

TITULO:

PLAN DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS HOSPITALARIAS ANTE CATÁSTROFES EXTERNAS Y ACCIDENTES CON MÚLTIPLES VÍCTIMAS

AUTORES: PILAR BAILO CASTILLA, SILVIA MARCOS JIMÉNEZ

PALABRAS CLAVE:

URGENCIAS, CATÁSTROFES EXTERNAS, ACCIDENTES MÚLTIPLES VÍCTIMAS

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES:

El concepto de hospitales seguros se ha ido difundiendo durante los últimos años, con el apoyo que desde el año 2000 iniciaron la OMS/OPS.

En años sucesivos se ha ido extendiendo este concepto que en un primer momento comenzó su actividad en la idea de ayudar a Hospitales centro-suramericanos en la prevención y mitigación de desastres externos, sobre todo de naturaleza ambiental y climatológica. Posteriormente este concepto se ha ido ampliando a países desarrollados, más centrados en disminuir la vulnerabilidad funcional y organizativa de los mismos, para hacerlos más eficientes en la respuesta ante situaciones de catástrofes públicos. En todos estos casos, el Hospital se ve obligado a tratar un número de víctimas muy superior a lo habitual, por lo que los Planes de actuación ante Catástrofes Externas intentan que este hecho tenga el menor impacto sobre la asistencia y los programas de salud ordinarios a los que cada centro sanitario atiende normalmente, sin disminuir su capacidad asistencial a víctimas de estos fenómenos extraordinarios.

Estos planes de actuación actúan designando una estructura organizativo-funcional, que deberá ser distinta a la habitual en la actividad asistencial ordinaria definiendo la estructura de mando que es necesario adoptar en estas situaciones para movilizar los recursos humanos y materiales que son necesarios.

Ante una llegada masiva de víctimas la organización hospitalaria debe ser afrontada reforzando recursos y priorizando actividades que ayuden a la atención inmediata de urgencia del volumen de usuarios inhabitualmente aumentado, suspendiendo y desplazando la actividad programada para así poder liberar recursos hacia esa súbita y desproporcionada prioridad asistencial presentada.

Desarrollar adecuadamente un plan de actuación, es de especial relevancia durante estos últimos años debido al incremento del conocimiento de las catástrofes naturales externas, actos de terrorismo y aumento de desplazamientos en medios de transportes multitudinarios, con la siniestralidad que conlleva asociada.

Ante una situación de este calado, es necesaria la atención a un número de víctimas mucho mayor a lo habitual, obligando a una actividad asistencial extraordinaria y que debe intentar organizarse en la medida de lo posible, debiendo actuarse con flexibilidad y tratando de optimizar de la mejor forma posible los recursos disponibles.

Definición de Accidente de múltiples víctimas:

Existen varias definiciones sobre lo que debe ser considerado como Accidente de Múltiples Víctimas (AMV) y aunque no existe ninguna uniformidad en ellas, todas coinciden en presentar este tipo de incidentes como:

- . Un acontecimiento de aparición brusca e inesperada.
- . Un acontecimiento que aparece con relativa frecuencia.
- . Puede ser resuelto con los sistemas de emergencia locales sin producirse un desequilibrio entre las necesidades y los recursos.

OBJETIVOS:

Dotar de un marco de actuación en el Servicio de Urgencias ante estas situaciones extraordinarias y prever la adecuación de los medios disponibles.

Coordinar adecuada actuación entre los distintos Servicios implicados y Emergencias sanitarias, así como la formación de todo el personal ante una catástrofe externa.

METODOLOGÍA:

Para alcanzar el propósito de este plan se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura existente. Se realizó una búsqueda bibliográfica usando para ello las bases de datos PubMed, Cochrane y Google Académico

RESULTADOS:

En septiembre de este año 2018, se procede a la aprobación del documento por parte de la Gerencia del Hospital, que implica el amparo legal de la actuación de todo el personal implicado ante una Catástrofe Externa en el que quedan definidos adecuadamente los niveles de responsabilidad:

- Gerente
- Dirección Médica
- Subdirector Médico
- Jefe de Guardia
- Dirección de Enfermería
- Jefe de Servicio
- Jefe de Unidad o de Sección
- Persona con más experiencia ante una Catástrofe o en la elaboración de este proyecto.

