

# 2026

**Servicio de Pediatría. HGUA**

**Plan de Catástrofes Externas  
Pediátricas**

**PLAN ASISTENCIAL  
PLAN DE CALIDAD**



## **[ PLAN DE ACTUACIÓN HOSPITALARIA FRENTE A UNA CATÁSTROFE EXTERIOR ]**

**Autores:**

**MARCO GÓMEZ DE LA FUENTE**

Fecha de aprobación: octubre de 2014

Fecha de primera actualización: noviembre de 2021

Fecha de segunda actualización: junio de 2026



**PLAN CATÁSTROFES EXTERNAS. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL  
GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE**

	<b>Pág.</b>
A. <u>INTRUCCION, OBJETIVOS Y DESARROLLO DEL PLAN</u>	4
B. <u>NIVELES DE ALERTA</u>	8
C. <u>ACTIVACIÓN DEL PLAN DE EMERGENCIAS</u>	9
D. <u>ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL. ÁREAS O ZONAS DE EXPANSION</u>	10
E. <u>ALMACÉN DE MATERIAL DE A.M.V./CATÁSTROFE</u>	22
F. <u>CESE DE LA EMERGENCIA</u>	22
G. <u>REVISIÓN DEL PLAN</u>	22
H. <u>IMPLANTACIÓN DEL PLAN</u>	23
I. <u>PREPARACIÓN DE UPED</u>	24
J. <u>ESQUEMA PLAN DE CATÁSTROFES</u>	25
K. <u>ANEXOS</u>	26
ANEXO I: PROCEDIMIENTO DE LLAMADA	26
ANEXO II: MATERIAL AMV	27
ANEXO III: COMITÉ DE DIRECCIÓN Y LOCALIZACIÓN TELEFÓNICA	28
ANEXO IV: PLANOS	31
ANEXO V .PUNTOS A TENER EN CUENTA A LA ASISTENCIA A HERIDOS	37
ANEXO VI.CUSTODIA, ACOMPAÑAMIENTO E IDENTIFICACIÓN DE LOS MENORES NO ACOMPAÑADOS	39
ANEXOVII .PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE PACIENTE INCONSCIENTE / AMNÉSICO SIN IDENTIFICAR	40
ANEXO VIII.LISTADO TELEFÓNICO DE INTERÉS EN CASO DE EMERGENCIA	42
ANEXO IX.- LISTADO TELEFÓNICO DEL PERSONAL DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA	44
AGRADECIMIENTOS	45

## **A. INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS Y DESARROLLO DEL PLAN**

### **a.1 Introducción**

La necesidad de disponer de un plan de actuación hospitalario frente a una catástrofe exterior ha definido unas directrices generales, concretadas por la Dirección General de Asistencia Sanitaria, Dirección del Departamento de Salud y representantes de los Servicios de Urgencias y resto de Servicios del Hospital.

Definida una catástrofe exterior, como una situación excepcional producida fuera del centro sanitario que causa: - gran número de víctimas - saturación de recursos ordinarios - necesidad de activar protocolos especiales

Se trata de una propuesta que aporta una estructura organizativa y de adecuación de los recursos asistenciales del Hospital ante una situación de catástrofe exterior o incidentes con múltiples víctimas (IMV).

Este plan de actuación pretende ser un documento definitivo a la vez que dinámico de actuación ante cualquier incidente que suponga atención a múltiples víctimas, incluyendo en el mismo mecanismos de actualización, supervisión, difusión y comprobación mediante la programación de simulacros para poner a prueba el funcionamiento total o parcial del Plan, y que serán sometidos a evaluación interna y externa.

### **a.2 Objetivos**

- Garantizar la dirección, activación y actuación coordinada de los recursos hospitalarios
- Establecer los mecanismos de alerta de los mismos recursos en situaciones de riesgo
- Asegurar la coordinación de los recursos hospitalarios con otros recursos sanitarios y no sanitarios

### **a.3 Desarrollo del plan**

#### **a.3.1 Director del plan**

Gerente del Departamento, en ausencia del mismo y hasta su llegada podrá ser sustituido por el Director Médico del Hospital y miembros del Equipo Directivo designados al efecto

Funciones:

- Activar y desactivar el Plan
- Dirigir el Comité de Dirección del Plan
- Nombrar otros integrantes del Comité

### a.3.2 Coordinador del plan

Es el Jefe del Servicio de Urgencias o, en su defecto, el Jefe de la Guardia

Funciones:

- Receptor final de la llamada de la emergencia exterior
- Confirma la veracidad
- Recaba información sobre la emergencia (número de víctimas, modo de traslado, etc.)
- Informa al Director del Plan y propone, en su caso, su activación
- Confirmada la activación del Plan, abandona las actividades asistenciales y asume las tareas organizativas y la toma de decisiones hasta la llegada al centro del Director del Plan y del Comité de Dirección del Plan
- Pone en marcha el procedimiento de llamada mediante instrucciones precisas a través de centralita, que comunicará la activación del Plan a los componentes del Comité de Dirección
- Da instrucciones al Supervisor de Enfermería o Supervisor de Guardia para la preparación del material de IMV
- Designa al responsable del área de clasificación/triaje (adjunto del Servicio de Urgencias)
- Da instrucciones al responsable del Servicio de Seguridad para organizar los accesos al hospital de:
  - Víctimas y pacientes regulares
  - Familiares y medios de comunicación
  - Personal sanitario movilizado por la activación del Plan
- Informa a los pacientes presentes y nombra un médico responsable para su atención y evacuación
- Establece el nivel máximo de atención de víctimas (nivel A o catástrofe Mayor: más de 100 pacientes simultáneamente o nivel B menos de 100 víctimas simultáneas)
- Avisará a los Servicios Quirúrgicos de la suspensión de las intervenciones programadas
- Avisará a las Unidades de Críticos: UCI, UCIQ, Unidades de cuidados intermedios (UCIN, CIME) para iniciar la gestión de evacuar y liberar camas
- Avisará al Servicio de Radiodiagnóstico para activar su
- Activará la alarma IMV en los teléfonos del personal médico de guardia a través de centralita
- Activará la llamada a acudir al hospital del personal de guardia localizada
- Activará los grupos de whatsapp del personal hospitalario para solicitar voluntarios para acudir en caso de IMV
- Activará el comité de atención e información a familiares
- Acudirá al punto de encuentro para explicar la situación al personal de guardia de presencia física
- Asigna a un coordinador de pacientes críticos

- Organizará los equipos de actuación inmediata formados con el personal de presencia física intrahospitalaria
- Organizará la apertura del material IMV (chalecos, medicación, productos sanguíneos, etc).

