



***PLAN DE ACTUACIÓN  
HOSPITALARIA FRENTE A  
CATÁSTROFES EXTERNAS***

***HOSPITAL UNIVERSITARIO  
SAN PEDRO***



## INDICE

1.- INTRODUCCIÓN .....	4
2.- OBJETIVOS .....	4
3.- IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS POTENCIALES.....	5
3.1.- DEFINICIONES.....	5
3.2.- MARCO DE ESTUDIO.....	5
3.3.- DESCRIPCIÓN ENTORNO AMPLIO .....	6
3.4.- DESCRIPCIÓN ENTORNO PRÓXIMO .....	7
3.5.- METODOLOGÍA ANÁLISIS DE RIESGOS.....	7
3.5.1.- IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS.....	9
3.5.2 VALORACIÓN DE RIESGOS .....	12
4.- CATALOGO DE RECURSOS Y MEDIOS DISPONIBLES .....	14
4.1 RECURSOS HUMANOS.....	14
4.1.1.- PERSONAL FACULTATIVO .....	14
4.1.2.- PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	16
4.1.3.- PERSONAL NO SANITARIO .....	23
4.2 RECURSOS MATERIALES .....	27
5.- PROCEDIMIENTO DE ACTIVACIÓN DEL PLAN .....	31
5.1.-ACTIVACIÓN GENERAL DEL PLAN DE CATÁSTROFES.....	31
5.2.- NIVELES DE ALARMA. ....	33
5.3 CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE CRISIS Y DE CATASTROFES .....	35
6.- PLAN DE ACTUACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS .....	38
6.1.- NIVEL 1.....	38
6.2.- NIVEL 2 .....	38
6.2.1.- REORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS.....	38
6.2.2.- PACIENTES PRESENTES Y PACIENTES QUE ACCEDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS.....	38
6.2.3.- ZONIFICACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS.....	39
6.2.4.- FLUJOS DE ENTRADA Y SALIDA AL SERVICIO DE URGENCIAS .....	42
6.2.5 ZONIFICACIÓN DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA.....	47
6.2.6 FLUJOS DE ENTRADA Y SALIDA A URGENCIAS DE PEDIATRÍA .....	48
6.2.7.- ACCESO DE VEHÍCULOS AL SERVICIO DE URGENCIAS .....	52
6.3 NIVEL 3 .....	53
6.4 FUNCIONES DE LOS MANDOS SANITARIOS INTERVENIENTES .....	53
7.- COORDINACIÓN CON OTRAS AREAS ASISTENCIALES .....	55
7.1 BLOQUE QUIRÚRGICO .....	55



7.2 UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA.....	56
7.3 HOSPITALIZACIÓN.....	57
7.4 RADIODIAGNOSTICO.....	57
7.5 SERVICIO ANÁLISIS CLÍNICOS .....	59
7.6 FARMACIA.....	61
7.6 HEMATOLOGÍA.....	61
7.8 BANCO DE SANGRE.....	63
8. COORDINACION RECURSOS NO ASISTENCIALES.....	65
8.1 MANTENIMIENTO.....	65
8.2 SUMINISTROS- ALMACEN .....	65
8.3 SERVICIO DE HOSTELERIA.....	66
8.4 SERVICIO DE LAVANDERIA .....	67
9.- COMUNICACIÓN.....	68
9.1.- SITUACIÓN DE CATÁSTROFE Y NECESIDAD DE INFORMAR .....	68
9.2.- COMITÉ DE COMUNICACIÓN DE CATÁSTROFES .....	68
9.3 ZONA DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN .....	69
9.4.- COMUNICACIÓN INTERNA .....	69
9.5.- COMUNICACIÓN EXTERNA.....	70
10.- DIVULGACIÓN DEL PLAN Y REVISIONES .....	72
ANEXOS	

## Grupo de Trabajo 2022-23

Servicio de Prevención: Carmen Arceiz Campos , Guillermo Romo Garrido

Dirección: Felipe Ricardo Herreros Tobias, Ruben Castejón Morenos, Iñigo Gastón Najarro, Maria Luisa Berges Ruiz

Subdirección Enfermería: Yolanda Caro Berguilla

Subdirección Infraestructuras y Mantenimiento: Vanesa Jimenez Lacarra

Subdirección Hosteleria: Maria José Martínez Gutierrez

Servicio de Urgencias: Pedro Marco Aguillar

Pediatría: M<sup>a</sup> Yolanda Ruiz del Prado

Suministros: Jose Angel Gil Gil

Admisión: Natividad Valladolid Ostiategui

Personal Subalterno: Ana Maria Murillo García

Comunicaciones: Inés Royo Oyaga

Seguridad: Daniel Zarate Garay

Rev. ABRIL 2023



## 1.- INTRODUCCIÓN

Según la Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil se define **catástrofe** como aquella situación o acontecimiento que altera o interrumpe sustancialmente el funcionamiento de una comunidad o sociedad por ocasionar gran cantidad de víctimas (**incidentes con múltiples víctimas, IMV**) , daños e impactos materiales, cuya atención supera los medios disponibles de la propia comunidad.

Las situaciones de catástrofes, son una realidad, por lo general inevitable e impredecible. Medidas adecuadas de seguridad y organización pueden, en cambio, paliar sus consecuencias, entre las cuales, la correcta atención sanitaria a las víctimas humanas constituye una prioridad, por encima de cualquier otro valor. Dentro de esta jerarquización, suele ser el Hospital el destinatario de la mayor parte de las víctimas procedentes de la catástrofe.

El Hospital Universitario San Pedro (HSPU) , por lo tanto, debe de estar preparado para ofrecer la respuesta más adecuada ante el flujo masivo de víctimas mediante la adopción de medidas extraordinarias y particularizadas según el tipo de catástrofe.

El presente documento parte de la necesidad de disponer de un plan de actuación hospitalario frente a una catástrofe exterior que lleve asociada múltiples víctimas y aporta una estructura organizativa y de adecuación de los recursos asistenciales del Hospital ante la misma.

## 2.- OBJETIVOS

Los objetivos del Plan de Actuación Hospitalaria frente a Catástrofes Externas son:

### Generales:

- Garantizar la correcta asistencia de las víctimas, manteniendo al mismo tiempo operativa la asistencia ordinaria de los distintos servicios.
- Hacer posible la coordinación y dirección de los servicios, medios y recursos.
- Permitir la integración con otros planes de emergencia.

### Específicos:

- Establecer la cadena de mando.
- Definir las fases de activación del plan.
- Definir el nivel de alarma y la operatividad del plan.
- Definir las actuaciones del personal implicado.
- Definir las áreas de asistencia del servicio de urgencias.
- Proporcionar capacidad de expansión de los distintos servicios.
- Establecer sistemas de admisión y de identificación de pacientes.
- Definir flujos de pacientes en el servicio de urgencias.
- Definir flujos de vehículos en el recinto del hospital.
- Establecer un mecanismo de difusión y de actualización del plan.



### 3.- IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS POTENCIALES

#### 3.1.- DEFINICIONES

De cara a elaborar el pertinente análisis de riesgos que puedan dar lugar a una catástrofe, de posible afectación en el territorio de La Rioja, y que pudieran afectar al HUSP, es importante delimitar algunos conceptos previos.

En primer lugar debemos determinar que entendemos por **riesgo**, precisamente para encuadrar el objeto del presente análisis.

Desde un punto de vista coloquial o en lenguaje común, se entiende por riesgo cada una de aquellas situaciones susceptibles de que puedan causar un daño.

Desde un punto de vista técnico en el análisis de riesgos, realmente el riesgo sería la **PROBABILIDAD de que se materialice ese daño**.

Podríamos entender que es lo mismo, pero deben diferenciarse en un adecuado análisis de riesgos, dado que debemos introducir otros dos conceptos importantes que deben ser tenidos en cuenta:

Por un lado la **AMENAZA**: es decir, la acción o circunstancia que entraña un peligro de generación de un daño para las personas o bienes. Es decir, cuando hablamos coloquialmente de RIESGOS, en la mayoría de los casos estamos realmente hablando de AMENAZAS. Por tanto, así visto, **¿que sería el RIESGO?: la probabilidad de que la AMENAZA se materialice**.

Por otro lado, debemos conocer el concepto de **VULNERABILIDAD**: es decir, toda circunstancia que puede favorecer la producción del daño o su incremento, la materialización de la amenaza, o aumento del riesgo.

Así, a la hora de analizar convenientemente los posibles daños o la afectación que estos pueden representar en una operativa determinada, debemos conocer:

- Primero cuales son las amenazas que nos afectan:
  - Biológicas.
  - Naturales.
  - Humanas
  - Tecnológicas.
- Segundo cuales son las vulnerabilidades que pueden existir.
- Tercero cual es la probabilidad de que la amenaza, contando con esa vulnerabilidad se produzca.....EL RIESGO.

#### 3.2.- MARCO DE ESTUDIO

En el presente caso es importante destacar que no se trata de determinar los daños afectantes al propio complejo hospitalario, puesto que esos riesgos (sus amenazas, sus vulnerabilidades, etc) se estudian y determinan en el Plan de Autoprotección del propio Hospital.

En el caso del Plan de catástrofes lo que se pretende definir es la actuación del Hospital ante el caso de la producción de un siniestro de determinadas dimensiones en el marco geográfico de referencia del Hospital. Es decir, ante la generación de una catástrofe en cualquier punto de nuestro territorio, que con casi toda seguridad generará posibles daños personales, en número relevante, ¿Cómo acometerá el HSPU la asistencia y atención de una posible afluencia de pacientes en gran número?, que obligará a adoptar medidas excepcionales, tanto asistenciales como organizativas, de cara a dar respuesta a dicha afluencia.

Por ello, en este caso, debe analizarse una multitud de amenazas de todo tipo que pueden afectar en mayor o menor medida al territorio de La Rioja, si bien una vez analizadas podemos comprobar que la mayoría de las mismas, si bien pueden ser causa de muchas incomodidades o incluso dificultades, no serían causa de una situación de catástrofe.

### 3.3.- DESCRIPCIÓN ENTORNO AMPLIO

**COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA:** Comunidad Autónoma española que se sitúa en el ángulo occidental del valle del Ebro, río fronterizo en su parte nororiental. Limita con las C.C.A.A. de Castilla y León al Sur y Oeste, País Vasco al Norte, Navarra al Norte y al Este y Aragón al este. Tiene 5.045 Km<sup>2</sup>, la región está compuesta por una única provincia de nombre también La Rioja. Debido al desequilibrio poblacional y económico de la región motivado por la absorción de Logroño de prácticamente la mitad de los habitantes de La Rioja (133.000 habitantes), encontramos que amplias zonas rurales que ocupan la práctica totalidad del territorio de La Rioja, a parte del núcleo urbano de Logroño y municipios colindantes.

La configuración física de La Rioja comprende una zona sur montañosa y una zona norte integrada por tierras bajas (entre 600 y 300 m de altitud). La zona meridional está presidida por la gran sierra de la Demanda, los picos de Urbión, la sierra Cebollera, la sierra de Camero Viejo y la sierra de Camero Nuevo. La mayor elevación de la región es el pico de San Lorenzo (2.271 m).

Desde el punto de vista geográfico se suelen establecer tres comarcas: la Rioja Alta, la Rioja Baja y la Tierra de Cameros. La primera ocupa la parte noroeste de las zonas llanas y comprende la parte alta del valle del Ebro en esta región y los valles bajos de los ríos Tirón, Oja y Najerilla; la Rioja Baja se sitúa al este del río Iregua siguiendo la ribera del Ebro, hasta el río Alhama. La Tierra de Cameros constituye la zona montañosa del sur de la región, surcada por los valles altos de los ríos, Oja, Najerilla, Iregua, Leza y Cidacos.

En cuanto al clima e hidrografía, El clima es de tipo mediterráneo continentalizado, que en La Rioja Alta y en las laderas noroeste de las sierras sufre con influencias atlánticas. En las zonas más altas de la Tierra de Cameros y en las Sierras encontramos el clima de montaña. La Rioja Alta tiene más precipitaciones que la Rioja Baja, inviernos más fríos y veranos con calor moderado. Las temperaturas de estas dos zonas tienen un promedio que oscila entre los 11,8 y los 31,8 °C y unas precipitaciones de 300 a 600 mm anuales. La Tierra de Cameros posee temperaturas mucho más bajas (8 °C de promedio anual) y mayores precipitaciones, que alcanzan entre los 700 y los 1.000 mm anuales. El cierzo, viento del noroeste, frío y húmedo, es frecuente durante el invierno y parte de la primavera.

El gran río de La Rioja es el Ebro, cuya depresión, situada en la parte septentrional de la región, está constituida por tierras aluviales que se adentran por los valles de sus afluentes: el Tirón, con el Oja, el Najerilla, el Iregua, el Leza con su afluente el Jubera, el Cidacos y el río Alhama que transcurre entre las tierras riojanas y navarras. Todos estos afluentes son cortos y con poco caudal, sobre todo en verano; el Tirón, Najerilla e Iregua disfrutan de un caudal más regular al tener embalses en sus cabeceras. Todos ellos conforman, en su parte baja, valles fértiles.

Respecto a la demografía, factor esencial de cara a conocer mejor la potencial afectación de las diferentes amenazas la población de la comunidad (datos de 2003) era de 287.390 habitantes. Su distribución viene condicionada por la dualidad entre montaña y llanura. Las zonas altas están muy escasamente pobladas y en clara regresión demográfica, con una tasa de natalidad muy baja. En contraste, las cuencas de los ríos (sobre todo en los municipios más industrializados como Calahorra y Arnedo) y, en especial, la ciudad de Logroño y pueblos colindantes, ofrecen densidades de población altas.