Clasificación por niveles:

Catástrofe Nivel I: Número de personas críticas menor o igual a 3 y de diversa gravedad menor o igual a 10

Catástrofe Nivel II: Número de personas críticas de 4 a 10 y de diversa gravedad de 11 a 20

Catástrofe Nivel III: Supera en número al nivel II

Entre los niveles I, II y III, pueden establecerse estados intermedios, siendo los responsables de Urgencias y UCI, los encargados de la activación y nivel del plan.

Identificación de los pacientes críticos:

Identificación de pacientes con pulsera roja: se definen como aquellos que precisan soporte vital inmediato, incluyendo:

-TCE grave (GCS menor de 9)

-PCR presenciada

-Quemaduras graves que una vez estabilizados, si es posible se intentarán trasladar al Hospital de referencia en Unidad de Quemados.

-Obstrucción inminente de vía aérea.

-Lesiones cervicales

-Lesiones faciales y mandibulares de gravedad

-Lesiones laringo-traqueales

-Neumotórax a tensión o hemotórax masivo

-Neumotórax abierto con heridas penetrantes en tórax

-Tórax inestable o volet costal

Hemorragias clase III y IV basado en la International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH)

-Fracturas de pelvis y fémur

-Hemorragias intraabdominales o intratorácicas.

Comité de catástrofes:

Será el responsable de tomar las decisiones organizativas y asistenciales ante un accidente de múltiples víctimas.

Deberán permanecer en todo momento localizables.

Deberá estar compuesto inicialmente por ocho miembros:

-Director Gerente o, en su ausencia, director Médico o representante

-Responsable Servicio de Urgencias

-Responsable Servicio Medicina Intensiva

-Jefe de la guardia

-Director de Enfermería, en su ausencia, Supervisor de Enfermería de turno.

-Supervisor de Enfermería del Servicio de Urgencias.

-Jefe de Celadores y, en su ausencia, Supervisor de Celadores de turno.

-Jefe de Servicio de Mantenimiento y, en su ausencia, responsable de mantenimiento de turno.

Tras evaluación de la magnitud, se reorganizará el Comité de Catástrofes, quedando como mínimo un representante de la Dirección Médica, un médico hospitalario y un representante de la dirección de enfermería. Una vez constituido, pasará a denominarse PUESTO DE MANDO, que se reunirá en un lugar único desde el que se organicen y coordinen las acciones dirigidas a la resolución de la emergencia así como las que constituyen la actividad habitual del Centro. Recomendando como centro operativo la propia área de Urgencias.

Se debe tener prevista la respuesta adecuada para la recepción de los afectados, tanto en lo referente a la atención sanitaria como a la organización de aquellos aspectos no sanitarios que puedan generarse.

El plan de actuación se activará cuando el Centro sea requerido por la Gerencia de Emergencias Sanitarias, para la asistencia masiva de pacientes procedentes de una catástrofe o situación anormal producida fuera del recinto hospitalario.

Para ello la Gerencia de Emergencias Sanitarias lo comunicará al Servicio de Urgencias y UCI

El Coordinador de Urgencias/UCI, o facultativo representante confirmará el suceso y ampliará la información a través de la Gerencia de Emergencias, alguna de las centrales de las fuerzas de seguridad o de protección civil.

En base a la información recabada, los responsables de Urgencias y UCI, decidirán la convocatoria o no del Comité de Catástrofes y el Nivel del mismo.

DISCUSIÓN Y APLICACIÓN A LA PRÁCTICA

Debido al incremento del conocimiento de las catástrofes naturales externas, actos de terrorismo y aumento de desplazamientos multitudinarios con su siniestralidad asociada, debe valorarse la creación de un PAHCE (plan de actuación hospitalario ante catástrofes externas) específico hospitalario. Este PAHCE debe estar orientado a la coordinación y formación de todos los Servicios Hospitalarios y extrahospitalarios.

Niveles de respuesta en catástrofes:

Nivel I: (personas críticas < 3 y de diversa gravedad < 10): el 112 lo comunicará al S de Urgencias y UCI. El S de Urgencias lo notificará al Jefe de la Guardia, que estimará si es necesario hacer extensible la notificación a la Dirección Médica. El Hospital, actuará con los medios humanos y materiales disponibles en el horario habitual, ampliable en función de las características de dichos pacientes.

Nivel II: (personas críticas 4-10 y de diversa gravedad 11-20): el 112 lo comunicará al S de Urgencias y UCI. El S de Urgencias lo notificará a Centralita y a la Oficina de Atención y Operaciones.