### **a.3.3 Comité de dirección**

Está integrado por:

- Dirección Médico
- Dirección de Enfermería
- Dirección Económica
- Dirección de Atención Primaria
- Jefe del Servicio de Urgencias/Jefe de la Guardia
- Supervisora de Enfermería de la Unidad de Urgencias/Supervisor/a de guardia
- Jefes de Servicio/Unidad de:

- **Pediatría**

- Cirugía General ▪ Anestesia y Reanimación ▪ Cirugía Ortopédica y Traumatología ▪ Cirugía Plástica ▪ Cirugía Torácica ▪ Cirugía Vascular ▪ Neurocirugía ▪ Banco de Sangre ▪ Análisis Clínicos ▪ Medicina Intensiva
- Cirugía Pediátrica ▪ Radiodiagnóstico ▪ Medicina Preventiva ▪ Microbiología ▪ Unidad de Enfermedad Infecciosas ▪ Farmacia Hospitalaria ▪ Admisión ▪ SAIP ▪ Informática ▪ Otros servicios o unidades
- Responsable de Seguridad
- Ingeniero Jefe/Jefe de Mantenimiento
- Jefe de Celadores/Encargado de turno

Funciones:

- Actuar como órgano de decisión
- Aprobar cambios organizativos
- Designar responsables
- Priorizar los servicios y actividades hospitalarias
- Establecer la creación de zonas de expansión
- Coordinar actividad hospitalaria (evacuación de pacientes hospitalizados, actividades relacionadas con la seguridad, logística, información, etc.), así como cualquier otra de carácter excepcional
- Coordinar las actuaciones del Hospital con las extra-hospitalarias a través del Centro de Información y Coordinación de Urgencias (CICU) de la provincia y vehiculizar a través de este organismo la petición de ayuda externa

- Estar a lo dispuesto por las autoridades sanitarias en caso de activación de otros planes de rango superior. Se dispondrá de listado telefónico actualizado (móvil y fijo) del personal a su cargo, que quedará bajo custodia en las dependencias establecidas y en el almacén específico de la catástrofe. Los cambios organizativos e instrucciones generales que se produzcan durante el periodo de activación del Plan quedarán recogidos por escrito, en el modelo confeccionado para tal fin (**ANEXO IV**), debiendo constar en el mismo la persona responsable que da la instrucción, firma, fecha, hora y persona responsable de ejecutarlos.

## B. NIVELES DE ALERTA

### NIVELES DE ALERTA



## C. ACTIVACIÓN DEL PLAN de IMV/AMV O CATÁSTROFE EXTERIOR



## **D. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL. ÁREAS O ZONAS DE EXPANSIÓN**

La planificación de las áreas y zonas de expansión que habilita el Hospital para la atención de IMV debe ser conocida y ensayada por los miembros que participan en la organización y respuesta del Plan. Deberán ser suficientemente señalizadas en el momento de la activación con sistemas preparados a tal efecto en el almacén de IMV. Las zonas de expansión pueden variar a criterio del Jefe de Guardia inicialmente y de la Dirección del Plan posteriormente según las necesidades. La dotación del personal necesario que aparece en el plan es de tipo orientativo, y podrá variar a criterio del Jefe de Guardia inicialmente y por la Dirección del Plan posteriormente. Se establecen las siguientes áreas y zonas:

### **D.1. CENTRO DE CONTROL**

Sala de Juntas del Área de Dirección y Despacho del Director Gerente.  
Acceso: Entrada por la puerta principal de Consultas Externas, por puerta de Consultas de Pediatría o por puerta principal del Hospital

### **D.2. SALA DE ESPERA**

Sala de Espera de Familiares: Servicio de Urgencias Generales y Sala de Espera de pacientes de Urgencias Generales: existente en el Servicio de Urgencias Generales. Destinada también a pacientes de baja gravedad.  
**En el caso de los pacientes pediátricos, se ubicará en la sala de espera propia del Servicio de Urgencias Pediátricas**

### **D.3. ÁREA DE CLASIFICACIÓN O TRIAJE**

Montaje provisional en el vestíbulo del Servicio de Urgencias Generales (zona de entrada y salida de camillas) . Se asignan mesas que den soporte a los instrumentos de clasificación.

Se considera que una vez activado el plan solo existe una entrada única para todos los pacientes (adultos, pediátricos o ginecológicos-obstétricos) a través del vestíbulo del Servicio de Urgencias Generales.

Funciones del responsable de clasificación (adjunto de Urgencias):

- Los equipos de triaje establecidos por coordinador
- Supervisión de su área
- Organiza al personal
- Asigna una persona para supervisar el flujo de ambulancias y lo coordine con el responsable de Seguridad
- Comprueba dotación de tarjetas identificativas, carros, camas y otros materiales. **No se realizará el triaje de pacientes ya clasificados por los servicios sanitarios extrahospitalarios (SAMU),** asumiendo como adecuado el ya realizado si existe sobrecarga en esta área. **Si el volumen de pacientes lo permite se realizará re-triaje.**

Desde el centro de coordinación (CICU) o el personal SAMU se avisará al coordinador de los pacientes que van a ser trasladados a cada hospital, de su estado crítico y las necesidades terapéuticas inmediatas, lo más precoz posible antes de la llegada al hospital

Personal necesario:

Inicialmente: (variará según los pacientes de la zona roja, preferencia de atención)

- 1 médico adjunto del Servicio de Urgencias Generales (personal de guardia inicialmente)
- 1 **médico adjunto del Servicio de Urgencias Pediátricas** (personal de guardia inicialmente), a petición del Jefe de Guardia
- 1 administrativo de Admisión de Urgencias





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



#### D.4. ZONA ROJA (CUIDADOS CRÍTICOS)

**Destinada:** a la atención de pacientes con compromiso vital (Ej.: maniobras de RCP, disminución del Nivel de Conciencia ( $GCS \leq 9$ ), estabilización hemodinámica, lesiones graves en cara y/o penetrantes en ojos, cirugía inmediata, quemaduras graves por su profundidad o extensión, 2º y 3º grado entre 30-50%, Quemaduras complicadas con compromiso de la vía aérea por inhalación, traumatismos torácicos, abdominales graves y 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.