A lo largo del siglo XX, la región tuvo un saldo migratorio negativo, aunque este fenómeno fue más moderado que en otras zonas de la España interior. El crecimiento actual de la población se encuentra casi detenido, puesto que La Rioja cuenta con una tasa de natalidad inferior a la media española y una tasa de mortalidad ligeramente superior. Esta tendencia está cambiando en los últimos años al producirse una importante inmigración, que proviene fundamentalmente del norte de África, Sudamérica y del este de Europa.

Las comarcas riojanas tienen rasgos poblacionales diferenciados:

La Tierra de Cameros está integrada por municipios exclusivamente rurales muy pequeños, la mayoría de los cuales no supera el centenar de habitantes y algunos núcleos se han despoblado totalmente. Destaca, en esta comarca, Santo Domingo de la Calzada, emplazada a orillas del río Oja, con 5.622 habitantes.

En la Rioja Alta las poblaciones más importantes son Nájera (7.105 habitantes) y Haro (9.402 habitantes); esta última es cabecera de la comarca y famosa por ser sede de numerosas y acreditadas bodegas.

La Rioja Baja alberga los municipios más poblados, como Calahorra (20.528 habitantes), Arnedo (13.389 habitantes), Alfaro (9.137 habitantes) y Cervera del Río Alhama (2.946 habitantes).

Situada en la orilla derecha del río Ebro, Logroño, capital de la comunidad, es el centro urbano más importante (133.058 habitantes). Casi la mitad de la población de la región vive en esta ciudad, lo que contribuye a crear un cierto desequilibrio poblacional y económico.

### **3.4.- DESCRIPCIÓN ENTORNO PRÓXIMO**

El HSPU se encuentra situado en la Calle Piqueras, 98, accediéndose al mismo por la calle Río Cidacos.

El centro hospitalario ocupa una parcela totalmente independiente del resto de las colindantes, perfectamente delimitada mediante valla a su alrededor, en el centro de la cual queda ubicado el mismo. Dicha parcela tiene un área de 70.000 m<sup>2</sup>. y disfruta de una vía de circulación que la rodea por el interior de la valla, por todo el perímetro exterior de la misma, con anchura suficiente (sobre plano), para la circulación de vehículos de cualquier anchura.

En la parcela, interiormente a la valla hay cuatro zonas de aparcamiento de vehículos (P-1, P-2, P-3, P-4) ubicadas la primera (P-1) frente a la entrada a la parcela, en el vial interior del edificio de Hospitalización, frente al edificio de Hospitalización, la segunda (P-2) en el vial interior del edificio de Instalaciones, frente a la cara oeste del edificio Suroeste, la tercera (P-3) en el vial interior del edificio Suroeste, frente a la cara sur del edificio Suroeste, y la cuarta (P-4) en el vial interior Sur, frente al edificio Sur.

Existiendo dentro de la parcela un tanque de oxígeno líquido al norte, frente al edificio de Hospitalización y sito frente a la Entrada Principal de Urgencias el Centro de Transformación CTR 8509.

### **3.5.- METODOLOGÍA ANÁLISIS DE RIESGOS**

La metodología utilizada para el análisis de los riesgos contemplados en el presente estudio consistirá en primer lugar en la identificación de cada uno de ellos, para posteriormente realizar el análisis del Índice de Riesgo, en función de la siguiente consideración:



El índice de Riesgo se entenderá como el resultado de interacción entre el Índice de Probabilidad de materialización de la amenaza y el Índice de Daños Previsibles.

**INDICE DE RIESGO (IR) = INDICE DE PROBABILIDAD (IP) x INDICE DE DAÑOS PREVISIBLES (ID).**

La fórmula se aplica a cada uno de los riesgos contemplados en función de los registros históricos, previsión de daños potenciales, etc.

	ID	0	1	2	5	10
IP						
0		0	0	0	0	0
2		0	2	4	10	20
3		0	3	6	15	30
4		0	4	8	20	40

ÍNDICE DE PROBABILIDAD IP	
0	INEXISTENTE
2	SIN CONSTANCIA
3	UN SUCESO CADA VARIOS AÑOS
4	UN SUCESO O MÁS AL AÑO

INDICE DE DAÑOS PREVISIBLES ID	
0	SIN DAÑOS
1	PEQUEÑOS DAÑOS MATERIALES
2	PEQUEÑOS DAÑOS MATERIALES Y ALGUNA PERSONA AFECTADA
5	GRANDES DAÑOS MATERIALES O NUMEROSAS PERSONAS AFECTADAS
10	GRANDES DAÑOS MATERIALES O VICTIMAS MORTALES

INDICE DE RIESGO	ALTO	MAYOR O IGUAL A 10
	MEDIO	ENTRE 8 Y 6
	BAJO	MENOR O IGUAL A 4





### 3.5.1.- IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

#### A- Riesgos naturales

- A.a.- Terremotos
- A.b.- Volcanes
- A.c.- Movimientos de ladera
  - A.c.a.- Deslizamientos
  - A.c.b.- Desprendimientos
- A.d.- Hundimientos de terreno
- A.e.-Erosiones
- A.f.- Radioactividad natural
- A.g.- Inundaciones
  - A.g.a.- Crecidas o avenidas
  - A.g.b.- Acumulaciones pluviales
  - A.g.c.- Rotura de presas o daños graves (por similitud de procesos)
- A.h.- Aludes
- A.i.- Nevadas
- A.j.- Heladas
- A.k.- Vendavales
- A.l.- Granizadas
- A.m.- Sequías

#### B.- Riesgos tecnológicos

- B.a.- Nuclear y radiológico
- B.b.- Químico
- B.c.- Transporte de mercancías peligrosas
  - B.c.a.- Por carretera
  - B.c.b.- Por ferrocarril
  - B.c.c.- Por vía aérea
- B.d.- Incidencias en procesos industriales en general susceptibles de generar accidentes graves
- B.e.- Contaminación atmosférica
- B.f.- Contaminación fluvial
- B.g.- Contaminación de la capa freática o suelos en general



### C. - Riesgos antrópicos

#### C.a.- Anomalías en el suministro de servicios que dependan de redes físicas

C.a.a.- Agua (deficiencias en la cantidad o en la calidad)

C.a.b.- Gas

C.a.c.- Electricidad

C.a.d.- Teléfono

C.a.e.- Otras redes

#### C.b.- Anomalías en el suministro de productos esenciales

C.b.a.- Alimentos primarios

C.b.b.- Productos farmacéuticos

C.b.c.- Productos energéticos

C.b.d.- Otros abastecimientos básicos

C.d.a.a.- En interiores (recintos cerrados)

C.d.a.b.- En exteriores

#### C.c.- Incidencias asociadas al transporte (de personas y bienes)

C.c.a.- Por carretera

C.c.b.- Por ferrocarril

C.c.c.- Por vía aérea

#### C.d.- Riesgos asociados a grandes concentraciones humanas

C.d.a.- Estáticas

C.d.b.- Itinerantes

#### C.e.- Desplome o fallos en obra civil

C.e.a.- Edificios

C.e.b.- Infraestructuras

#### C.f.- Riesgos asociados al fuego

C.f.a.- Urbanos

C.f.b.- Industriales

C.f.c.- Forestales

#### C.g.- Riesgos sanitarios

C.g.a.- Contaminación biológica

C.g.b.- Intoxicaciones alimentarias

C.g.c.- Epidemias



C.g.d.- Plagas

C.g.e.- Otras

C.h.- Incidencias o accidentes en localizaciones con problemas de accesibilidad

C.h.a.- Medio hídrico (ríos, lagos, embalses, otros)

C.h.b.- Cavidades y subsuelo en general

C.h.c.- Montaña

C.h.d.- Otros

C.i.- Actos vandálicos

C.j.- Riesgos asociados al terrorismo

D.- Otros riesgos, identificados o identificables en el transcurso del tiempo, capaces de generar situaciones de emergencia, catástrofe o calamidad



### 3.5.2 VALORACIÓN DE RIESGOS

RIESGO BAJO			
RIESGOS NATURALES			
Terremotos	2	1	2
Volcanes	0	0	0
Hundimientos de terreno	3	1	3
Erosión	2	1	2
Radioactividad natural	0	0	0
Aludes	2	2	4
Sequías	2	2	4
TECNOLÓGICOS			
Nuclear	2	1	2
<b>Transporte mercancías peligrosas</b>			
Por vía aérea	0	0	0
Contaminación de la capa freática o suelos en general	2	2	4
ANTRÓPICOS			
<b>Anomalías en el suministro de servicios que dependan de redes físicas</b>			0
Agua (deficiencias en la cantidad o en la calidad)	2	2	4
Teléfono	2	2	4
Otras redes	2	2	4
<b>Desplomes y derrumbes</b>			
Edificios	3	1	3
Infraestructuras	2	1	2
<b>Sanitarios</b>			
Plagas	2	2	4
Otras			0
<b>Incidencias o accidentes en localizaciones con problemas de accesibilidad</b>			
Cavidades y subsuelo en general	3	1	3
Otros			0
Actos vandálicos	4	1	4

RIESGO MEDIO			
NATURALES			
Deslizamientos	4	2	6
Desprendimientos	4	2	6
<b>Inundaciones</b>			
Crecidas o avenidas	4	2	6
Acumulaciones pluviales	3	2	5
Heladas	4	2	6
Granizadas	4	2	6
Vendavales	3	2	5
TECNOLÓGICOS			
<b>Químico</b>			
Transporte mercancías peligrosas por carretera	3	2	5
Incidencias en procesos industriales en general susceptibles de generar accidentes graves	3	2	5
Contaminación atmosférica	3	2	5
ANTRÓPICOS			
<b>Anomalías suministro productos esenciales</b>			
Productos farmacéuticos	2	2	4
En interiores (recintos cerrados)	3	2	5
En exteriores	3	2	5
<b>Riesgos sanitarios</b>			
Contaminación biológica	3	2	5
Intoxicaciones alimentarias	2	2	4
<b>Incidencias o accidentes en localizaciones con problemas de accesibilidad</b>			
Medio hídrico (ríos, lagos, embalses, otros)	3	2	5
Montaña	3	2	5

RIESGO ALTO			
NATURALES			
Rotura de presas o daños graves (por similitud de procesos)	2	10	20
Nevadas	4	5	20
TECNOLÓGICOS			
Tranporte mercancías peligrosas por ferrocarril	3	5	15
Contaminación fluvial	2	5	10
ANTRÓPICOS			
<b>Anomalía en suministro</b>			
Gas	3	5	15
Electricidad	3	5	15
Alimentos primarios	3	5	15
Productos energéticos	3	5	15
<b>Incidencias asociadas al transporte</b>			
Por carretera	4	10	40
Por ferrocarril	3	10	30
Por vía aérea	3	10	30
<b>Riesgos asociados a concentraciones humanas</b>			
Estáticas	4	10	40
Itinerantes	4	5	20
<b>Riesgos asociados a a fuego</b>			
Urbanos	4	10	40
Industriales	4	5	20
Forestales	4	5	20
<b>Epidemias</b>	4	10	40
<b>Riesgos asociados al terrorismo</b>	4	5	20

Se puede concluir que los eventos de **mayor riesgo** que pueden afectar a nuestra comunidad son probablemente los **accidentes de tráfico**, las **concentraciones humanas estáticas**, los **incendios urbanos** y las **epidemias** con **40 puntos** de valoración.

## 4.- CATALOGO DE RECURSOS Y MEDIOS DISPONIBLES

Los recursos que el HUSP dispone para actuar frente a una Catástrofe Externa podemos desglosarlo en recursos humanos y recursos materiales

### 4.1.- RECURSOS HUMANOS DEL HOSPITAL SAN PEDRO

Los recursos humanos sufren continuos cambios para adaptarse a las situaciones cambiantes de su actividad. Se ha recogido la dotación de personal a fecha de elaboración de este documento, que se irá actualizando en las sucesivas revisiones del Plan.

#### 4.1.1.- PERSONAL FACULTATIVO

Servicio	Total	Servicio	Total
Admisión y Documentación Clínica	5	Medicina Nuclear*	2
Alergología*	5	Medicina Preventiva y Salud Publica	1
Análisis Clínicos	15	Microbiología y Parasitología	5
Anatomía Patológica	10	Nefrología	10
Anestesiología Y Reanimación	36	Neumología	12
Angiología y Cirugía Vasculat	7	Neurofisiología Clínica	5
Aparato Digestivo	17	Neurología	13
Cardiología	19	Obstetricia y Ginecología*	29
Cirugía Cardiovascular	3	Oftalmología	22
Cirugía General y Aparato Digestivo	20	Oncología Medica	11
Cirugía Oral y Maxilofacial	2	Oncología Radioterápica	1
Cirugía Plástica	1	Otorrinolaringología	10
Cirugía Torácica	3	Pediatría	17
Dermatología*	7	Psicología Clínica	7
Endocrinología y Nutrición	9	Psiquiatría*	21
Enfermedades Infecciosas	9	Radiodiagnóstico*	28
Farmacia Hospitalaria	10	Radiofísica Hospitalaria*	1
Geriatría*	5	Rehabilitación	8
Hematología	9	Reumatología	5
Hospitalización A Domicilio	9	Traumatología y Cirugía Ortopédica	21
Medicina Del Trabajo	2	Urgencias	49
Medicina Intensiva	16	Urología	14
Medicina Interna	19	<b>TOTAL</b>	<b>530</b>

Rev.0 Enero 2023

\*Toda la plantilla del servicio de alergología, y parte de la plantilla de los servicios de dermatología, obstetricia y ginecología y radiodiagnóstico desempeñan sus funciones en el CARPA. Del mismo modo, toda la plantilla del servicio de geriatría y parte de la plantilla del servicio de psiquiatría desempeñan sus funciones en el Hospital General de La Rioja y toda la plantilla del servicio de medicina nuclear y de radiofísica hospitalaria en el CIBIR.