El médico responsable de cada Servicio (Jefe de Servicio, Sección o Personal de Guardia) localizará al personal pertinente.

Enfermería y TCAE: El Supervisor/a de Guardia localizará a los/as supervisores/as de todos los Servicios y ellos/as localizarán al personal de enfermería y TCAEs para que acudan a los distintos Servicios (en principio la superposición de los diversos turnos de enfermería parece una opción razonable) .

Celadores: a través del jefe de celadores que deberá presentarse en su puesto y localizará a los celadores pertinentes. La superposición de los diversos turnos, parece una opción razonable. El responsable de celadores, también será el encargado de tener informados de las necesidades a los siguientes Servicios:

Servicio de Limpieza: será el responsable del mismo, el encargado/a de localizar a todo el personal necesario. La superposición de los diversos turnos, parece una opción razonable.

Servicio de Hostelería: será el responsable del mismo, el encargado/a de localizar a todo el personal necesario. La superposición de los diversos turnos, parece una opción razonable.

Servicio De Seguridad Interna: será el responsable del mismo, el encargado/a de localizar a todo el personal necesario. La superposición de los diversos turnos, parece una opción razonable.

Responsable de Suministros: será el responsable del mismo, el encargado/a de localizar a todo el personal necesario. La superposición de los diversos turnos, parece una opción razonable.

La declaración del Nivel II conlleva que el Hospital resolverá la situación con todos sus recursos, incluyendo aquellos considerados como activables en situaciones especiales. Para ello, el Puesto de Mando, tras realizar todo lo descrito, deberá decidir si es necesaria la expansión y/o evacuación de áreas del Hospital.

Nivel III cuando la catástrofe supere al Nivel II. Para garantizar la mejor asistencia a los afectados, será preciso la movilización de la totalidad de los recursos materiales y humanos, incluso ajenos al Hospital. Esta decisión será tomada por el Puesto de Mando. En el Nivel II (según considere el responsable del Comité de Catástrofes) y III, se informará a Centralita del “Código de Catástrofes”. Centralita, avisará a todos los Servicios hospitalarios localizados y de presencia física del “Código Catástrofes” y se les indicará la necesidad de acudir al Hospital. También avisará a los responsables de Celadores, Limpieza, Hostelería, mantenimiento, Parking, Esterilización, Director Médico y jefe de la Guardia.

Organización del área de Urgencias en AMV:

En situaciones de Catástrofes Externa (AMV), el Área de Urgencias será el Centro Operativo donde se concentrará la mayor parte de la actividad asistencial. Para que esta se realice de forma fluida y eficaz, permitiendo la atención correcta del mayor número posible de afectados, debe realizarse una distribución del Área de Urgencias en zonas, que deberán quedar claramente identificadas mediante los adecuados distintivos de color. Debe hacerse especial mención al hecho de que, de cara a una mayor operatividad y sea cual sea el nivel de catástrofe declarado, todos los pacientes que lleguen al Área de Urgencias, aunque no tengan relación alguna con el suceso, deberán ser atendidos conforme a lo dispuesto en el Plan de Catástrofes Externas.

El Área de Urgencias quedará dividida en las siguientes zonas:

- Zona de recepción y clasificación
- Zona de soporte vital.
- Zona de tratamiento urgente.
- Zona de tratamiento no urgente.
- Zona de fallecidos.

Identificación nominal de los afectados :

La identificación nominal de los afectados atendidos en el hospital será realizada por un Equipo de Identificación, que estará formado por 2-3 auxiliares administrativos que habrá que localizar fuera del horario laboral habitual. Será el responsable del Servicio de Admisión el encargado/a de localizar al personal pertinente. Esta labor de identificación se podrá hacer con posterioridad a las primeras actuaciones diagnósticas y/o terapéuticas, teniendo en cuenta que desde emergencias sanitarias se suele identificar al paciente antes de enviarlo desde la zona de la catástrofe. Toda la información recogida por el Equipo de Identificación será remitida al Puesto de Mando, que elaborará el listado inicial de afectados, incluyendo una primera relación nominal de fallecidos y será la encargada de organizar la localización de los familiares de los afectados.