Se señalará dicha área con carteles y pegatinas rojas

**Nota:** Cada equipo, evalúa y estabiliza a cada paciente y realiza transferencia a Unidad de Críticos o quirófano, o camas asignadas en el hospital para el IMV y el equipo vuelve a urgencias a la zona roja para nueva atención de paciente crítico. Los pacientes nunca retornan a urgencias

**-Ubicación:** Servicio de Urgencias Pediátricas: Sala de cuidados críticos y sala de aislamiento(si este estuviera ocupado sería opcional el BOX 3).

**ZONA ROJA**

**SALA DE CUIDADOS CRÍTICOS**

**Y SALA DE AISLAMIENTO**

**Posible extensión a Box 3**



**-Expansión: Camas de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.**

**-Personal necesario:**

- Adjunto Pediatría de urgencias 1: Triage
- Adjunto Pediatría urgencias: pediátricos Amarillos
- Equipo Pediátrico Alpha:
  - Residente Pediatra de urgencias 1 ( vía aérea)
  - Residente Pediatría urgencias 2 (asistente de vía aérea))
  - Adjunto Pediatría urgencias 3 (asistencial)
  - Intensivista pediátrico (líder)
  - Enfermera Pediatría 1 (monitorización)
  - Enfermera Pediatría 2 (circulante o volante)
  - TCAE pediatría 1 (escribiente)
  - Cirujano Pediátrico 1
  - Celador pediatría 1
- Equipo Pediátrico Beta:
  - Residente Pediatría urgencias 3 (vía aérea)

- Residente Pediatría urgencias 4 (asistente de vía aérea))
- Adjunto Pediatría urgencias 4 (asistencia)
- Anestesiólogo pediátrico (líder)
- Enfermera Pediatría 3, (monitorización)
- Enfermera Pediatría 4 (circulatorio)
- TCAE pediatría 2, (escribiente)
- Cirujano Pediátrico Residente
- Celador pediatría 2.

• **Circuito:** Los paciente llegan al área de urgencias, tras valoración son trasladados al TAC o quirófano, y desde allí, son trasladados a UCI, Intermedios o áreas de hospitalización designadas para IMV. **Nunca vuelven a urgencias**

- Dependiendo de que el IMV sea de usuarios predominantemente pediátrico o adultos, el área de urgencias de pediatría podría atender a pacientes menores de 18 años

#### **D.5. ZONA AMARILLA (CUIDADOS INTERMEDIOS)**

**Destinada:** a la atención de pacientes que precisan tratamiento urgente, sin riesgo vital inmediato (Ej.: sangrado en lugares accesibles a la compresión, laceraciones extensas, problemas respiratorios que no precisan asistencia ventilatoria, lesiones graves de extremidades como fracturas abiertas o amputaciones incompletas, fracturas de huesos largos cerradas, 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 2° grado (> 30% superficie corporal afectada), quemaduras de 3° grado (>10%) con otras lesiones (de tejidos blandos, fracturas menores...), quemaduras de 3° 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, etc.).

Se señalizará dicha área con carteles y pegatinas amarillos.

-Ubicación: Servicio de Urgencias Pediátricas: Consultas

-Expansión: Boxes de Observación 1 y 2

-Personal necesario:

- 2 médicos del Servicio de Urgencias Pediátricas

**ZONA AMARILLA**

**CUIDADOS INTERMEDIOS**

**Consultas UPED Boxes 1,2**



## D.6. ZONA VERDE (CUIDADOS MÍNIMOS)

**Destinada:** a pacientes que no precisan tratamiento urgente (Ej.:quemaduras < 10%, urgencias de ORL y oftalmológicas, urgencias psiquiátricas, pacientes con nivel verde, traumatismos cerrados de extremidades, pequeñas heridas contusas, contusiones moderadas torácicas y abdominales, TCE leve con Glasgow 14 15, con o sin conmoción, luxaciones de articulaciones pequeñas. etc.).

Se señalizará dicha área con carteles y pegatinas verdes

**-Ubicación:** Consultas del área de Consultas Externas Pediátricas



**-Expansión:** Mismo lugar: Consultas del área de Consultas Externas Pediátricas (primera planta)

#### **-Personal necesario Urgencias Pediátricas:**

- Médicos del Servicio de Urgencias Pediátricas disponibles en ese momento.
- Todos los médicos residentes de guardia de Pediatría disponibles.
- Médicos adjuntos y residentes de guardia de otras especialidades de presencia física
- Enfermería: Enfermeras del Servicio de Urgencias Pediátricas: su número variará según los pacientes de la zona roja, donde tendrán preferencia de atención, con lo que sí precisa serán sustituidas en esta zona por enfermeras de otras zonas de hospitalización - respetando a las de las unidades de críticos.

**ZONA VERDE**

**CUIDADOS MÍNIMOS**

**Consultas Externas de Pediatría**

#### **D.7. ZONA GRIS (CUIDADOS TERMINALES) ( COMÚN PARA AMBAS URGENCIAS)**

**-Destinada:** a pacientes con lesiones irreversibles, valorados y ya con tratamiento sedativo/analgésico administrado en el Servicio de Urgencias Pediátricas ( Ej. 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 )

Se señalará dicha área con carteles y pegatinas grises

**-Ubicación:** Hospital de Día de Oncológica (planta baja) si no hay actividad.

**-Acceso:** desde la puerta del Servicio de Urgencias con ambulancia hacia su entrada principal o por dentro del Hospital (bloque C de la planta baja).

#### **-Personal necesario:**

- 1 médico adjunto disponible de cualquier especialidad de presencia física.
- 1 enfermera de cualquier planta de hospitalización

- 1 TCAE cualquier planta de hospitalización
- 1 celador de cualquier planta de hospitalización

#### **ZONA GRIS**

#### **CUIDADOS TERMINALES**

#### **Hospital de Día de Oncología Adultos**

### **D.8. ZONA NEGRA (CUSTODIA DE FALLECIDOS) ( COMÚN PARA AMBAS URGENCIAS)**

- Destinada:** a los fallecidos por el IMV.
- **Ubicación:** Mortuorio
- **Acceso:** Desde la puerta principal de Urgencias hacia la entrada exterior del mortuorio (separación por una barrera). Desde dentro del Hospital en dirección a Torre C de la planta baja  
Se señalizará dicha área con carteles y pegatinas negras
- **Personal necesario:**

Se destinará personal administrativo junto a celador para iniciar una identificación relativa de dichos fallecidos si fueron directos a esta sala.

Comunicará al personal administrativo adscrito al equipo de triaje los fallecidos tanto identificados como sin identificar.