El personal facultativo que constituye la guardia de atención continuada tanto de presencia física como localizada en el Hospital San Pedro y en el Hospital de La Rioja, en día laborable y en día festivo, es el siguiente:

Servicio	HOSPITAL SAN PEDRO				HOSPITAL DE LA RIOJA	
	Día laborable		Día Festivo		Presencia Física	
	Presencia	Localizada	Presencia	Localizada	Día	Día
Análisis Clínicos	-	1	-	1	-	-
Anestesiología y Reanimación	3	1	3	1	-	-
Angiología y Cirugía Vascular	-	2	-	2	-	-
Cardiología	1	1	1	1	-	-
Cirugía Cardiovascular	-	2	-	2	-	-
Cirugía General y Aparato	2	-	2	-	-	-
Cirugía Torácica	-	1	-	1	-	-
Coordinación de Trasplantes	-	1	-	1	-	-
Endoscopia Digestiva	-	1	-	1	-	-
Farmacia Hospitalaria	-	1	-	1	-	-
Hematología	1	-	1	-	-	-
Hospitalización a Domicilio	1	-	1	-	-	-
Medicina Intensiva	2	-	2	-	-	-
Medicina Interna	1	-	1	-	1	1
Microbiología y Parasitología	1	1	1	1	-	-
Nefrología	-	1	-	1	-	-
Neumología	1	-	1	-	-	-
Neurofisiología	-	-	-	1	-	-
Neurología	1	-	1	-	-	-
Obstetricia y Ginecología	2	-	2	-	-	-
Oftalmología	-	1	-	1	-	-
Oncología Médica	1	-	-	-	-	-
Otorrinolaringología	1	1	-	1	-	-
Pediatría	2	-	1	-	-	-
Psiquiatría	1	-	1	-	-	-
Radiodiagnóstico	2	-	1	-	-	-
Traumatología	2	1	1	1	-	-
Urgencias	1	-	-	-	-	-
Urgencias Pediátricas	1	-	2	-	-	-
Urología	1	1	1	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>17</b>	<b>23</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Rev.0 Enero 2023

#### 4.1.2.- PERSONAL DE ENFERMERÍA

#### PERSONAL DE ENFERMERIA Y T.C.A.E. HOSPITAL SAN PEDRO Rev. 0 Enero 2023

##### TOTALES

DIAS	MAÑANAS			TARDES			NOCHES		
	ENFERMERAS	T.C.A.E.	TER/TEL	ENFERMERAS	T.C.A.E.	TER/TEL	ENFERMERAS	T.C.A.E.	TER/TEL
LABORABLE	290	160 1/2	TER 17 TEL 52	106	98	TER 6 TEL 4	66	52	TER 3 TEL 3
FESTIVO	91	77	TER 5 TEL 3	85	71	TER 5 TEL 3	63	51	TER 3 TEL 2

##### TURNO MAÑANA

PLANTA	SERVICIO	SUPERV.	DIA LABORABLE			DIA FESTIVO		
			ENFERMERA	T.C.A.E.	TER/TEL	ENFERMERA	T.C.A.E.	TER/TEL
Planta Baja	Rehabilitación	1	0	2		0	0	
Planta Baja	Farmacia	1	8	17		3	6	
Planta Baja	Laboratorio	1	3	0	52	0	0	3
Planta Baja	Hemodiálisis	½	7	3		0	0	
Planta Baja	CEX	1	75	20		0	0	
Planta Baja	Endoscopias	1/2	9	6		1	0	
Planta Baja	Hop. de Día Oncológico	1/2	4	3		0	0	
Planta Baja	HAD	1/2	9	0		0	0	
Planta Baja	Admisión Enf.	1	6	2		0	0	
Planta Baja	Anatomía Pat.	1	0	0		0	0	
Planta Baja	APC	1/2	6	4		5	3	
Planta Baja	P. R. L.		2	0		0	0	
Planta Baja	Medicina Preventiva	1/2	3	0		0	0	
1º	Urgencias	1	15	9		15	9	
1º	Radiología	1	8	5	17	2	0	5
1º	Neonatos	1	3	2		3	2	
1º	Partos	1	1	2		1	2	
1º	Esterilización	1	1	7		1	2	
1º	UMI	1/2	6	4		6	3	
1º - 2º	B. Quirúrgico	2	62	22		6	3	
1º A	Pediatría	1/2	3	3		2	2	
1º B	Obstetricia	1/2	3	3		2	3	
2º A	Cirugía Vascolar	1/2	3	2		2	2	
2º B	Cirugía General	1/2	3	2		3	2	
2º C	Cirugía General	1/2	3	2		3	2	
2º D	Ginecología	1/2	2	2		2	2	
3º A	Oncología	1/2	3	2		2	2	
3º B	Cardiología	1/2	2	2		2	2	
3º C	Neumología	1/2	3	2		2	2	
3º D	Card. Cir. Torácica	1/2	2	2		2	2	
4º A	Neuro. Hemat. Oft.	1/2	3	3		2	2	
4º B	Urología	1/2	3	2		2	2	





4º C	UCE – Quirúrgica	1/2	3	2		2	2	
4º D	Neurología	1/2	3	3		3	2	
5º A	Digestivo	1/2	3	2		2	2	
5º B	Traumatología	1/2	3	2		2	2	
5º C	O.R.L. - Traumatología	1/2	3	2		2	2	
5º D	Nefro - Digestivo	1/2	3	3		2	2	
6º A	Medicina Interna	1/2	3	3		2	2	
6º B	Medicina Interna	1/2	3	2 1/2		2	2	
7º A	Enferm. Infecciosas	1	3	3		3	3	
7º B	Psiquiatría	1	2	3		2	3	
	TOTALES	28 1/2	290	160 1/2		91	77	

Fisioterapeuta 4

Logopeda 1

Terapeuta 1

Matronas 3



TURNO TARDE

PLANTA	SERVICIO	SUPERV.	DIA LABORABLE			DIA FESTIVO		
			ENFERMERA	T.C.A.E.	TER/TEL	ENFERMERA	T.C.A.E.	TER/TEL
Planta Baja	Rehabilitación		0	0		0	0	
Planta Baja	Farmacia		2	8		0	4	
Planta Baja	Laboratorio		0	0	4	0	0	3
Planta Baja	Hemodialisis		3	2		0	0	
Planta Baja	CEX		4	5		0	0	
Planta Baja	Endoscopias		3	2		1	0	
Planta Baja	Hop. de Día Oncológico		2	1		0	0	
Planta Baja	HAD		1	0		0	0	
Planta Baja	Anatomía Pat.		0	0		0	0	
Planta Baja	APC		5	3		5	3	
1º	Urgencias		15	10		15	10	
1º	Radiología		2	1	6	2	0	5
1º	Neonatos		3	1		3	1	
1º	Partos		1	2		1	2	
1º	Esterilización		1	8		0	0	
1º	UMI		6	3		6	3	
1º - 2º	B. Quirúrgico		12	7		6	3	
1º A	Pediatría		2	2		2	2	
1º B	Obstetricia		2	2		2	2	
2º A	Cirugía Vasculat		2	2		2	2	
2º B	Cirugía General		2	2		2	2	
2º C	Cirugía General		2	2		2	2	
2º D	Ginecología		2	2		2	2	
3º A	Oncología		2	2		2	2	
3º B	Cardiología		2	2		2	2	
3º C	Neumología		2	2		2	2	
3º D	Card. Cir.Torácica		2	2		2	2	
4º A	Neuro. Hemat. Oft.		2	2		2	2	
4º B	Urología		2	2		2	2	
4º C	UCE – Quirúrgica		2	2		2	2	
4º D	Neurología		3	2		3	2	
5º A	Digestivo		2	2		2	2	
5º B	Traumatología		2	2		2	2	
5º C	O.R.L. - Traumatología		2	2		2	2	
5º D	Nefro - Digestivo		2	2		2	2	
6º A	Medicina Interna		2	2		2	2	
6º B	Medicina Interna		2	2		2	2	
7º A	Enferm. Infecciosas		3	3		3	3	
7º B	Psiquiatría		2	2		2	2	
	TOTALES		106	98		85	71	

Fisioterapeuta 3  
Matronas 3  
Supervisora T/N 1



TURNO NOCHE

PLANTA	SERVICIO	SUPERV.	DIA LABORABLE			DIA FESTIVO		
			ENFERMERA	T.C.A.E.	TER/TEL	ENFERMERA	T.C.A.E.	TER/TEL
Planta Baja	Farmacia		0	2		0	2	
Planta Baja	Laboratorio		0	0	3	0	0	3
Planta Baja	Endoscopias		1	0		1	0	
Planta Baja	Anatomía Pat.		0	0		0	0	
Planta Baja	APC		5	3		5	3	
Planta Baja	Med. Preventiva		0	0		0	0	
1º	Urgencias		11	8		11	8	
1º	Radiología		1	1	3	0	1	3
1º	Neonatos		3	1		3	1	
1º	Partos		1	2		1	2	
1º	UMI		6	3		6	3	
1º - 2º	B. Quirúrgico		6	3		6	3	
1º A	Pediatría		2	2		2	2	
1º B	Obstetricia		1	1		1	1	
2º A	Cirugía Vasculat		1	1		1	1	
2º B	Cirugía General		1	1		1	1	
2º C	Cirugía General		2	1		2	1	
2º D	Ginecología		1	1		1	1	
3º A	Oncología		1	1		1	1	
3º B	Cardiología		2	1		2	1	
3º C	Neumología		1	1		1	1	
3º D	Card. Cir.Torácica		1	1		1	1	
4º A	Neuro. Hemat. Oft.		1	1		1	1	
4º B	Urología		2	1		2	1	
4º C	UCE – Quirúrgica		3	2		2	1	
4º D	Neurología		2	1		2	1	
5º A	Digestivo		1	2		1	2	
5º B	Traumatología		2	1		1	1	
5º C	O.R.L. - Traumatología		1	1		1	1	
5º D	Nefro - Digestivo		2	1		2	1	
6º A	Medicina Interna		1	2		1	2	
6º B	Medicina Interna		1	2		1	2	
7º A	Enferm. Infecciosas		2	2		2	2	
7º B	Psiquiatría		1	2		1	2	
	TOTALES		66	52		63	51	

Matronas 3  
Supervisora T/N 1

### PERSONAL DE ENFERMERIA Y T.C.A.E. HOSPITAL DE LA RIOJA

#### TOTALES

DIAS	MAÑANAS			TARDES			NOCHES		
	ENFERMERAS	T.C.A.E.	TER/T.O.	ENFERMERAS	T.C.A.E.	TER/TEL	ENFERMERAS	T.C.A.E.	TER/TEL
LABORABLE	19	17	TER 1 T.O. 2	9	8		4	6	
FESTIVO	5	6		5	6		4	5	

#### TURNO MAÑANA

PLANTA	SERVICIO	SUPERV.	DIA LABORABLE			DIA FESTIVO		
			ENFERMERA	T.C.A.E.	TER/TEL	ENFERMERA	T.C.A.E.	TER/TEL
Sótano	Rehabilitación		0	4		0	0	
Sótano	Farmacia		1	0		0	0	
Planta Baja	Consultas Externas		2	2		0	0	
Planta Baja	Hospital Pluripatológicos		1	0		0	0	
Planta Baja	Hosp. Día Salud Mental		3	5	T.O. 2	0	0	
Planta Baja	Paliativos Domicilio	1/2	6	0		0	0	
Planta Baja	Radiología		0	0	1	0	0	
1º	Geriatría	1/2	2	2		2	2	
1º	Paliativos	1/2	1	1		1	1	
2º	Hosp. Fragilidad		1	1		1	1	
3º	Psiquiatría	1/2	2	2		1	2	

Fisioterapeuta 5

Logopeda 1

Terapeuta 1

#### TURNO TARDE

PLANTA	SERVICIO	SUPERV.	DIA LABORABLE			DIA FESTIVO		
			ENFERMERA	T.C.A.E.	TER/TEL	ENFERMERA	T.C.A.E.	TER/TEL
Sótano	Rehabilitación		0	2		0	0	
Planta Baja	Paliativos Domicilio		4	0		0	0	
1º	Geriatría		2	2		2	2	
1º	Paliativos		1	1		1	1	
2º	Hosp. Fragilidad		1	1		1	1	
3º	Psiquiatría		1	2		1	2	

Fisioterapeuta 5

Logopeda 1

Terapeuta 1

Supervisora T/N 1

#### TURNO NOCHE

PLANTA	SERVICIO	SUPERV.	DIA LABORABLE			DIA FESTIVO		
			ENFERMERA	T.C.A.E.	TER/TEL	ENFERMERA	T.C.A.E.	TER/TEL
1º	Geriatría		1	2		1	1	
1º	Paliativos		1	1		1	1	
2º	Hosp. Fragilidad		1	1		1	1	
3º	Psiquiatría		1	2		1	2	



**PERSONAL DE ENFERMERIA Y T.C.A.E. C.S.M. ALBELDA**

TOTALES

DIAS	MAÑANAS			TARDES			NOCHES		
	ENFERMERAS	T.C.A.E.	TER/T.O.	ENFERMERAS	T.C.A.E.	TER/TEL	ENFERMERAS	T.C.A.E.	TER/TEL
LABORABLE	5	20		2	12		2	8	
FESTIVO	2	16		2	12		2	8	

TURNO MAÑANA

PLANTA	SERVICIO	SUPERV.	DIA LABORABLE			DIA FESTIVO		
			ENFERMERA	T.C.A.E.	TER/TEL	ENFERMERA	T.C.A.E.	TER/TEL
Planta Baja	UNID. MINUSVALIDOS		1	5		1	4	
Planta Baja	UNID. LARGA EST.		1	5			4	
1º	PSIQ. GERIATRIA		3	10		1	8	