Servicios comunitarios:

En los niveles II y III será necesario el concurso de la Policía (Local o Nacional) de forma coordinada con el Servicio de Seguridad interna, para garantizar una correcta fluidez vial, tanto en la llegada como en la salida de los vehículos de transporte (Circuito de Ambulancias) y el acceso selectivo de las personas necesarias para el desarrollo del Plan de Catástrofes. En el Nivel II que decida el responsable de la activación de la PAHCE y en el Nivel III (ver más adelante el "Plan de accesos"), los servicios de Seguridad interna junto con la policía, se encargarán de asegurar vías libres de entrada y salida para ambulancias y de vehículos privados con personas que precisen atención urgente (de la propia catástrofe o no) hacia urgencias. Así mismo, controlarán la circulación de vehículos en las inmediaciones del Hospital, desviando los no urgentes, para evitar atascos-. También se garantizará la facilidad de tránsito entre el helipuerto y la UCI/UCI Pediátrica

Sala de medios de comunicación y sala para familiares:

El responsable del Puesto de Mando, asignará a una persona como portavoz (puede ser la supervisora de enfermería, jefe de guardia...) y un área de espera alejada del área de urgencias para los medios de comunicación (aulas de docencia o salón de actos) en función de las necesidades y otra para familiares. El objetivo es informar de forma periódica, acorde con la gravedad del AMV. Así mismo, sería recomendable un apoyo psicológico mediante psiquiatras, psicólogos o asistentes sociales

Sala de autoridades:

El Puesto de Mando del Hospital, localizado en la sala de Staff de Urgencias, debe estar en contacto permanente con el Centro Coordinador de la Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León

RECEPCIÓN, IDENTIFICACIÓN Y TRIAJE DE PACIENTES:

Para la recepción de pacientes dispondremos de un celador que traslade al paciente desde la ambulancia o helicóptero hasta el área de Urgencias. Si el paciente está clasificado como rojo (crítico) pasará a las salas de Soporte Vital y en caso de que no estén libres estas salas (Nivel II de catástrofe) se dirigirán al control C donde serán recibidos por 1 médico de Urgencias o UCI, 1 enfermero/a y 1 TCAE. En caso de que el paciente venga clasificado con el color amarillo o verde serán retriados por un médico (MIR de Urgencias) siendo aconsejable el Método Trauma Score Revisado (RTS), que es el que ha sido utilizado para la evacuación. 1 auxiliar administrativo tomará los datos a los pacientes que acudan en ambulancia en la sala habilitada para ello. Normalmente serán los pacientes clasificados con color amarillo.

ATENCIÓN SANITARIA EN EL ÁREA DE URGENCIAS CÓDIGOS DE COLORES Y LA CLASIFICACIÓN DE PACIENTES:

Los pacientes se clasificarán en función de la gravedad:

- Código Rojo: Pacientes graves con necesidad de Soporte Vital Inmediato.
- Código Amarillo: Pacientes con necesidad de atención urgente en menos de 2 horas, pero no inmediata.
- Código Verde: Pacientes leves cuya atención puede demorarse más de 2 horas y hasta 6-8 horas sin riesgo
- Código Gris: Pacientes moribundos o con pronóstico infausto en los cuales la intervención sanitaria puede ofrecer muy pocas posibilidades de mejora
- Código Negro: éxitus o situaciones absolutamente irreversibles

NIVEL I: (personas críticas < 3) los diferentes servicios del HUBU actuarán con los medios humanos y materiales disponibles en el horario habitual, ampliable en función de las características de dichos pacientes.

1. Se establece como zona de atención a víctimas críticas (rojo) el área de Soporte Vital de Urgencias y si fuera necesario se utilizarán los boxes de control C.
2. La atención a las víctimas leves se realiza en el control A (verde) y en el control B los pacientes clasificados como amarillo.
3. Cada paciente crítico será atendido por un médico y 1 enfermero/a. 1 TCAE por cada 2 pacientes críticos. 1 Celador.
4. La atención a pacientes críticos corre a cargo de médicos de Urgencias y UCI.

5. Los pacientes de diversa gravedad será realizada por médicos de Urgencias con la colaboración de otros servicios que pudieran resultar implicados (Traumatología, Cirugía General, Cirugía Plástica...)

6. El médico de Urgencias se encargará de atender a los pacientes no procedentes de la catástrofe.

7. El triaje se realiza en las salas establecidas y en la sala de recepción de ambulancias por parte de 1 enfermero/a.

NIVEL II Y III

1. El triaje se realiza en las mismas salas, pero con la presencia de un médico (Residente de Urgencias) en la sala de recepción de camillas.

2. La atención a víctimas en situación crítica será responsabilidad de los médicos de Urgencias y UCI solicitando colaboración de otros Servicios (Anestesia, MI...)