Los pacientes atendidos en el Hospital y que hayan fallecido durante su atención urgente, se **finalizará el informe clínico en Orion, con destino: “Exitus” pero pasarán a ser un procedimiento judicial, no se firmará el certificado de defunción y se informará al Médico Forense de guardia de estos hechos**

### **D.9. ÁREA DE ALTAS**

- Destinada:** alojamiento de los pacientes atendidos y dados de alta, así como a sus acompañantes.
- Ubicación:** vestíbulo entrada principal del Hospital (C/ Pintor Baeza)
- Acceso:** desde el Servicio de Urgencias Generales, por el exterior.

-**Expansión:** Lucernario, adyacente a la biblioteca

#### **D.10. CENTRO DE ACOGIDA, ATENCIÓN E INFORMACIÓN A FAMILIARES**

-**Ubicación:** Salón de Actos del Hospital y Lucernario (planta baja).

Proximidad a cafetería.

-**Acceso:** entrada principal del Hospital (C/Pintor Baeza)

-**Personal:** El coordinador de SAIP o quien estime oportuno la Dirección de Enfermería, organizará junto al personal que estime oportuno la acogida, atención, información y necesidades de los familiares de las víctimas.

#### **D.11. CENTRO DE PRENSA**

-**Ubicación:** Aula 1 junto al área de Admisión (planta baja)

-**Acceso:** entrada principal del Hospital (C/ Pintor Baeza)

#### **D.12. ÁREA DE AUTORIDADES**

-**Ubicación:** Aula 2 junto al área de Admisión (planta baja)

-**Acceso:** entrada principal del Hospital (C/ Pintor Baeza)

#### **D.13. ÁREA DE VOLUNTARIOS**

-**Ubicación:** Aula 3 junto al área de Admisión (planta baja)

-**Acceso:** entrada principal del Hospital (C/ Pintor Baeza)

#### **D.14. ACCESOS DE AMBULANCIAS**

Entrada habitual desde C/ Maestro Alonso.  
Estacionamiento en el lugar indicado en el plano

#### **D.15. ACCESOS DEL PERSONAL HOSPITALARIO MOVILIZADO**

Acceso:

- 1.- Entrada por la puerta principal de Consultas Externas (C/ Maestro Alonso),
- 2.- Entrada por la puerta principal del Hospital (C/ Pintor Baeza).

Se le indicaría por su Jefe o Responsable inmediato. El aparcamiento se realizará en el Parking del Hospital.

#### **D.16. PROCEDIMIENTO DE EVACUACIÓN DE PACIENTES DE URGENCIAS EN EL MOMENTO DE LA ACTIVACIÓN DEL PLAN**

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

- El Coordinador de Urgencias / Pediatra de Guardia nombrará a un médico adjunto que:

- 1.Solicitará la colaboración de todos aquellos pacientes que consideren que su proceso puede ser demorado o tratado en los Puntos de Atención Continuada Extrahospitalarios (PAS) o Centros de Salud su desplazamiento a dichos puntos sanitarios.

- 2.Comunicará telefónicamente con el CICU informando sobre la necesidad de alertar a los PAS extrahospitalarios y Centros de Salud de la situación y la previsible afluencia de pacientes.

- 3.Coordinará la atención a todos aquellos pacientes que no puedan ser evacuados:

- Ingreso hospitalario: se trasladará a su planta correspondiente, incluso aunque no tenga cama asignada.

- Observación pendiente de exploraciones complementarias: se trasladará al Hospital polivalente. Los mismos facultativos harán el seguimiento evolutivo.
- Alta: se trasladará a la entrada de Urgencias Pediátricas y Ginecológicas. C/ Maestro Alonso, primera planta (Área de altas), hasta su traslado a domicilio.

#### **D.17. PROCEDIMIENTO DE EVACUACIÓN DE PACIENTES INGRESADOS EN EL MOMENTO DE LA ACTIVACIÓN DEL PLAN (SI SE REQUIRIESE)**

Si se precisan camas hospitalarias, y considerando que un porcentaje de los pacientes ingresados están estables, se podrían generar camas si fuera necesario. La evacuación se realizaría desde las unidades de hospitalización 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 hall 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)

## **E. ALMACÉN DE MATERIAL DE A.M.V./CATÁSTROFE**

Es un espacio especialmente destinado para el material a utilizar en caso de activación del Plan, expresado en un catálogo o inventario (**ANEXO II**). Parte de la dotación estará en el despacho de la Supervisora de Urgencias Generales. 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. Otras copias estarán en poder del Supervisor de Guardia y del Jefe de Seguridad. La revisión debe realizarse al menos cada tres meses, comprobando el funcionamiento del aparataje, la caducidad de productos y cumplimentando un formulario que deberá ser firmado por la persona responsable. Esta revisión incluirá la actualización permanente del directorio telefónico de los miembros del Comité de Dirección.

## **F. 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. El Director del Plan dará la orden a la centralita para el procedimiento de llamada de desactivación del Plan (**ANEXO I**).

Pocos días después, el Comité de Dirección del Plan procederá a realizar una evaluación estructurada y por escrito del Plan desplegado en el Hospital con la finalidad de revisar diferentes parámetros, como son la estructura, organización, capacidad de respuesta, coordinación, etc.

## **G. REVISIÓN DEL PLAN**

El Plan debe ser revisado al menos una vez al año.

## **H. IMPLANTACIÓN DEL PLAN**

Todo el personal deberá recibir un adecuado nivel de conocimiento y entrenamiento del Plan, que se realizará de forma periódica. Durante el periodo de implantación se realizará la adecuada difusión por los medios que el Director del Plan estime necesarios

## I. PREPARACIÓN DE LA URGENCIA

1. Comunicación Inmediata del/al Jefe de Guardia del hospital y Supervisor de Enfermería de Guardia
2. Estimar las necesidades asistenciales en función de la información disponible.
3. Determinar niveles de Alerta y llamar a refuerzos en función del nivel.
4. Ubicación del personal disponible.  
Asignación de responsabilidades por Coordinador de Pediatría. Se distribuirán los brazaletes de equipo de trabajo por gravedad de las víctimas.
5. Aviso a UCIP, Anestesia, Reanimación, Cirugía, Servicio Centrales: Rx, lab de Urgencias y Banco de Sangre.
6. Determinar puerta de entrada víctimas y punto triaje.
7. Preparación física de la Urgencia. Delimitar zonas de color
8. Pacientes que están en Urgencias previamente, o ingresados en planta: agilizar altas disponibles , ingreso de lo inevitable
9. Preparar material Fungible, material RCP, vías y fluidos, concentrado de hematíes con extrema urgencia