TURNO TARDE

PLANTA	SERVICIO	SUPERV.	DIA LABORABLE			DIA FESTIVO		
			ENFERMERA	T.C.A.E.	TER/TEL	ENFERMERA	T.C.A.E.	TER/TEL
Planta Baja	UNID. MINUSVALIDOS		1	3		1	3	
Planta Baja	UNID. LARGA EST.			3			3	
1º	PSIQ. GERIATRIA		1	6		1	6	

TURNO NOCHE

PLANTA	SERVICIO	SUPERV.	DIA LABORABLE			DIA FESTIVO		
			ENFERMERA	T.C.A.E.	TER/TEL	ENFERMERA	T.C.A.E.	TER/TEL
Planta Baja	UNID. MINUSVALIDOS		1	2		1	2	
Planta Baja	UNID. LARGA EST.			2			2	
1º	PSIQ. GERIATRIA		1	4		1	4	

Fisioterapeuta 1

Terapeuta 1

**PERSONAL DE ENFERMERIA Y T.C.A.E. CARPA**
TOTALES

DIAS	MAÑANAS			TARDES			NOCHES		
	ENFERMERAS	T.C.A.E.	TER	ENFERMERAS	T.C.A.E.	TER	ENFERMERAS	T.C.A.E.	TER/TEL
LABORABLE	31	21	4	1	4	2			1
FESTIVO			1			1			1

TURNO MAÑANA

PLANTA	SERVICIO	SUPERV.	DIA LABORABLE			DIA FESTIVO		
			ENFERMERA	T.C.A.E.	TER	ENFERMERA	T.C.A.E.	TER
Sótano	Rehabilitación	1		5				
Sótano	Radiología		2	2	4			1
Sótano	Quirófano		3	2				
Sótano	Admisión			1				
1º y 2º	CEX	1	26	11				

TURNO TARDE

PLANTA	SERVICIO	SUPERV.	DIA LABORABLE			DIA FESTIVO		
			ENFERMERA	T.C.A.E.	TER	ENFERMERA	T.C.A.E.	TER
Sótano	Rehabilitación			2				
Sótano	Radiología			1	2			1
Sótano	Quirófano							
1º y 2º	CEX		1	1				

TURNO NOCHE

PLANTA	SERVICIO	SUPERV.	DIA LABORABLE			DIA FESTIVO		
			ENFERMERA	T.C.A.E.	TER	ENFERMERA	T.C.A.E.	TER
Sótano	Rehabilitación							
Sótano	Radiología				1			1
Sótano	Quirófano							
1º y 2º	CEX							



### 4.1.3.- PERSONAL NO SANITARIO

PERSONAL ADMINISTRATIVO DE ADMISIÓN Rev. 0 Enero 2023

#### HUSP

	LABORABLES			SABADOS			DOMINGOS / FIN SEMANA		
	mañanas	tardes	noches	mañanas	tardes	noches	mañanas	tardes	noches
Urgencias adultos	3	3	1	3	3	1	3	3	1
Urgencias pediátricas	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ingresos	3	2		1				1	
Lista de espera	8	2							
CMA	2								
Citación consultas	11	8							
Admisión consultas	3	1							
Atención al paciente	1								

#### HLR

Ingresos	2		
----------	---	--	--

**CELADORES** Rev. 0 Enero 2023

PLANTILLA DIARIA DE CELADORES				PLANTILLA DIARIA: FINES DE SEMANA Y FESTIVOS			
SERVICIOS	MAÑANAS 91	TARDES 40	NOCHES 15	SERVICIOS	MAÑANAS 42	TARDES 41	NOCHES: 15
PLANTAS + INF: 23	23	14	4	PLANTAS + INF: 23	21	21	4
QUIROFANOS	13	4	2	QUIROFANOS	2	3	2
CMA	4	1		CMA			
RX	10	3		RX	3	2	
URG	10	11	8	URG	10	11	8
CEX	7	2		CEX			
SUMINISTROS	11	SUM/PH		SUMINISTROS	SUM/PH	SUM/PH	
FARMACIA	3	2		FARMACIA	2	1	
PARTOS	1	1		PARTOS	1	1	
UMI /UAPC	3	2	1	UMI /UAPC	3	2	1
CORREO	2			CORREO			
ANAT. PAT.	1			ANAT. PAT.			
LOGISTICA	2			LOGISTICA			
VEHICULO	1			VEHICULO			
COORDINACION P	3	1	GUARDIA 71858	COORDINACION	GUARDIA	GUARDIA	GUARDIA
PLANTILLA CELADORES HLR DIARIA				PLANTILLA CELADORES HLR FINES DE SEMANA Y FESTIVOS			
SERVICIOS	MAÑANAS 4	TARDES 2	NOCHES 2	MAÑANAS: 2	TARDES: 2	NOCHES:2	
INFORM/RX	1	1	1				
1ª DCHA	1	1	1	1	1	1	
1º IZDA	1	1	1	1	1	1	
RHB	1	1	1				
PLANTILLA CELADORES CARPA DIARIA				PLANTILLA DIARIA: FINES DE SEMANA Y FESTIVOS			
SERVICIOS	MAÑANAS 6	TARDES 2	NOCHES	MAÑANAS	TARDES	NOCHES	
INFORMACION	1	1					
RHB	1	1					
QUIROF/RX	1						
MOD A/B	1						
MOD C/D	1						
1ª PLANTA	1						





MANTENIMIENTO

PERSONAL DEL SERIS	
2 Ingenieros Técnicos 1 Arquitecto técnico 4 auxiliares administrativos 15 Oficiales de Mantenimiento 5 peones/operarios 1 Técnico de mantenimiento	<b>GUARDIA LOCALIZADA</b> : 1 Ingeniero de Guardia / 2 Oficiales de Mantenimiento DE 15 pm a 8 am
PERSONAL SUBCONTRATA 24 HORAS <b>88887</b>	

Rev.0 Enero 2023

BANCO DE SANGRE

1 Director técnico (Médico Especialista en Hematología) 2 Médicos Especialistas en Hematología 2 Médicos Especialistas Médicos de Colectas 1 Técnico superior Promoción de la Donación 11 DUEs, incluyendo una Supervisora de Enfermería. 11 TELs (técnicos superiores de laboratorio) 2 Conductores 4 Auxiliares Administrativos	<b>Turno de mañana</b> de lunes: 1 médico de colectas, 3 hematólogos, 3 auxiliares administrativos, Supervisora de Enfermería, 2 DUEs, 3 TELs, 1 promotor.
	<b>Turno de mañana</b> de martes a viernes: 2 médicos de colectas, 3 hematólogos, 3 auxiliares administrativos, Supervisora de Enfermería, 4 DUEs, 7 TELs, 1 promotor, 1 conductor.
	<b>Turno de tarde</b> de lunes a viernes: 1 médico de colectas, 1 auxiliar administrativo, 4 DUEs, 2 TELs
	<b>Turno de noche</b> de lunes a domingos: 1 TEL  <b>Turno de mañana de sábado:</b> 4 DUEs, 3 TELs  <b>Turno de tarde de sábado y turnos del domingo:</b> 2 TELs

Rev.0 Enero 2023



SEGURIDAD

PERSONAL DE SEGURIDAD	
Plantilla habitual por turnos: 4 vigilantes Disponibilidad 6 walkies	Disponibilidad de 2/3 vigilantes más ante una situación de catástrofe
<p><b>COORDINADOR DEPARTAMENTO SEGURIDAD: 629612301</b></p> <p><b>DIRECTOR DE SEGURIDAD</b></p> <p>TFNO DE CONTACTO RESPONSABLE EMPRESA EXTERNA: 663390311</p> <p>TELEFONO CENTRAL DE CONTROL 88711 -88712- 941298712 - 691332995 (JEFE DE TURNO)</p>	

Rev.0 Enero 2023

SERVICIO HOSTELERIA (COCINA Y LAVANDERÍA)

COCINA	LAVANDERIA
8 cocineros + 1 jefe de cocina 11 pinches de cocina 3 pinches de almacén 32 pinches de emplatado 10 pinches de expedición 54 pinches planta 6 pinches HGR 10 pinches CAA 7 auxiliares de dietética 4 gobernantas 1 dietista	1 gobernanta de lavandería 1 auxiliar administrativo
Horario del servicio: 06:00 a 22:30 de lunes a viernes y de 06:30 a 22:30 sábados y domingos	Horario del servicio: 06:00 a 22:30 de lunes a viernes y de 06:30 a 22:30 sábados y domingos

Rev.0 Enero 2023

INFORMÁTICA

Teléfono de asistencia 24x7

941 298888 ex. 88888



CENTRALITA

Teléfono exterior **941 298000**

Extensión **90**



## 4.2 RECURSOS MATERIALES

Al igual que con los recursos humanos, las instalaciones, equipamiento, número de camas, etc. puede sufrir cambios con frecuencia que se irán recogiendo en las revisiones periódicas del Plan.

### AREAS QUIRÚRGICAS

Actualmente el HUSP dispone de:

- 12 quirófanos en el BQ (6 en la primera planta y 6 en la segunda planta), además de 4 quirófanos ubicados en la zona de cirugía mayor ambulatoria (CMA) y otros 2 quirófanos propios del Área de Partos.
- 2 salas de preanestesia o preparación pre-quirúrgica, ubicadas en la 1ª y 2ª plantas del BQ. Disponen de material de uso común en cada bloque; carro de vía aérea difícil, carro pediátrico, carro de paradas, vídeolaringoscopia CMAC, pantalla de Fibrobroncoscopio desechable. Monitor de relajación muscular TOF cuff.
- 2 Unidades de Reanimación Post-Anestésica (URPA):
  - o 1 ubicada en la 1ª planta del BQ, equipada con monitorización completa según la normativa SEDAR (ECG, SatO2, Tart) para 14 plazas. También dispone de una máquina de anestesia con monitor BIS que se emplea en la terapia electroconvulsiva (Psiquiatría). Un carro de paradas con desfibrilador y capnógrafo. Un respirador de cuidados intensivos. Dos equipos de CPAP de Boussignac con su material fungible. Carros de: anestesia pediátrica 1, vía aérea difícil 1, Anestesia para fuera de quirófano 2. Un monitor hemodinámico avanzado (Mostcare) para uso en todo el bloque quirúrgico. Material fungible de uso en el bloque quirúrgico. Dos vídeolaringoscopios portátiles con sus palas (fungibles). Dos ecógrafos. Un gasómetro.
  - o 1 ubicada en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) equipada con monitorización completa según la normativa SEDAR (ECG, SatO2, Tart) para 5 Plazas.
- 1 Área de Polivalente de Críticos (UPC), concebida para facilitar el seguimiento asistencial de pacientes que requieren cuidados intensivos e intermedios. Cuenta con capacidad para quince pacientes y habitaciones dotadas de avanzados sistemas de monitorización hemodinámica y tratamiento: dispositivos de Ventilación Mecánica no Invasiva e Invasiva, bombas de perfusión, etc.
- Además en el edificio del CIBIR, en el segundo subsuelo, existe un área quirúrgica para tratamientos de braquiterapia que consta de un quirófano radioprotegido, dotado con torre de anestesia y una sala de preparación/recuperación post-anestésica de pacientes. Se accede directamente desde la calle por la puerta localizada en frente de la entrada a las plantas de ingresos del Hospital San Pedro.
- El hospital no dispone de un quirófano específico para las urgencias, por lo que la reserva de quirófanos para realizar la cirugía urgente depende del número de urgencias que atienda el hospital y de la prioridad clínica de la urgencia. Suele asignarse para dicho fin el quirófano disponible que esté asumiendo cirugías de menor prioridad clínica.

### UMI

La Unidad de Medicina intensiva (UMI) del HUSP dispone de 32 camas estructurales (UMI más Área de Polivalentes Críticos APC), con posibilidad de ampliación a 10 camas más (UMI CAR).

La UMI se encuentra ubicada en la planta 1 del hospital adyacente al servicio de Urgencias. La APC se encuentra ubicada en la planta 0 del hospital junto al servicio de Laboratorio.