3. Para la atención a víctimas de diversa gravedad (clasificados amarillo y verde) serán los médicos de Urgencias y de cualquier otro servicio que estos consideren necesario (especialidades quirúrgicas)

4. Se reserva el control A para víctimas leves

5. Las camas de observación se utilizarán para paciente estabilizados a la espera de pruebas o destino en función de su estado.

6. La Unidad de corta estancia, en función de la ocupación que tenga en ese momento podrá utilizarse con el mismo objetivo que se utilizan las camas de observación.

7. 1 o 2 médicos de Urgencias atenderá en el control B o C a los pacientes graves no procedentes de la catástrofe (en caso de necesidad se contaría con médicos de Cardiología, Neumología, Neurología, MI...)

8. El Puesto de Mando, coordinará la información a los pacientes de la sala de espera de la situación y valorará la derivación a los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) a los pacientes que pueden acudir por sus medios

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL ÁREA DE URGENCIAS:

El S de Medicina Intensiva actuará de forma coordinada con el S de Urgencias en aquellos pacientes identificados con la Pulsera de color rojo (pacientes graves con necesidad de Soporte Vital Inmediato). Los pacientes, una vez estabilizados, irán a la sala de radiología, quirófano o UCI o si su situación mejora se derivará al área amarilla.

- Nivel I (críticos < 3): 1-2 Médicos de Intensivos (que se distribuirán según necesidades entre UCI y Urgencias) y 1-2 Médicos de Urgencias. 1 enfermera por cada paciente crítico. 1 TCAE por cada 2 pacientes críticos. 1 Celador

- Nivel II (críticos de 4-10): en el mínimo tiempo posible 2-3 Médicos de Intensivos y 2- 3 Médicos de Urgencias. 1 enfermera por cada paciente crítico. 1 TCAE por cada 2 pacientes críticos. 2 Celadores

- Nivel III (críticos > 10): en el mínimo tiempo posible 3 Médicos de Intensivos y 3 Médicos de Urgencias. 1 enfermera por cada paciente crítico. 1 TCAE por cada 2 pacientes críticos. 2 Celadores Facilitar los accesos de los traslados desde urgencias a UCI (bloqueo de ascensores, si es necesario) y los traslados a unidades de hospitalización siendo responsabilidad de los Celadores.

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

Duelo complicado, riesgo de: (00172)

NOC:

- .1308 Adaptación a la discapacidad física
- .2600 Afrontamiento de los problemas de la familia
- .1302 Afrontamiento de problemas
- .2601 Clima social de la familia

NIC:

- .7140 Apoyo a la familia
- .5270 Apoyo emocional
- .5440 Aumentar los sistemas de apoyo

Dolor agudo: (0032)

NOC:

- .1605-Control del dolor
- .2100-Nivel de comodidad
- .2102-Nivel del dolor

NIC:

- .1400-Manejo del dolor
- .2210-Administración de analgésicos

Riesgo de shock : (00205)

NOC:

- .0413 - Severidad de la pérdida de sangre

NIC

.4260 - Prevención de shock

Riesgo de lesión: (00035)

NOC:

.1908 Detección del riesgo

.1902 Control del riesgo

NIC:

.0910 Inmovilización

.0940 Cuidados de tracción/ inmovilización

.5240 Asesoramiento

.5270 Apoyo emocional

.6486 Manejo ambiental: seguridad

Ansiedad (00146)

NOC:

.1402 Control de ansiedad

NIC:

.5230 Aumentar el afrontamiento

.6486 Manejo ambiental de la seguridad

.5380 Potenciación de la seguridad

.4920 Escucha activa

.5240 Asesoramiento

.5820 Disminución de la ansiedad

.5270 Apoyo emocional

BIBLIOGRAFÍA:

. Plan de catástrofes externas. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Marzo 2013.

. Plan de Catástrofes externas. Hospital General Universitario de Alicante. 2014.

. Actuación en situaciones de catástrofes e incidentes con múltiples lesionados. Sánchez Sánchez R, Pacheco Rodríguez A, Juárez González RA. Manual de Protocolos y actuación en Urgencias. Hospital Virgen de la Salud, Toledo. Cuarta Edición. 2014.

. Plan de actuación hospitalario ante catástrofes externas del nuevo Hospital Universitario Central de Asturias. Trabajo Fin de Master en Análisis y Gestión de Emergencias y Desastres. Ángel Bernardo Gutiérrez. Universidad de Oviedo 2012.