## J. ESQUEMA PLAN DE CATÁSTROFES

- 1** **Activación del Plan de Catastrofes**  
(ver pagina 9)
- 2** **Establecimiento del Nivel de Alerta**  
(ver página 8)
- 3** **Movilización del personal**  
Incluida la vía telefónica, en función del nivel de alerta  
(ver Anexo I página 26, listado telefónico al final del plan)
- 4** **Preparación de la Urgencia**  
(Ver página 24)
- 5** **Organización física de la Urgencia**  
Ver página 10, tabla esquema Anexos IV, página 31,32,33,34)
- 6** **Activar zona de Selección o Triage**  
Zona de recepción de ambulancias junto a personal de adultos (página 10) , posteriormente UPED. Plano página 35
- 7** **Asignación de pulsera de color codificada por gravedad**  
A la llegada de víctimas.
- 8** **Derivación de los pacientes**  
A zonas de asistencia de su color (ver página 12)
- 9** **Atención de paciente y derivación**  
A su destino intra o extrahospitalario: UCI, quirófano, planta, traslados o alta.
- 10** **Desactivación del Plan de Catastrofes**  
Página 22

## K.ANEXOS

### ANEXO I. PROCEDIMIENTO DE LLAMADA

El procedimiento de llamada es la comunicación a los miembros del Comité de Dirección del Plan del Hospital de un mensaje que:

- Les alerta de la posible activación del Plan de Emergencia
- Les moviliza porque el Plan ha sido activado
- Les comunica la desactivación del mismo

La centralita telefónica del Hospital dispone de un ejemplar del **anexo III** donde figura la relación de personas y números de teléfono a los que llamar tras la orden recibida por el Coordinador del Plan.

El personal de la centralita se dedicará en exclusividad a esta actividad hasta su finalización, debiendo informar de los resultados de la misma al Coordinador del Plan. Todas las llamadas quedarán registradas en un formulario al efecto, en el que consta la hora de la llamada y las posibles incidencias.

#### ACTIVACIÓN DEL PLAN

Mensaje de llamada a los miembros del Comité de Dirección “Le llama la centralita del Hospital General de Alicante. Por favor, escuche con atención el siguiente mensaje: El Director del Hospital le comunica que se ha activado el Plan de Emergencia del Hospital por catástrofe exterior. Acuda lo antes posible al Centro de Control ubicado en la Sala de Juntas del Área de Dirección de la 1ª planta. En el caso de precisar desplazarse en vehículo particular, utilice el Parking del Hospital. Gracias.”

#### DESACTIVACIÓN DEL PLAN

Mensaje de llamada a los miembros del Comité de Dirección “Le llama la centralita del Hospital General de Alicante. Por favor, escuche con atención el siguiente mensaje: El Director del Hospital le comunica que se ha desactivado el Plan de Emergencia del Hospital por catástrofe exterior. Gracias.

## ANEXO II. MATERIAL AMV

<b>ARMARIOS I.M.V.</b>	
<b>CONCEPTO</b>	<b>CANTIDAD</b>
Ejemplares del Plan de IMV	5
Directorio telefónico del Comité de Dirección	5
Formularios del procedimiento de llamada	5
Directorio telefónico de las áreas de expansión	5
Planos del Hospital, accesos y alrededores	3
Planos y esquemas de las zonas de expansión y zonas relacionadas (centro de control, centro de prensa, etc.)	5
Brazaletes identificativos del personal participante	50 de cada color
Juegos de tarjetas clasificación/pulseras para pacientes numeradas	200 de cada color
Material de señalización (flechas y cuadros adhesivos)	20 de cada color
Pizarra y rotuladores de colores (borrables)	3
Otros protocolos de actuación específica (gripe aviaria, riesgo biológico, etc.)	3
Hojas de registro de pacientes para triaje	100
Hojas de registro de pacientes para áreas de expansión	50 por color
Carpetas de soporte para hojas de registro	20
Bolsas de RCP / material para intubación	3
Equipos de asepsia y protección (mascarillas/batas/gorros/guantes)	100 / 100 / 100 / 100 de P,M,G
Equipos de cirugía menor desechables	50
Chalecos identificativos	90
<b>MATERIAL NO UBICADO EN LOS ARMARIOS A.M.V.</b>	
Telefonía fija en Unidad de Urgencias	5
Telefonía fija en Centro de Control	1
Telefonía móvil	Corporativo
Ordenadores con acceso a Internet/Intranet en Unidad de Urgencias	1/6
Fax en Gerencia	1
Megafonía	Uso habitual
Tetras- sistema de comunicación por radio	Ubicados en la sala de descanso del personal del PAS-Aaiún
<b>MATERIAL A OBTENER EN EL MOMENTO DE ACTIVACIÓN DEL PLAN</b>	
Listado de camas hospitalarias ocupadas y disponibles	3

### **ANEXO III. COMITÉ DE DIRECCIÓN Y LOCALIZACIÓN TELEFÓNICA**

El listado completo estará ubicado en Admisión de Urgencias Generales (caja de seguridad), en el despacho de Gerencia del Hospital y en el almacén del material para AMV y en el despacho de la Supervisora de Urgencias Generales. (los teléfonos particulares por su carácter de confidencialidad no se adjuntan a este documento estando disponibles en un documento anexo al Plan como Anexo X)

Cargo hospitalario	Cargo en el Plan de AMV	Nombre
Gerente Departamento.	Director del Plan	
Director Médico	Comité de Dirección	
Director Enfermería Hospital	Comité de Dirección	
Directora Económica	Comité de Dirección	
Director At. Primaria	Comité de Dirección	
Directora Enfermería At. Primaria		
Jefe de Urgencias	Coordinador del Plan	
Jefe de Guardia	Coordinador del Plan	
Supervisora Enfermería Urgencias	Comité de Dirección	
Supervisora de Guardia	Comité de Dirección	
Jefe de UCI	Comité de Dirección	
Jefe de Cirugía	Comité de Dirección	
Jefe de Anestesia	Comité de Dirección	
Jefe Neurocirugía	Comité de Dirección	
Jefe de Traumatología	Comité de Dirección	
Jefe Cirugía Vascolar	Comité de Dirección	
Jefe Pediatría	Comité de Dirección	
Jefe de Cirugía Pediátrica	Comité de Dirección	
Jefe Cirugía Torácica	Comité de Dirección	
Jefe de Cirugía Plástica	Comité de Dirección	
Jefe de Hematología	Comité de Dirección	
Jefa de Análisis Clínicos	Comité de Dirección	
Jefe de Microbiología	Comité de Dirección	
Jefe de Medicina Preventiva	Comité de Dirección	
Jefa de Unidad Enfermedades Infecciosas	Comité de Dirección	
Jefe de Medicina Interna		
Jefe de Radiodiagnóstico	Comité de Dirección	
Jefa de Farmacia Hospitalaria	Comité de Dirección	
Jefe de Admisión	Comité de Dirección	
Jefe de Seguridad	Comité de Dirección	
Coordinadora SAIP	Comité de Dirección	
Ingeniero Jefe/Jefe de Mantenimiento	Comité de Dirección	