### HOSPITALIZACIÓN CAMAS

<b>CAMAS HOSPITAL SAN PEDRO</b>			
<b>SERVICIO/UBICACIÓN</b>	<b>Nº CAMAS</b>	<b>SERVICIO/UBICACIÓN</b>	<b>Nº CAMAS</b>
1ª	45	UMI	18
2A	22	CMA	22
2B	22	UAPC	15
2C	20	QUIROFANO	0
2D	20	HEMODIALISIS	21
3A	23	H. DE DIA	8
3B	22	PARTOS	13
3C	20	URGENCIAS	48
3D	20	PCA	4
4A	23	ECOCARDIO	2
4B	22	<b>TOTAL</b>	<b>151</b>
4C	27		
4D	20	SOTANO FONDO	HILLROOM 23
5A Y D	45	SOTANO FONDO	MELISSA 7
5B	22	SOTANO FONDO	UMI CALAHORRA 4
5C	19	SOTANO FONDO	PARDO 1
6A	23	SOTANO	RETEN 6
6B	22		<b>41 UTILES</b>
7A	29	SOTANO ROTAS	28 HILLROOM
7B	23	SOTANO ROTAS	6 PARDO
<b>TOTAL HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>489</b>		<b>CAMAS S/MANDO 34</b>
		MANTENIMIENTO	5 HILLROOM 5
		MANTENIMIENTO	7 PARDO VIEJAS
		MANTENIMIENTO	1 LINETTE
		MANTENIMIENTO	<b>TOTAL 13</b>
<b>TOTAL DE CAMAS EN HSP: 728</b>			

Rev.0 Enero 2023



<b>CARPA</b>	<b>SIN CAMAS</b>
<b>HOSPITAL DE LA RIOJA</b> Geriatría + Rehabilitación 16 Paliativos 10 Fragilidad 20 Psiquiatría 22	<b>TOTAL : 68 CAMAS</b>

Rev.0 Enero 2023

<b>SILLA DE RUEDAS HOSPITAL SAN PEDRO</b>	<b>70</b>
<b>SILLAS DE RUEDAS CARPA /HLR</b>	<b>12/10</b>

Rev.0 Enero 2023

**MORTUORIO**

<b>Nº de Cámaras Frigoríficas</b>	<b>Nº de Camillas</b>	<b>Nº Rulos</b>	<b>Nº Grúas</b>
12	1	1	1

Rev.0 Enero 2023

**RADIODIAGNOSTICO**

<b>HSPU (los equipos con * están alimentados por el generador de emergencia)</b>	<b>CARPA</b>	<b>Hospital de la Rioja</b>
3 Ecógrafos en Radiología general. 2 Ecógrafos en Unidad de mama. 1 Ecógrafo intervencionismo. 1 Ecógrafo en Urgencias*. 2 TC multidetector *. 1 RM. 1 Angiografo *. 1 Sala Multifunción. 1 Telemando. 4 Salas de RX digital en Radiología Centrales. 2 Salas de RX digital en Radiología de Urgencias. 4 equipos de Radiología portátil. 1 Impresora de placas.	2 Ecografos. 1 Telemando. 2 Salas de RX digital. 1 TC multicorte. 1 RM.	2 Salas de RX 1 Ecógrafo ( desplazable)

Rev.0 Enero 2023



### **OTROS RECURSOS TECNICOS/MATERIALES. MANTENIMIENTO**

El almacén general de mantenimiento y los almacenes específicos (gases medicinales, materiales...) se encuentran ubicados físicamente en el edificio circular del hospital San Pedro con acceso directo a calle.

Existen botellas de gases medicinales repartidos en varios puntos del hospital: unidades clínicas, quirófanos, urgencias, consultas, etc. Se dispone en stock caudal metros, reguladores y otros elementos para conectar los gases medicinales.

Además, se disponen de equipos electromédicos de reserva en caso de necesidad (respiradores), además se dispone mandos camas y terminales de llamada para el sistema enfermera para facilitar el doblaje de habitaciones.

### **SUMINISTROS-ALMACEN**

El Servicio dispone de los siguientes recursos:

- 2 carruseles horizontales automatizados
- 7 pistolas de radiofrecuencia para la preparación y recepción de material
- 1 sistema informático propio para la gestión de almacén (GALYS)



## 5.- PROCEDIMIENTO DE ACTIVACIÓN DEL PLAN

### 5.1.- ACTIVACIÓN GENERAL DEL PLAN DE CATÁSTROFES

Deben identificarse tres fases de activación: **alerta previa, alarma y ejecución.**

#### **FASE DE ALERTA PREVIA**

Se establece cuando se recibe la **ALERTA del Centro de Coordinación Operativa SOS Rioja 112 (CECOP)** de que se ha producido o hay un riesgo de que se produzca un incidente con múltiples víctimas (**IMV**), sobre el que en ese momento no se dispone de información fidedigna del número de víctimas ni de su gravedad.

Este aviso se recibirá preferentemente al control médico de boxes del servicio de urgencias.  
Extensiones:

- 81307
- 81318
- 81322
- 81323
- 88329

o a través de cualquiera de los teléfonos móviles buscapersonas del servicio de urgencias:

- Busca 1: 669732991 (ext. 71322)
- Busca 2: 669732945 (ext. 71323)
- Busca 3: 669733056 (ext. 71342)

El profesional que recibe el aviso lo comunicará **al responsable de urgencias**, definido como:

- El coordinador de urgencias en su horario laboral.
- En su ausencia, el médico de mayor antigüedad presente en el servicio.

El **responsable de urgencias**, o el profesional en quien delegue, una vez alertado deberá:

- Identificarse ante el CECOP como responsable de urgencias, informándoles del teléfono (buscapersonas u otro) con el que estará permanentemente localizable.
- Comunicarlo a la **Dirección Médica**.
- En su ausencia lo comunicará al Jefe de la Guardia.
- Comunicarlo **al responsable de Urgencias de Pediatría** en el caso de que se prevean víctimas pediátricas o se desconozca la edad de las víctimas: Jefe de Servicio de Pediatría en su horario laboral o, en su defecto, al busca del adjunto de Urgencias de Pediatría (78791).
- Valorar la situación asistencial del servicio de urgencias en ese momento, estableciendo una previsión de recursos por si avanzara el nivel de alerta del plan.
- Revisar el plan de actuaciones frente a catástrofes

La Dirección Médica o el Jefe de Guardia será quien alerte al resto de Servicios en función del nivel de alerta; y a la Gerencia.

El listín de teléfonos para localización de personal está en el **anexo 1 Sistema de Localización del Personal**

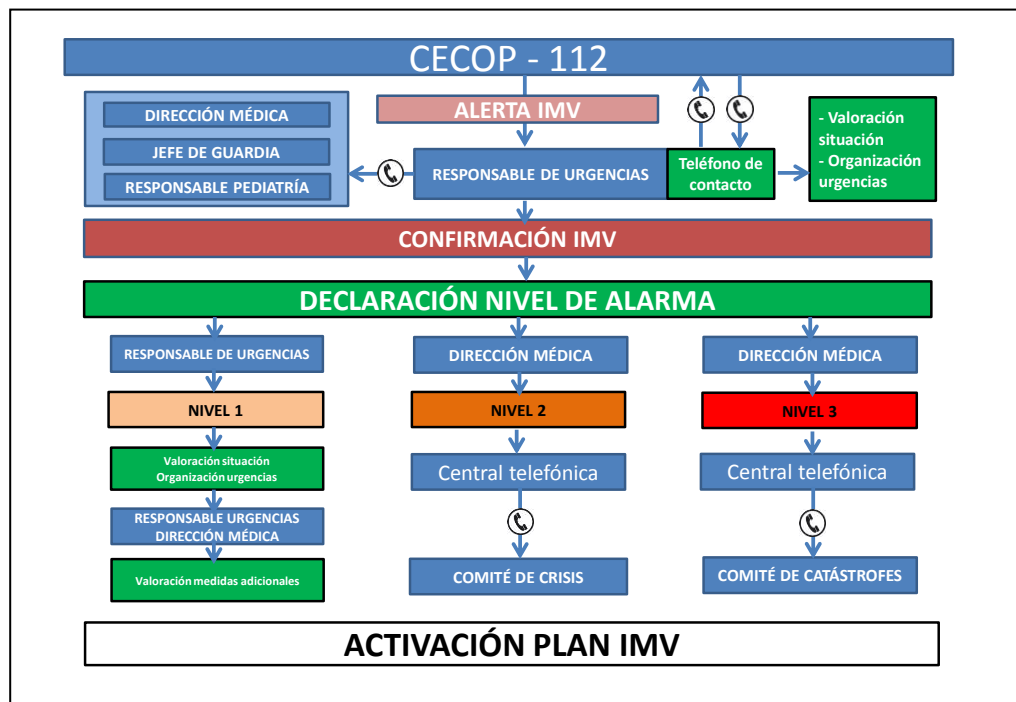
**FASE DE ALARMA**

Se establece cuando el CECOP confirma la existencia de un **IMV**, informando lo antes posible del tipo y magnitud de incidente, número de víctimas y nivel de gravedad de las mismas, lugar del incidente y tiempo estimado de llegada de las primeras ambulancias. Esta información se irá completando a lo largo del tiempo a medida de que se dispongan de nuevos datos en el CECOP.

El responsable de urgencias, con la información recibida, valora el **NIVEL DE ALARMA INICIAL**, comunicando este hecho cuanto antes, a la **Dirección Médica/Jefe de la Guardia** y al **responsable de Urgencias de Pediatría** (en el caso en que se prevean víctimas en edad pediátrica o se desconozca la edad de las víctimas). Éstos se encargarán de la distribución de los espacios asistenciales y del personal y medios disponibles en función del número de víctimas previsto.

El responsable de urgencias informará además al CECOP del estado asistencial y la capacidad del servicio de urgencias.

En el nivel 2 de alarma se convoca al Comité de Crisis y en el nivel 3 al Comité de Catástrofes.







## **FASE DE ASISTENCIA**

Comienza con la llegada de la primera víctima al servicio de urgencias.

Los pacientes serán recibidos en el servicio de urgencias por el equipo de triaje, que en función de su gravedad los distribuirá en los diferentes espacios asistenciales.

Las víctimas serán atendidas en función de su gravedad con los medios materiales y humanos requeridos y en el tiempo adecuado a la circunstancia.

El nivel de respuesta de los medios asistenciales disponibles se adaptará continuamente a la demanda asistencial y a las nuevas informaciones del CECOP que se vayan recibiendo.

## **DESACTIVACIÓN**

El CECOP informará de la finalización del incidente cuando no queden víctimas controladas pendientes de traslado al hospital.

El hospital comunicará al CECOP la desactivación de su nivel de alerta cuando finalice la asistencia de la última víctima en el servicio de urgencias.

## **5.2.- NIVELES DE ALARMA.**

### **NIVEL 1:**

#### **HASTA 10 VÍCTIMAS**

El volumen de pacientes puede ser atendido por la plantilla ordinaria del servicio de urgencias, requiriéndose habitualmente de una reorganización de los efectivos. Hay que considerar a la hora de establecer las necesidades, que parte de la plantilla debe seguir atendiendo a la demanda ordinaria.

En general el hospital enfrentará la situación **con los medios humanos y materiales disponibles en el horario habitual y con el personal de guardia tanto presencial como localizada** cuando fuera requerido.

Podría ser preciso suspender cirugías programadas para dar prioridad a las emergencias. En este caso, no habiendo un quirófano específico para Urgencias en el hospital, se asignará para dicho fin el quirófano disponible que esté asumiendo cirugías de menor prioridad clínica.

Además se deberá:

- Mantenimiento de las vías de acceso al Área de Urgencias expeditas. Comunicación con Policía Local.
- Activación del Equipo de Información y designación de una Zona de Información para la recepción de familiares, prensa, etcétera.
- Alerta a los Servicios Centrales y Generales del Hospital, incluyéndose las áreas de banco de sangre, radiología, laboratorios, quirófanos, reanimación y cuidados intensivos.
- Designación de espacios libres para mortuorio.



## **NIVEL 2:**

### **DE 11 A 25 VÍCTIMAS**

La atención no puede ser asumida con los recursos habituales y será necesario recurrir a recursos de personal y medios presentes en el hospital y activables en situaciones especiales.

- Se suspenderá la programación de cirugías que no sean emergencias para dar prioridad a las verdaderas urgencias. Las intervenciones ya iniciadas deberán continuarse hasta su finalización.
- En el área de Urgencias se podrá considerar la movilización de los especialistas quirúrgicos para ocuparse preferentemente de la asistencia a las urgencias ordinarias en función de su especialidad, de forma que el personal de Urgencias pueda encargarse prioritariamente de la atención inicial de las víctimas de la catástrofe.
  - o Anestesia y Reanimación, Traumatología, Cirugía General, Cirugía Torácica, Cirugía Cardíaca, ORL, Cirugía Vascul: su personal de guardia será alertado y estará a disposición de ser requerido para intervención asistencial sobre los afectados.

Resto de Servicios (Ginecología y Obstetricia, Urología, Oftalmología): seguirán desarrollando su actividad asistencial, pero podrán ser requeridos en cualquier momento que la patología de los afectados

Para establecer los recursos humanos necesarios, se considera que para la atención de un paciente crítico se requiere como mínimo un médico, una enfermera y una TCAE, y se requiere un tiempo mínimo de 30 minutos por paciente.

## **NIVEL 3**

### **MÁS DE 25 VÍCTIMAS**

El volumen de pacientes requiere que se deban movilizar recursos humanos y materiales que no están presentes en el hospital. Ello comprende al personal localizado y personal libre de turno de las especialidades que se requieran (en referencia al listado antes mencionado de personal ausente, pero movilizable en caso necesario).

- Se suspenderá toda a actividad quirúrgica programada. Todas las actividades demorables o programables se interrumpirán.
- Se procederá al reclutamiento de personal que no esté presente en el hospital (facultativos localizados y personal ausente, pero movilizable presente en el listado anteriormente mencionado).
- Habilitación de todos los quirófanos del Bloque si fuera preciso, incluidos los de la Unidad de CMA.
- Las Unidades de Reanimación podrían recibir pacientes críticos y realizar funciones de soporte vital avanzado cuando los recursos de UVI estén saturados (nº de pacientes a definir por Sº de Anestesia).
- Funciones de UPC a definir por Sº de Anestesia.



## 5.3 CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE CRISIS Y DE CATASTROFES

### COMITÉ DE CRISIS

El establecimiento del nivel 2 de alerta lleva aparejado la convocatoria del **Comité de Crisis**.

El **Comité de Crisis** está compuesto por:

- Gerente
- Director Médico (en caso de ausencia del Director Médico, el Jefe de Guardia)
- Coordinador de Consultas Externas y Urgencias Hospitalarias
- Coordinador de Hospitalización y Servicios Centrales
- Coordinador del área quirúrgica.
- Directora de Enfermería o en su ausencia Supervisora de guardia.
- Coordinador de Urgencias.
- Jefe de Pediatría.
- Jefe de Personal Subalterno o en su ausencia responsable de celadores.
- Jefe de Seguridad.

La máxima autoridad del comité de crisis es el Gerente o la persona en quien delegue.

Se establece como **lugar de reunión del comité** de crisis la **sala de reuniones de la Unidad de Medicina Intensiva**.

