.
7. Analgesia: es muy importante su administración precoz.
8. Guardia y Custodia. Avisar a Servicios Sociales.
9. Manejo de las heridas: las infecciones de las heridas ocurren en casi todo tipo de desastres. Deben ser irrigadas abundantemente y, en general, no se debe intentar el cierre primario. Si está indicado, administrar profilaxis antitetánica.

ANEXO 6

Custodia, Acompañamiento e Identificación de los menores no acompañados

- En estas situaciones pueden traer menores sin sus familiares, con terceras personas que los recogen en el lugar de la catástrofe, niños con dificultades para su identificación (por edad, estado físico...)
- Es fundamental que a su llegada se le asigne una pulsera identificativa, no sólo con el código de color. Se debe registrar el destino del menor dentro del hospital. En el caso de que el niño presente código verde, pasará no obstante a la zona de Urgencias de Pediatría, donde será más fácil su guardia y custodia.
- Se debe recoger la información de dónde y otras circunstancias en las que se halló, así como sus objetos personales.
- Hasta nueva orden, la custodia del niño será del Hospital. Se debe comunicar esta situación al Trabajador Social del Hospital, así como a la Conselleria de Bienestar Social y al Juzgado de Guardia
- Hasta resolución de la situación, los menores han de estar acompañados por un profesional del centro. Si existen varios menores en esta situación, se hará un listado con los menores y sus responsables del hospital.