Jefe de Celadores	Comité de Dirección	
Jefe de Informática	Comité de Dirección	
Prensa	Comité de Dirección	

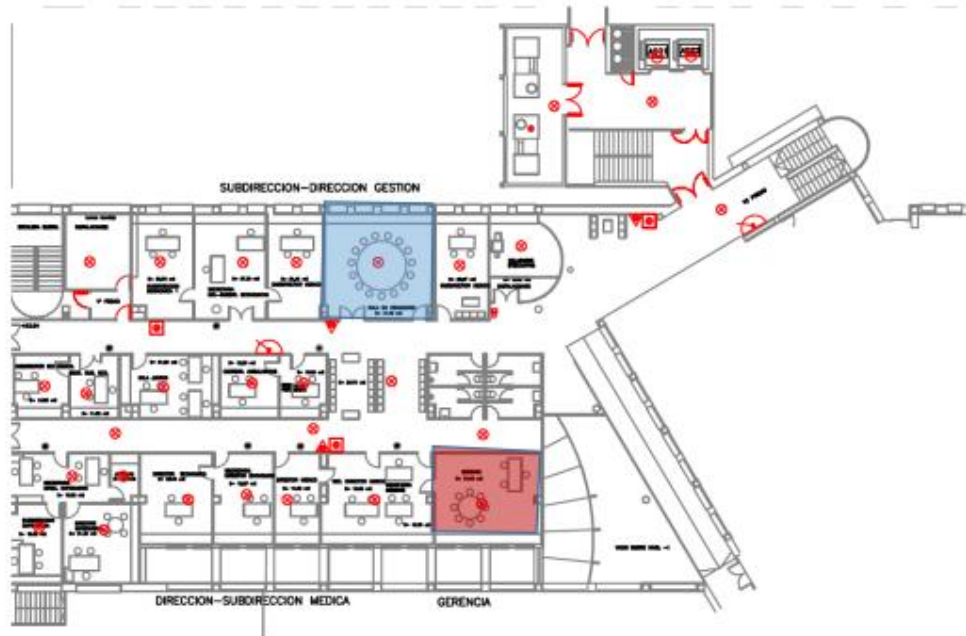
#### SUPLENTE DEL COMITÉ DE DIRECCIÓN

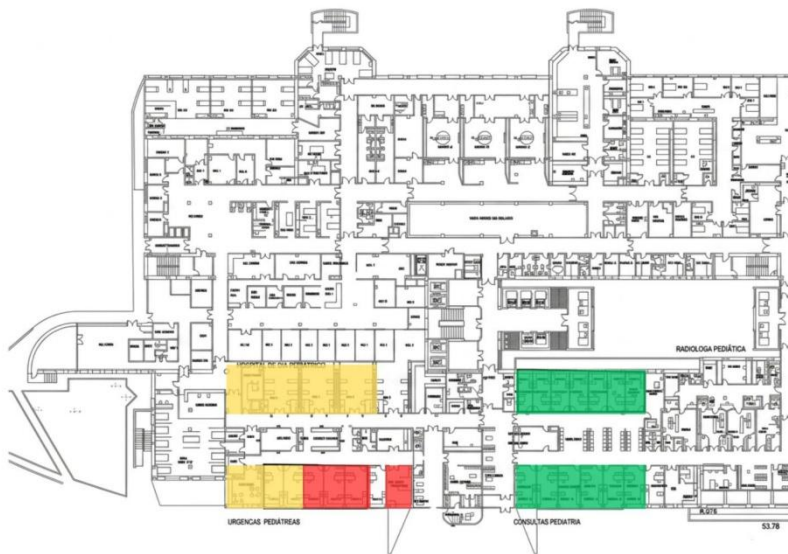
Cargo hospitalario	Cargo en el Plan de AMV	Nombre
Director Departamento.	Director	
Director Médico	Comité de Dirección	
Directora Enfermería Hospital	Comité de Dirección	
Director Económico	Comité de Dirección	
Director At. Primaria	Comité de Dirección	
Directora Enfermería At. Primaria		
Jefe de Urgencias	Coordinador del Plan	
Jefe de Guardia	Coordinador del Plan	
Supervisora Enfermería (URG)	Comité de Dirección	
Supervisora de Guardia	Comité de Dirección	
UCI	Comité de Dirección	
Cirugía	Comité de Dirección	
Anestesia	Comité de Dirección	
Traumatología	Comité de Dirección	
Neurocirugía	Comité de Dirección	
Cirugía Vasculat	Comité de Dirección	
Pediatría	Comité de Dirección	
Cirugía Pediátrica	Comité de Dirección	
Cirugía Torácica	Comité de Dirección	
Cirugía Plástica	Comité de Dirección	
Hematología	Comité de Dirección	
Análisis Clínicos	Comité de Dirección	
Microbiología	Comité de Dirección	
Radiodiagnóstico	Comité de Dirección	
Medicina Preventiva	Comité de Dirección	
Unidad de Enfermedades Infecciosas	Comité de Dirección	
Medicina Interna	Comité de Dirección	
Farmacia Hospitalaria	Comité de Dirección	
Admisión	Comité de Dirección	
Seguridad	Comité de Dirección	
Mantenimiento	Comité de Dirección	Ingenieros Mantenimiento
Celadores	Comité de Dirección	
Celadores	Comité de Dirección	
Coordinador Informática	Comité de Dirección	