Las funciones del Comité de Crisis son:

- Recibir la información de las partes implicadas del estado de la situación.
- Evaluación de los recursos disponibles y de los necesarios, convocando a aquellos que se precisen.
- Definir el interlocutor para atender a los medios de comunicación y autoridades.
- Definir la gestión y el circuito de información a familiares.
- Centralización de la información sobre el número y filiación de víctimas, estado de la atención y ubicación de las mismas.
- Las propias de la Dirección hasta la resolución del IMV.
- Declaración de la fase de desactivación.
- Coordinación con instituciones autonómicas y locales con competencias reconocidas en el tema (Protección Civil, Policía...).

Cuando se superan los criterios del nivel 2, se supone que la capacidad ordinaria del hospital para resolver la crisis no es suficiente, requiriéndose el reclutamiento de personal que no se encuentra en turno de trabajo.



El nivel de alerta 3 será declarado por la persona de mayor rango presente en el centro y en ese momento se constituirá el **Comité de Catástrofes**.

## COMITÉ DE CATÁSTROFES

La declaración de nivel 3 de alerta llevará aparejada la convocatoria del **Comité de Catástrofes**.

- Gerente
- Director Médico.
- Coordinador del área quirúrgica.
- Directora de Enfermería/Supervisora Tardes/noches
- Coordinador de Consultas Externas y Urgencias Hospitalarias
- Coordinador de Hospitalización y Servicios Centrales
- Coordinador de Urgencias/Supervisora
- Jefe de Pediatría.
- Jefe de Servicio de Cirugía.
- Jefe de Servicio de UMI.
- Jefe de Servicio de Traumatología.
- Jefe de Servicio de Anestesia.
- Jefe de Servicio de Radiología.
- Jefe de Admisión.
- Jefe de Banco de Sangre.
- Jefe de Personal Subalterno.
- Jefe de Mantenimiento.
- Jefe de Seguridad.

Se valorará si se precisa además la convocatoria del Jefe de Farmacia y el Jefe de Laboratorio.

La máxima autoridad del **Comité de Catástrofes** es el Gerente o la persona en quien delegue.

Se establece como lugar de reunión inicial del **Comité de Catástrofes** la **sala de reuniones de la Unidad de Medicina Intensiva**.

**Las funciones del Comité de Catástrofes** son:

- Recibir la información de las partes implicadas del estado de la situación.
- Evaluación de los recursos disponibles y de los necesarios, convocando a aquellos que se precisen.
- Definir el interlocutor para atender a los medios de comunicación y autoridades.



- Definir la gestión y el circuito de información a familiares.
- Centralización de la información sobre el número y filiación de víctimas, estado de la atención y ubicación de las mismas.
- Las propias de la Dirección hasta la resolución del IMV.
- Declaración de la fase de desactivación.
- Coordinación con instituciones autonómicas y locales con competencias reconocidas en el tema (Protección Civil, Policía...).



## 6.- PLAN DE ACTUACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Cuando se active el plan de alarma, deberá garantizarse (idealmente antes de que se reciban víctimas) que haya el mayor número posible de recursos asistenciales disponibles, priorizando el ingreso en el hospital de los pacientes que estén pendientes de ingreso en el servicio de urgencias y derivando pacientes que estén siendo atendidos en el área de boxes a la zona de observación/prehospitalización de urgencias.

### 6.1.- NIVEL 1

En función de la demanda esperada, el **responsable de urgencias**:

- Contactará con la Dirección Médica/Jefe de Guardia/responsable de Urgencias de Pediatría (este último en el caso de que haya víctimas en edad pediátrica o se desconozca el rango de edad de las víctimas) y decidirán conjuntamente y en dependencia de la situación asistencial si se requieren recursos adicionales.
- Solicitará que se alerte a la responsable de enfermería y de personal subalterno.
- Se asegurará de que queden expeditos el mayor número de boxes de primera atención o espacios asistenciales adecuados disponibles.
- Definirá qué personal va a ser dedicado a la atención de víctimas.
- Centralizará la información y se ocupará de llevar una relación de las víctimas atendidas.

La **supervisora de enfermería** de urgencias o supervisora de guardia:

- Distribuye a las enfermeras y personal auxiliar en función de las instrucciones recibidas del responsable de urgencias y solicita refuerzo de personal si se considera oportuno en función de la situación asistencial del servicio de urgencias.
- Se ocupa de garantizar un stock de camillas y camas adicionales suficientes.
- Gestiona la provisión de medios materiales adicionales que puedan ser necesarios.

### 6.2.- NIVEL 2

El responsable de urgencias informa a la Dirección Médica/Jefe de Guardia, y en las circunstancias previstas al responsable de Urgencias de Pediatría, de que se dan las condiciones para establecer el nivel 2 de alerta.

La persona de mayor rango presente en el centro establece el **nivel 2** de alerta y se convoca el **Comité de Crisis**.

#### 6.2.1.- REORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS

El servicio de urgencias tiene encomendada la recepción y la atención inicial de las víctimas. En una situación de afluencia masiva de pacientes se deben distribuir los espacios del servicio en áreas asistenciales según la gravedad de los mismos (considerando que además van a seguir acudiendo pacientes con otras patologías), estableciendo el personal necesario para cada una de ellas.

#### 6.2.2.- PACIENTES PRESENTES Y PACIENTES QUE ACCEDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS

En dependencia del grado de saturación del servicio de urgencias y del número de víctimas que se espera recibir, se decidirá:



- Remitir a pacientes leves a otros centros asistenciales (CARPA o centros de salud). Se les entregará hoja de información sobre centros asistenciales alternativos (**anexo 4**). Se dará en este caso aviso a CECOP para que advierta a los centros asistenciales alternativos de la llegada de pacientes procedentes de urgencias.
- Restringir a un único familiar o acompañante por paciente, remitiendo al resto de acompañantes al vestíbulo principal del hospital si desean permanecer en el centro.
- Dejar libre el mayor número posible de espacios asistenciales, comenzando por la zona de boxes. En primer lugar, se liberarán los boxes del área roja. En Urgencias de Pediatría, se comenzará por las consultas 1, 2 y 3, y la observación 1.
- Agilizar la salida de pacientes del servicio de urgencias, lo que incluye el ingreso precoz en planta hospitalaria de aquellos pendientes de ingreso o de los cumplen criterios de ingreso, aunque estén pendientes de pruebas complementarias.
- Previsión de zonas de expansión y traslado de pacientes atendidos a ellas si es necesario.
- Ampliación de la capacidad de ingreso de la UCE para ubicar pacientes pendientes de ingreso del área de boxes.
- Prohibir la entrada al servicio de urgencias a personas que no tengan ninguna función definida.

### 6.2.3.- ZONIFICACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS

#### Códigos de colores

#### 1.- ÁREA DE TRIAJE E IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES (ÁREA AZUL):

##### Para todos los pacientes.

- Puestos de triaje 1, 2 y 3 para pacientes ambulatorios (entrada por puerta de pacientes ambulatorios).
- Puesto de triaje ubicado en recepción de ambulancias: para pacientes que acuden en ambulancia o vehículos (entrada por puerta de ambulancias).
- Necesidades de triaje: 3 DUE, 2 celadores y 1 médico.
- Administrativos de urgencias: toma de datos de los pacientes. En caso de desconocimiento de la filiación, identificar como DESCONOCIDO seguido de un número correlativo de identificación (Desconocido 1, Desconocido 2...), identificándolos además como tales en una pulsera. Si los pacientes de filiación desconocida ingresan con tarjeta de triaje, se añadirá además el número que figura en dicha tarjeta precedido de "IMV" (Ejemplo: Desconocido 1 IMV 23)
- Material adicional necesario:
  - o Tarjeta de triaje. Si la víctima ha sido ya triada por los servicios de emergencia extrahospitalarios, se mantendrá esa tarjeta.
  - o Hoja de triaje para IMV del servicio de urgencias: se trata de un documento en papel en el que figuran los datos de filiación del paciente, código de color que establezca el triaje, área donde va a ser ubicado, identificación de las lesiones, prioridad de exploraciones complementarias y medidas terapéuticas iniciales



adoptadas. Esta hoja acompañará siempre al paciente hasta la finalización de la asistencia (**anexo 3**).

## **2.- ÁREA ROJA:**

**Pacientes con lesiones que suponen riesgo vital inmediato.**

- 4 puestos de reanimación.
- Área de boxes con monitorización central (1 a 15)
- Área de expansión: boxes de área amarilla.
- 

## **3.- ÁREA AMARILLA:**

**Pacientes con lesiones graves sin riesgo vital inmediato.**

- Boxes 16 a 36.
- Áreas de expansión:
  - o Boxes 41 a 44 (y 37 a 40 si no hay cadáveres).
  - o Área verde.
  - o UCE

## **4.- ÁREA VERDE:**

**Pacientes con lesiones menores.**

- Área de consultas
- Módulo de aislamiento de pacientes en consultas.
- Sala de espera general.
- Área diáfana al oeste de la UCE (será habilitada como sala de espera o de atención de pacientes si es necesario)
- Área de expansión: área de consultas externas del hospital San Pedro.

## **5.- ÁREA NEGRA:**

**Exitus**

- Si no es posible su traslado inmediato al mortuario: Boxes 37-40.
- Áreas de expansión: Boxes 41-44.



## Sectorización del servicio de urgencias



Azul: Triage Rojo: Críticos/emergencias Amarillo: Graves Verde: Leves Negro: Muertos

## 6.2.4.- FLUJOS DE ENTRADA Y SALIDA AL SERVICIO DE URGENCIAS

### 1.- Pacientes de **código rojo**:

- Entrada por puerta de ambulancias.
- Ubicación área código rojo.
- Acceso a radiología: pasillo de personal (zona administrativa)
- Acceso a UMI: pasillo de personal hacia pasillo UMI.
- Acceso a hospitalización/quirófanos: pasillo de personal hacia pasillo de acceso a plantas.

### 2.- Pacientes de **código amarillo**:

- Entrada por puerta de ambulancias.
- Ubicación área código amarillo.
- Acceso a radiología: pasillo central de área de boxes.
- Acceso a UMI: pasillo salida observación hacia pasillo UMI.
- Acceso a hospitalización/quirófanos: pasillo salida observación hacia pasillo de acceso a plantas.

### 3.- Pacientes de **código verde**:

- Entrada por puerta principal.
- Ubicación sala de espera general.
- Salida por la puerta principal.
- Acceso a radiología: pasillo acceso a observación.
- Acceso a hospitalización: pasillo acceso a observación hacia pasillo acceso a plantas.

### 4.- Pacientes de **código negro**:

- Entrada por puerta de ambulancias.
- Acceso por pasillo de personal.











## 6.2.5 ZONIFICACIÓN DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

### Códigos de colores

#### 1.- ÁREA DE TRIAJE E IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES (ÁREA AZUL):

- Puesto de triaje 1 (sala de espera 2) para realización de valoración inicial, identificar pacientes inestables o críticos que requieran atención inmediata, seleccionar pacientes que necesiten descontaminación y priorizar paso a puesto de triaje 2 (menores de 8 años sin acompañante, menores de 5 años independientemente de si están acompañados y niños con necesidades especiales).
- Puesto de triaje 2 (puesto habitual de triaje) para resto de pacientes.
- Necesidades de triaje: 1 DUE, 1 auxiliar, 1 celador y 1 médico.
- Administrativos de urgencias: toma de datos de los pacientes. En caso de desconocimiento de la filiación, identificar como DESCONOCIDO seguido de un número correlativo de identificación (Desconocido 1, Desconocido 2...), identificándolos además como tales en una pulsera. Si los pacientes de filiación desconocida ingresan con tarjeta de triaje, se añadirá además el número que figura en dicha tarjeta precedido de "IMV" (Ejemplo: Desconocido 1 IMV 23)
- Material adicional necesario:
  - o Tarjeta de triaje. Si la víctima ha sido ya triada por los servicios de emergencia extrahospitalarios, se mantendrá esa tarjeta.
  - o Hoja de triaje para IMV del servicio de urgencias: se trata de un documento en papel en el que figuran los datos de filiación del paciente, código de color que establezca el triaje, área donde va a ser ubicado, identificación de las lesiones, prioridad de exploraciones complementarias y medidas terapéuticas iniciales adoptadas. Esta hoja acompañará siempre al paciente hasta la finalización de la asistencia (**anexo 3**).

#### 2.- ÁREA ROJA:

##### Pacientes con lesiones que suponen riesgo vital inmediato.

- 2 puestos de reanimación en área de observación 1.
- Área de expansión: 2 camillas adyacentes en área de observación 1.

#### 3.- ÁREA AMARILLA:

##### Pacientes con lesiones graves sin riesgo vital inmediato.

- Consultas 1 y 2.
- Áreas de expansión: Consulta 3.

#### 4.- ÁREA VERDE:

##### Pacientes con lesiones menores.

- Consulta 4.
- Sala de espera 1.



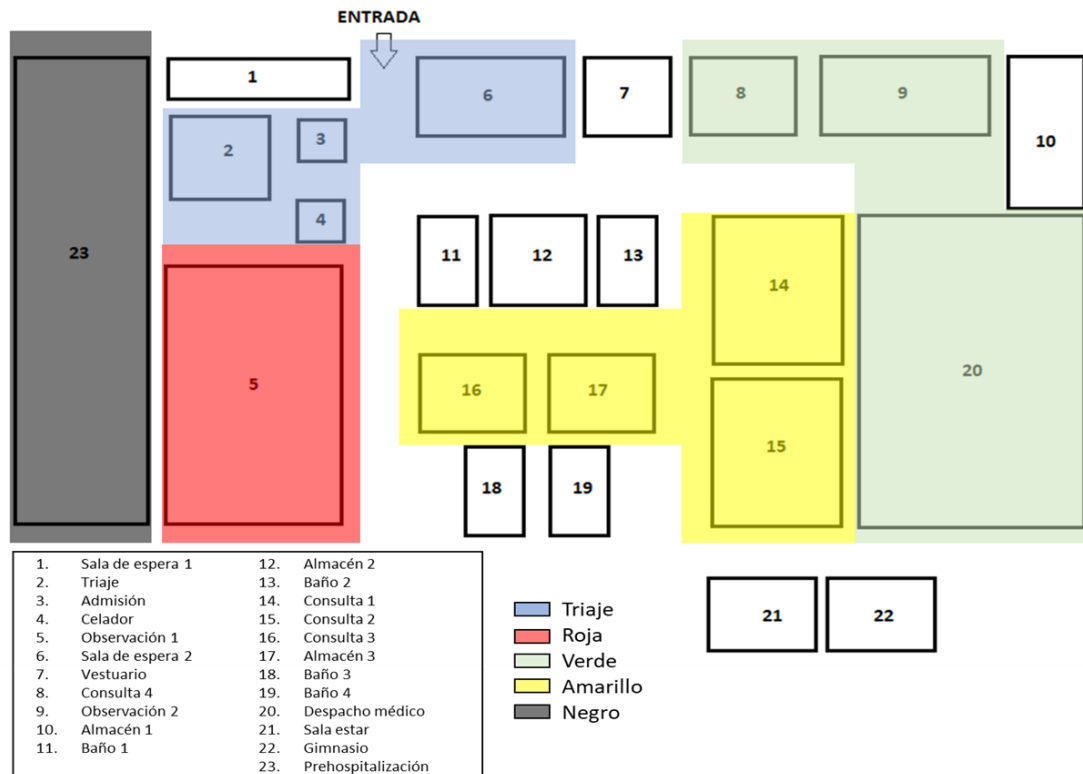
- Área de expansión: área de observación 2, área de consultas externas del hospital San Pedro y Gimnasio.

### 5.- ÁREA NEGRA:

#### Exitus

- Si no es posible su traslado inmediato al mortuorio: prehospitalización 3 boxes.
- Áreas de expansión: prehospitalización 3 boxes.

## SECTORIZACIÓN DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA



### 6.2.6 FLUJOS DE ENTRADA Y SALIDA A URGENCIAS DE PEDIATRÍA

#### 1.- Pacientes de código rojo:

- Entrada por puerta de Urgencias de Pediatría.
- Ubicación área código rojo.
- Acceso a radiología/hospitalización/quirófanos: pasillo de personal hacia pasillo de acceso a plantas.



**2.- Pacientes de código amarillo:**

- Entrada por puerta de Urgencias de Pediatría.
- Ubicación área código amarillo.
- Acceso a radiología/hospitalización/quirófanos: pasillo de personal hacia pasillo de acceso a plantas.

**3.- Pacientes de código verde:**

- Entrada por puerta de Urgencias de Pediatría.
- Ubicación sala de espera 1/gimnasio.
- Salida por puerta de salida de emergencia de Urgencias de Pediatría.
- Acceso a radiología: pasillo de consultas hasta ascensor.
- Acceso a hospitalización: pasillo de personal hacia pasillo de acceso a plantas.

**4.- Pacientes de código negro:**

- Entrada por puerta de ambulancias.
- Acceso por pasillo de personal hasta boxes de prehospitalización.

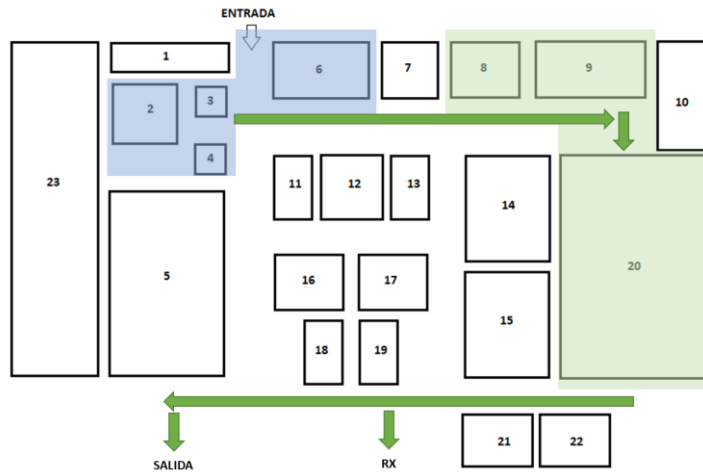
**Flujo código rojo**



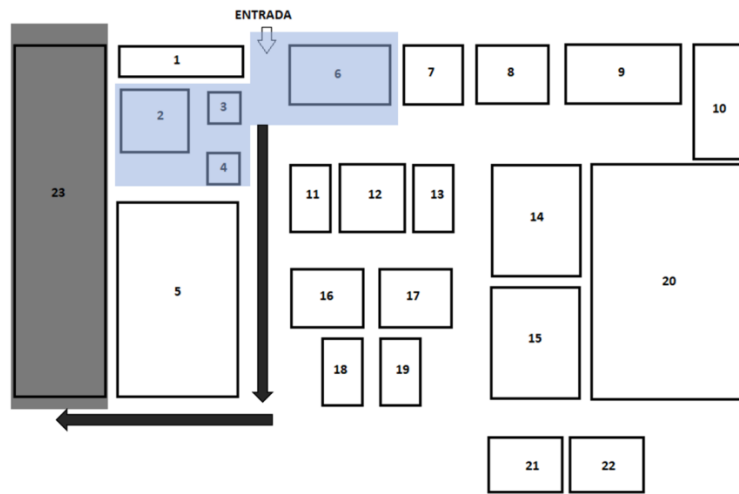
### Flujo código amarillo



### Flujo código verde



### Flujo código negro

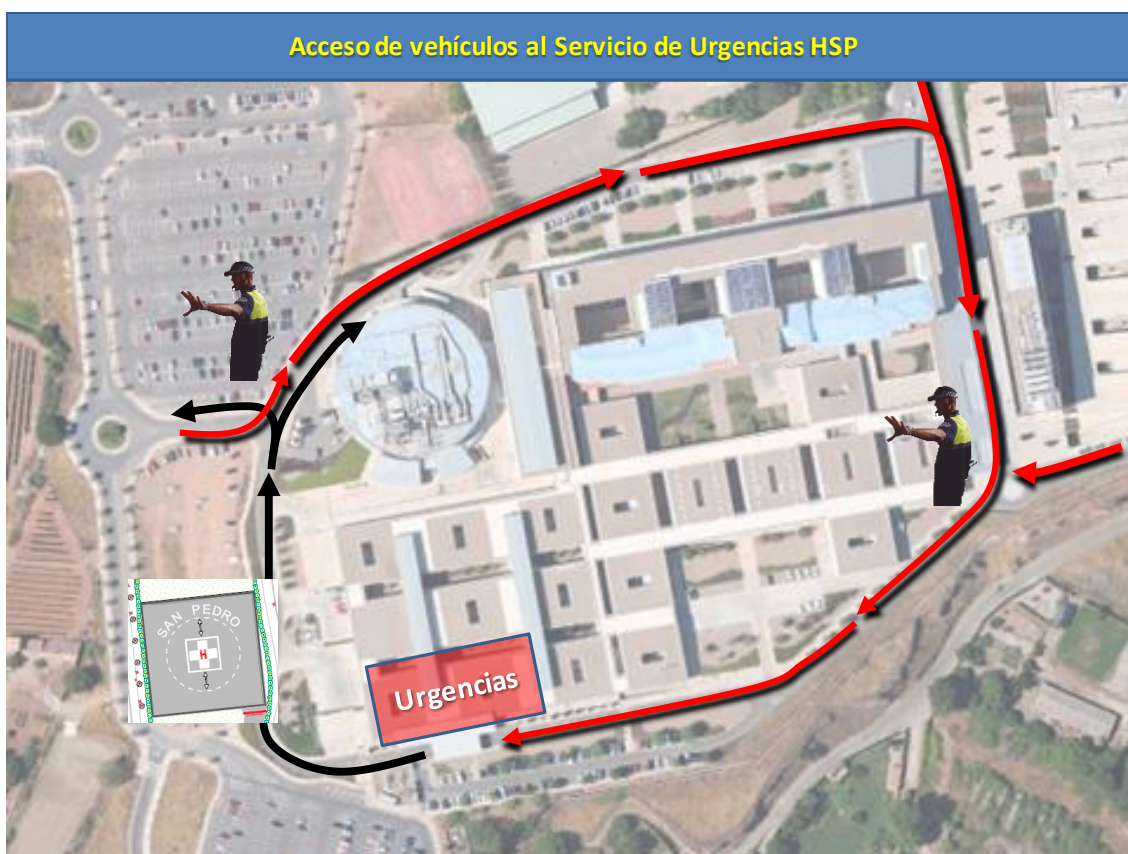


### 6.2.7.- ACCESO DE VEHÍCULOS AL SERVICIO DE URGENCIAS

Se establece un sistema de acceso de vehículos al servicio de urgencias de **una sola dirección**, en sentido este-oeste (entrada de vehículo sentido CIBIR-Urgencias, salida de vehículos sentido Urgencias-edificio circular). Se controlará el acceso de vehículos a este circuito ubicando un miembro del personal de seguridad o de las fuerzas de orden público en la rotonda del CIBIR y otro en el cruce frente el edificio circular, según se muestra en la imagen inferior.

Se limitará el acceso de vehículos al servicio de urgencias a las ambulancias y a los vehículos que transporten a pacientes.

Se facilitará la transferencia rápida del paciente desde la ambulancia hacia el servicio de urgencias, suministrando en triaje el material de intercambio necesario, o en su defecto retirando el material de inmovilización y devolviéndolo al personal de la ambulancia, para que quede operativa para un nuevo traslado lo antes posible.





### 6.3 NIVEL 3

Cuando se superan los criterios del nivel 2, se supone que la capacidad ordinaria del hospital para resolver la crisis no es suficiente, requiriéndose el reclutamiento de personal que no se encuentra en turno de trabajo.

El nivel de alerta 3 será declarado por la persona de mayor rango presente en el centro convocándose el **Comité de Catástrofes**

#### 6.3.1 MEDIDAS ADICIONALES EN EL NIVEL 3

- Optimizar las medidas del nivel 2.
- Si es necesario se ocuparán los recursos de código verde para pacientes graves.
- Reclutamiento de personal hospitalario que no está presente en el hospital y distribución de tareas entre los profesionales que acudan.
  - o Facultativos localizados.
  - o Personal de urgencias que se encuentre fuera de su turno laboral.
  - o Personal de otros servicios que se juzgue necesario.
- Interrumpir todas las actividades que se puedan demorar o programar, destinando los recursos liberados a reforzar servicios, priorizando la atención urgente.
- Aceleración de altas de hospitalización convencional.
- Habilitación de todas las camas disponibles si es necesario.

### 6.4 FUNCIONES DE LOS MANDOS SANITARIOS INTERVENIENTES

#### GERENTE Y DIRECCIÓN MÉDICA

El GERENTE ostenta la máxima autoridad sobre las actuaciones del plan de IMV.

El GERENTE o la persona en quien delegue se ocupa de:

- Declaración del nivel de alerta.
- Convocatoria del comité de crisis o de catástrofes.
- Presidencia del comité de crisis o de catástrofes.
- Coordina todas las actuaciones según el plan de IMV.
- Toma las decisiones oportunas para facilitar la evacuación de pacientes del servicio de urgencias.
- Toma las decisiones oportunas para que el servicio de urgencias sea reforzado con el personal y medios que se considere necesario.
- Toma las decisiones oportunas para el refuerzo de los servicios hospitalarios que se consideren necesarios.
- Toma las decisiones organizativas necesarias para dar prioridad a las intervenciones urgentes en quirófanos.
- Establece el sistema de información con la prensa y autoridades.



### **JEFE DE GUARDIA**

- Ostenta las funciones de la Dirección Médica mientras no haya una autoridad de mayor rango en el hospital que asuma el mando del plan.

### **RESPONSABLE DE URGENCIAS**

- Es el interlocutor inicial con el CECOP. Confirma la información recibida. Se identifica como responsable de urgencias. Notifica su teléfono de contacto permanente al CECOP.
- Avisa a la Dirección Médica/Jefe de Guardia/Responsable de Urgencias de Pediatría (en el caso de que haya víctimas pediátricas o se desconozca la edad de las víctimas).
- Realiza una valoración de la situación del servicio de urgencias:
  - o Número y estado de los pacientes.
  - o Ocupación de los recursos asistenciales.
  - o Disponibilidad de personal presente en el servicio de urgencias.
- Coordina los recursos humanos y materiales para la asistencia en urgencias.
  - o Organización de triaje, indicando los facultativos asignados al mismo.
  - o Redistribución del personal de urgencias y asignación de responsabilidades en función de la demanda esperada.
  - o Evacuación de pacientes que puedan ser atendidos en otros centros asistenciales.
  - o Evacuación de pacientes pendientes de ingreso hacia planta de hospitalización y de aquellos que puedan ser trasladados a domicilio.

### **RESPONSABLE DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA**

- Establece una comunicación continua con el responsable de Urgencias para optimizar los recursos.
- Realiza, en el ámbito pediátrico, las mismas labores de valoración y coordinación de recursos humanos y materiales que el responsable de Urgencias.