## ANEXO IV. PLANOS

### PLANTA PRIMERA (CENTRO DE CONTROL)

1. Despacho de Gerencia
2. Sala de Juntas de Dirección





## PLANO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

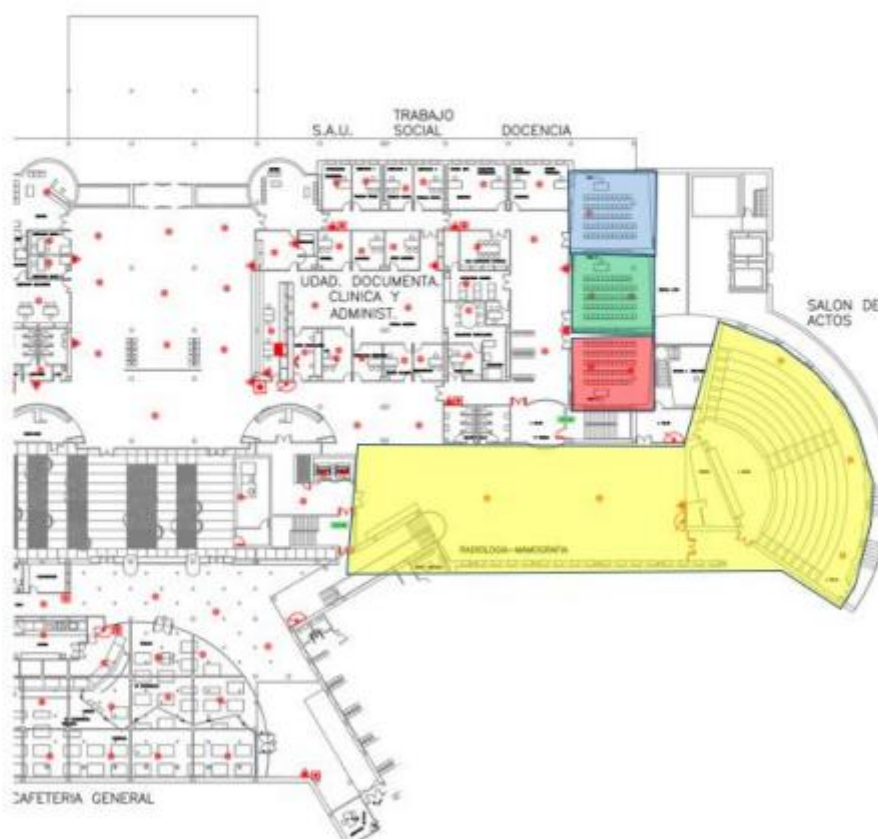
## PLANTA BAJA (HOSPITAL DE DIA – MORTUORIO)

1. Hospital de día de oncología (gris)
2. Mortuorio (negro)



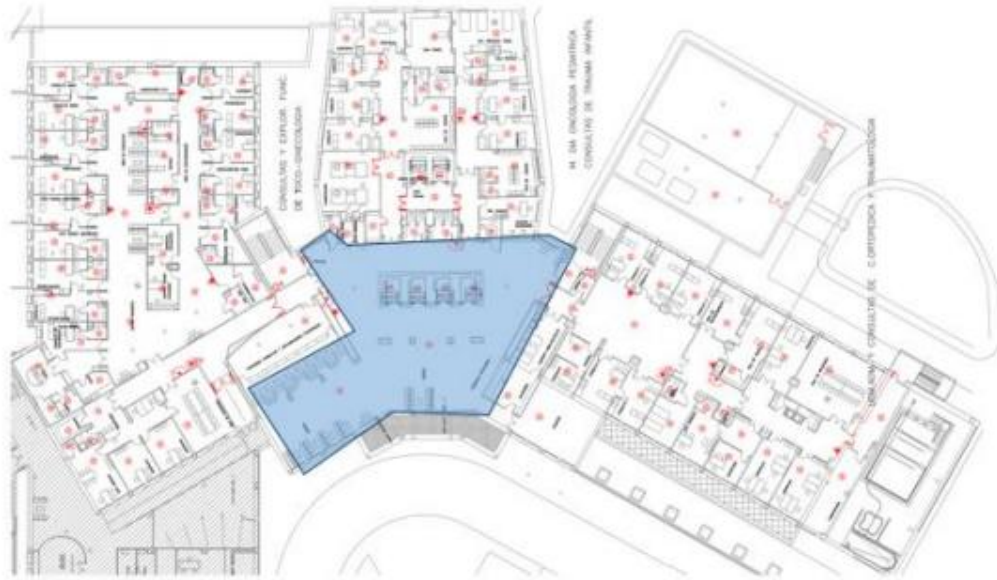
## PLANTA BAJA (LUCERNARIO, SALÓN ACTOS, AULAS)

1. Zona de Voluntarios (aula 1: color rojo)
2. Zona de Prensa (aula 2: color verde)
3. Zona de Autoridades (aula 3: color azul)
4. Centro de acogida, atención e información a familiares (lucernario y salón de actos color amarillo)



## PLANTA PRIMERA CONSULTAS EXTERNAS

1. Evacuación de pacientes ingresados (color azul)



## ACCESOS Y ESTACIONAMIENTO DE AMBULANCIAS



## ANEXO V. PUNTOS A TENER EN CUENTA A 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 cardiaco no presenciado.
3. Las víctimas con problemas especiales, como quemaduras graves, necesitan ser transferidas directamente a unidades especializadas.
4. 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).
5. 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.

6. Analgesia: es muy importante su administración precoz.
7. Guardia y Custodia. Avisar a Servicios Sociales
8. 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 VI. CUSTODIA, ACOMPAÑAMIENTO E IDENTIFICACION 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 la 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.

## ANEXO VII. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE PACIENTE INCONSCIENTE / AMNÉSICO SIN IDENTIFICAR

### OBJETO

Pacientes que llegan al Servicio de Urgencias en estado de Inconsciencia o Amnesia y sin identificar

### CIRCUITO

- 1.- En el momento de la llegada de un paciente con las características mencionadas en el punto anterior el personal administrativo del Servicio de Admisión de Urgencias procederá al registro del mismo en IRIS, al menos con la siguiente información incluida en el protocolo específico que se adjunta.
- 2.- El personal administrativo del Servicio de Admisión de Urgencias, cumplimentará el documento “Formulario para pacientes inconsciente/amnésicos sin identificar” incluyendo la etiqueta identificativa con los datos anteriores.
- 3.- Si durante el periodo de asistencia en el servicio de Urgencias el paciente RECUPERA LA CONSCIENCIA, el personal sanitario responsable de la asistencia, contactará con el personal administrativo del servicio de Admisión de Urgencias, quien recabará los datos necesarios del paciente para su correcta identificación, rectificando los anteriormente existentes, e imprimiendo nuevas etiquetas y pulsera identificativa con la identidad verdadera. Bajo ningún concepto, se dará de alta a un paciente en ningún sistema informático sin corrección previa de los datos de identificación por parte del Servicio de Admisión.
- 4.- Si el paciente es ingresado y sigue en estado de inconsciencia/amnesia, el facultativo responsable de la asistencia al paciente, contactará con la Unidad de Trabajo Social, bien sea telefónicamente (445089) o bien a través de hoja de interconsulta, comunicando la existencia de un paciente sin identificar.
- 5.- La Trabajadora Social, una vez recibida la comunicación, realizará las gestiones oportunas para la identificación del paciente, y cumplimentando la “Hoja de Intervención de Trabajo Social “.
- 6.- Si tras las gestiones de la Unidad de Trabajo Social , el paciente sigue sin ser identificado:
  - a) Se derivará todo el expediente a Servicios Jurídicos del Hospital.
  - b) Servicios jurídicos del Hospital cumplimentará “Solicitud a Comisaria de la Policía Nacional de Alicante”, firmada por el Gerente del Departamento, para iniciar los trámites oportunos para la identificación científica del paciente.
  - c) El mencionado documento de Solicitud, se remitirá por parte de servicios jurídicos, mediante correo electrónico: [alicante.iocientifica@policia.es](mailto:alicante.iocientifica@policia.es) o bien vía telefónica 965 14 89 74 - 965 14 89 57, preguntando por el responsable del servicio en ese momento, para informarle al respecto y mantenerlo al corriente de dicho requerimiento

7.- Si el paciente es IDENTIFICADO, ya sea a través de las averiguaciones pertinentes por parte de Trabajo Social, por identificación verbal de un familiar o conocido, o bien por cualquier otro medio, se derivará todo el expediente y los datos recabados a:

- Jornada Ordinaria: Admisión Central, Jefe de Grupo administrativo.
- Fuera de jornada ordinaria: Admisión de Urgencias. Quienes modificarán los datos de identificación consignando los verdaderos en las aplicaciones informáticas respectivas.

8.- Si el paciente recupera la conciencia y se FUGA sin ser identificado, se comunicará al personal

**ANEXO VIII. LISTADO TELEFÓNICO DE INTERÉS EN CASO DE EMERGENCIA**

CENTRALITA	991
CENTRALITA	999
EMERGENCIAS	
CICU	965144000/ 965666651
JEFE GUARDIA	445120 ( 699438958)
SUPERVISORA DE GUARDIA	445055 (699439148)
ENCARGADO CELADORES	445020 (699439166)
SEGURIDAD	445418 676613940)/ 659118287
PEDIATRÍA	
ADJUNTO	445101 ( 699438970)
RESIDENTE	445100 (699438969)
JEFE SERVICIO	445215 (667909583)
COORDINADOR UPED	489206 (618566023)
UCI	
ADJUNTO	445304 (659141180)
RESIDENTE	445290 (699439888)
BOX 5	933435
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	445090 ( 699438996)
ORL	445160 ( 699438693)
TRAUMATOLOGÍA	
ADJUNTO	445443 (659023355)
RESIDENTE	445340 (659140094)
ANESTESIA	
ADJUNTO	445064 (699438987)
RESIDENTE	445060 (699438990)
RADIÓLOGO GUARDIA	
ADJUNTO	445373 (659118501)
RESIDENTE	445370 (659118705)
TAC	933636
NEUROCIRUGÍA	
ADJUNTO	445317 (659140482)
RESIDENTE	445310 (659140766)
QUEMADOS/C. PLÁSTICA	
ADJUNTO	445336 (659139700)
RESIDENTE	445331 (659140655)
BANCO	
ENFERMERA	445172 (699438653)
BANCO	933159
URGENCIAS PEDIATRÍA	
PARADAS/TRAUMA	913410
CONTROL	913409
TRIAJE	913407
DESPACHO MÉDICO	913408
ÁREAS CONTROL	
CENTRO CONTROL	933088/933690
(DIRECCIÓN)	933047

ZONA ALTAS (PECERA C. EXT. PED)	
HOSPITALES: SAN JUAN	CENTRALITA 965938700. ADJUNTO PEDIATRÍA 443220 (620884309). RESIDENTE PEDIATRÍA 443266 (620882013).
ELCHE	966679000
LA FE	961244000
CLÍNICO VALENCIA	963862600
ELDA	966989000

## **ANEXO IX. LISTADO TELEFÓNICO DEL PERSONAL DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA**

### **(USO EXCLUSIVO EN CASO DE EMERGENCIA)**

**Nota:** por motivos de confidencialidad los teléfonos sólo estarán reflejados en la versión impresa definitiva custodiada en armario cerrado triaje UPED y supervisora de Urgencias

#### **NIVEL II: Personal perteneciente a Urgencias de Pediatría**

*Nota: por motivos de confidencialidad los teléfonos sólo estarán reflejados en la versión impresa definitiva custodiada en armario cerrado triaje UPED*

**Listado Personal Médico:** Acudirá a Punto de Triaje de Urgencias de Pediatría ó Despacho Médico de UPED

#### **NIVEL III: Todo el Personal perteneciente al Servicio de Pediatría**

*Nota: por motivos de confidencialidad los teléfonos sólo estarán reflejados en la versión impresa definitiva custodiada en armario cerrado triaje UPED*

## ANEXO X. AGRADECIMIENTOS

La elaboración del siguiente documento no habría sido posible sin la colaboración de todo el equipo de Urgencias de Pediatría: gracias a las Dras. Loli Gallart, Mayte Cabral, Rosa Vaquer, Lucía Lillo, Bea Castillo, Inés Santana y Tatiana Salvador, con las cuales es impresionante trabajar cada día, así como al equipo de enfermería y TCAEs de la sección, a cuya cabeza se sitúan Carmen Prieto y Ana Valderrama. Sin olvidar al Dr. José Cándido Torres, residente que se encargará de la sesión clínica de presentación del nuevo modelo.

No queremos olvidarnos de los Dres. Pedro Alcalá y Olga Gómez en las versiones previas de este plan pediátrico. Y también a los compañeros de Urgencias Generales, los Dres. Pere Llorens y Rogelio Pastor, en la versión del plan a nivel hospitalario, sin los cuales no hubiera sido posible este documento a modo de fusión y adaptación de los mismos a la actual situación de Urgencias de Pediatría.