## 7.- COORDINACIÓN CON OTRAS AREAS ASISTENCIALES

### 7.1 BLOQUE QUIRÚRGICO

<p><b>AREA ASISTENCIAL: BLOQUE QUIRÚRGICO</b></p>
<p><b>Activación del Plan:</b></p> <p>La Dirección Médica/ Jefe de Guardia dará la alerta al responsable del área quirúrgica, que será:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El coordinador quirúrgico, en su horario laboral.</li> <li>- En su ausencia, el médico de especialidad quirúrgica de mayor antigüedad presente en el servicio.</li> </ul> <p>El responsable del área quirúrgica a su vez transmitirá la alerta a la persona responsable de enfermería de quirófanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La supervisora de Enfermería de quirófanos, en su horario laboral.</li> <li>- En su ausencia, la enfermera de turno presente de mayor antigüedad.</li> </ul> <p>Ambos serán los encargados de transmitir la alerta a todo el personal interno del BQ.</p>
<p><b>Actuaciones</b></p> <p>El responsable del área quirúrgica en coordinación con la responsable de enfermería de quirófanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constatarán la presencia del personal suficiente en quirófanos.</li> <li>- Suspenderán la programación de cirugías electivas que no sean emergencias para dar prioridad a las verdaderas emergencias.</li> <li>- Verificarán la disponibilidad y capacidad de los quirófanos (incluyendo salas para realizar pequeñas cirugías).</li> <li>- Verificarán la existencia y disponibilidad de equipos quirúrgicos y para realización de cirugías de emergencias.</li> <li>- Determinarán la necesidad de reubicar mayor número de personal en los quirófanos.</li> <li>- Organizarán los equipos quirúrgicos de emergencias (cirujanos generales, traumatólogos, anestesistas y otras especialidades quirúrgicas según la patología predominante).</li> <li>- Establecerán el orden de las intervenciones quirúrgicas en base a las prioridades establecidas por los equipos médicos de emergencias.</li> <li>- Mantendrán comunicación permanente con el responsable de Urgencias y el resto del Comité de Catástrofes.</li> </ul>
<p><b>Nivel 1:</b></p> <p>La atención puede ser asumida con los recursos disponibles habitualmente. Será suficiente con las pautas habituales de atención.</p> <p>Podría ser preciso suspender cirugías programadas para dar prioridad a las emergencias. En este caso, no habiendo un quirófano específico para Urgencias en el hospital, se asignará para dicho fin el quirófano disponible que esté asumiendo cirugías de menor prioridad clínica.</p>
<p><b>Nivel 2:</b></p> <p>La atención no puede ser asumida con los recursos habituales y será necesario recurrir a recursos de personal y medios presentes en el hospital y activables en situaciones especiales.</p> <p>Se suspenderá la programación de cirugías que no sean emergencias para dar prioridad a las verdaderas urgencias. Las intervenciones ya iniciadas deberán continuarse hasta su finalización.</p>

**Nivel 3:**

En este nivel el centro hospitalario dará respuesta a la catástrofe con todos sus medios, incluidos los activables y no disponibles dentro del sistema de guardias y/o turnos.

Se suspenderá toda a actividad quirúrgica programada. Todas las actividades demorables o programables se interrumpirán.

Habilitación de todos los quirófanos del Bloque si fuera preciso, incluidos los de la Unidad de CMA.

Las Unidades de Reanimación podrían recibir pacientes críticos y realizar funciones de soporte vital avanzado cuando los recursos de UVI estén saturados (nº de pacientes a definir por Sº de Anestesia).

Funciones de UPC a definir por Sº de Anestesia.

## 7.2 UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

**AREA ASISTENCIAL: MEDICINA INTENSIVA**

**Activación del Plan:**

La Dirección Médica/ Jefe de Guardia dará la alerta al responsable de la UMI, que será:

- El Coordinador Médico de UMI, en su horario laboral.
- En su ausencia, el médico de UMI de mayor antigüedad presente en el servicio.

El responsable de la UMI a su vez transmitirá la alerta a la persona responsable de enfermería de quirófanos:

- La supervisora de UMI, en su horario laboral.
- En su ausencia, la enfermera de turno presente de mayor antigüedad.

Ambos serán los encargados de transmitir la alerta a todo el personal interno de la UMI.

**Actuaciones**

El Coordinador Médico de UMI, en coordinación con la responsable de enfermería de UMI determinaran dentro de las posibilidades de actuación y de ampliación de la UMI:

- Apertura de las camas cerradas de UCI y/o reconversión de las camas de intermedios.
- Cancelación de toda la cirugía electiva excepto aquella considerada preferente, cancelando incluso ésta que requiera ingreso en UCI cuando se prevea o se alcance la ocupación completa.
- Transformación y acondicionamiento de espacios adicionales (unidad de reanimación postanestésica (URPA), UMI Quirófano) como camas de UCI, a cargo de intensivistas y soporte de personal especializado de estas zonas/camas de expansión
- Habilitación de mecanismos de descarga precoz de la UCI a las unidades de cuidados intermedios y resto de áreas de hospitalización, adecuadamente equipadas y personal con formación adecuada en el manejo de enfermos complejos y pluripatológicos, de forma coordinada con los intensivistas.

**Nivel 1:**

La atención puede ser asumida con los recursos disponibles habitualmente. Será suficiente con las pautas habituales de atención.



Se establece la guardia de presencia física de dos facultativos y un facultativo de refuerzo de tarde desde las 15.00 hasta las 22.00 horas.

Los fines de semana y festivos se valorará la necesidad de un facultativo de refuerzo de mañana, de 08.00 a 15.00 horas.

**Nivel 2:**

La atención no puede ser asumida con los recursos habituales y será necesario recurrir a recursos de personal y medios presentes en el hospital y activables en situaciones especiales.

Se establece la guardia de presencia física de tres facultativos.

Los fines de semana y festivos se valorará la necesidad de un facultativo de refuerzo de mañana, de 08.00 a 15.00 horas.

**Nivel 3:**

En este nivel el centro hospitalario dará respuesta a la catástrofe con todos sus medios, incluidos los activables y no disponibles dentro del sistema de guardias y/o turnos.

El responsable de área determinará la necesidad de facultativos que considere necesario para asistir dicha área.

En caso de que la situación de la unidad se vea sobrepasada por el número de casos y el número de facultativos Especialistas en Medicina Intensiva sea claramente insuficiente, se precisará la incorporación y ayuda de otros médicos que contarán con la supervisión y coordinación de un intensivista

## 7.3 HOSPITALIZACIÓN

**AREA ASISTENCIAL: HOSPITALIZACIÓN**

**Activación del Plan:**

La Dirección Médica/Jefe de Guardia dará la alerta a todos los facultativos de guardia del área de hospitalización y supervisoras para dar a conocer el nivel de alarma activado, magnitud del evento y número aproximado de víctimas.

**Actuaciones**

Los responsables de los equipos de plantas de hospitalización junto con los diferentes coordinadores médicos y de enfermería:

- Informarán a su personal referente del estado y nivel de alarma.
- Constatarán la presencia de su personal: médicos, MIR, DUES, TCAE, Celadores, servicio de limpieza
- Asignarán y redistribuirán el personal según prioridad.
- Asegurarán el apoyo de personal médico y de enfermería para reforzar el área de Urgencias, triaje, zona rápida de atención, observación y circuitos.

- Apoyarán el traslado de pacientes al área de hospitalización, el registro y evolución de estos.

Posteriormente deberán dar a conocer:

- El censo real de camas disponibles
- Pacientes con posible alta inmediata o a corto plazo de su unidad o planta
- Pacientes recibidos en su unidad
- Pacientes críticos
- Se coordinarán con el jefe de recursos y el jefe del servicio/sección correspondiente

para la admisión de enfermos a su cargo.

- Trasladarán hacia Urgencias todo el material que solicite el jefe de la guardia o el coordinador de Urgencias mientras persista el nivel de alarma

Dependiendo del nivel de ocupación hospitalaria y en función de las necesidades estimadas de camas de hospitalización se solicitará al personal de mantenimiento y celadores la adecuación de habitaciones para hacerlas dobles dotándolas de una segunda cama, así como las necesidades básicas y mobiliario que sean necesarias.

En el **nivel I** un mínimo de 10 camas .En el **nivel II** un mínimo de 25 camas y en el **nivel III** un mínimo de 50 camas.

Las camas que estén reservadas se desbloquearán de inmediato desde admisión.

**Pediatría:** ante la situación de catástrofe con múltiples víctimas en la planta de pediatría se dispone de un retén consistente en:

- una cama
- 4 cunas

**Nivel 1:** se tendrán preparadas y disponibles un mínimo de 10 camas.

*Pediatría:*

Ingreso de los pacientes que lo precisen en los 2 puesto de C Intermedios pediátricos

Ingreso de pacientes de otras especialidades en sus servicios de referencia

Restringir el ingreso en lactantes a aquellos pacientes menores de 2 meses

Ingreso de pacientes en habitaciones dobladas en la hospitalización pediátrica

Ingreso de pacientes en camas de CMA pediátrica

Ingreso de pacientes de habitaciones dobladas en la planta de obstetricia

**Nivel 2:** se tendrán preparadas y disponibles un mínimo de 25 camas.

*Pediatría:*

En el caso de que las medidas tomadas en la fase I no sean suficientes se continuarán los ingresos de los pacientes según los siguientes criterios:

Desprogramación de quirófanos

Traslado de pacientes ingresados en Cuidado Intermedios Pediátricos a otras UCI cercanas tras su estabilización

Traslado de pacientes ingresados en Cuidado Intermedios Pediátricos a UCI Hospital San Pedro , de

acuerdo con criterios establecidos previamente

**Nivel 3:** se tendrán preparadas y disponibles un mínimo de 50 camas.

*Pediatría:*

Si no es posible asumir el volumen de pacientes ingresados en las áreas dependientes de pediatría, se dedicará a estos ingresos el área de Obstetricia , derivando los pacientes obstétricos al a 2ª planta hospitalización (S Ginecología )

## 7.4 RADIODIAGNÓSTICO

### AREA ASISTENCIAL: RADIODIAGNÓSTICO

#### Activación del Plan:

La Dirección Médica/ Jefe de Guardia dará la alerta al responsable del Servicio, que será:

- El Jefe de Servicio Radiodiagnóstico, en su horario laboral.
- En su ausencia, el Radiólogo de guardia

El Jefe de Servicio a su vez transmitirá la alerta a la persona responsable de enfermería

#### Nivel 1:

La atención puede ser asumida con los recursos disponibles habitualmente. Será suficiente con las pautas habituales de atención.

#### Nivel 2:

Refuerzo de las áreas que proceda: urgencias, quirófanos,...

#### Nivel 3:

Movilización de la plantilla completa. Redistribución de áreas funcionales.

## 7.5 SERVICIO ANÁLISIS CLÍNICOS

### AREA ASISTENCIAL: ANALISIS CLÍNICOS

#### Activación del Plan:

La Dirección Médica/ Jefe de Guardia dará la alerta al responsable del Servicio, que será:

- El Jefe de Servicio Análisis Clínicos, en su horario laboral.
- En su ausencia, el Facultativo de guardia en el Laboratorio de Urgencias

El Jefe de Servicio de Análisis Clínicos a su vez transmitirá la alerta a la persona responsable de enfermería de análisis clínicos y al Jefe de Servicio y Responsable de Anatomía Patológica.

#### Actuaciones

Inmediatamente después de un evento catastrófico, se deben evaluar y organizar los recursos disponibles en los laboratorios. En la gran mayoría de los casos, las enfermedades notificadas en situación de emergencia y las principales causas de muerte pueden ser identificadas clínicamente y el



tratamiento de las mismas puede ser presuntivo y sintomático. De todos modos, debe asegurarse la disponibilidad de recursos humanos y técnicos a nivel local, especialmente los que se refieren a exámenes básicos y esenciales:

- Hemograma con recuento de glóbulos blancos, rojos y plaquetas, hemoglobina, hematocrito y fórmula sanguínea.
- Pruebas básicas de coagulación.
- Bioquímica básica, incluyendo iones, glucosa, creatinina, transaminasas, etc.
- Gases arteriales y venosos.
- Urianálisis básico.

El responsable del Servicio de Análisis Clínicos será el Jefe de Servicio, al que prestarán apoyo los facultativos que se encuentren de guardia a cargo de los laboratorios de Urgencias y Microbiología y Parasitología. Sus funciones en caso de catástrofe serán:

- Verificar la existencia de materiales y reactivos que garanticen la autosuficiencia del laboratorio.
- Evaluar el estado de los equipos.
- Constatar la presencia del personal en laboratorio.
- Considerar la necesidad de suspender la realización y procesamiento de pruebas de laboratorio que no sean de emergencias.
- Asegurar la realización de pruebas rápidas de laboratorio según la emergencia.
- Coordinar con otros laboratorios el requerimiento de recursos y materiales según necesidades.
- Mantener comunicación permanente con el Coordinador del Servicio de Urgencias, el Coordinador de la Emergencia o con otros responsables nombrados por la Gerencia en el Plan de Catástrofes.

**Nivel 3:** En el caso del Servicio de Análisis Clínicos, sólo en el caso de que se produzca una catástrofe de Nivel 3 (>25 víctimas), podría ser necesario contemplar actuaciones extraordinarias. En este sentido, habría que considerar los siguientes aspectos:

- Verificar la existencia de materiales y reactivos que garanticen la autosuficiencia del laboratorio.
- Evaluar el estado de los equipos.
- Constatar la presencia del personal en laboratorio.
- Considerar la necesidad de suspender la realización y procesamiento de pruebas de laboratorio que no sean de emergencias.

El responsable del servicio, tras comunicarse con el Comité de Catástrofes, y junto con los facultativos de guardia y la supervisión, determinará si es necesaria la utilización de recursos humanos fuera de su jornada habitual para garantizar la continuidad asistencial.

## 7.6 FARMACIA

<b>AREA ASISTENCIAL: FARMACIA</b>
<p><b>Activación del Plan:</b></p> <p>La Dirección Médica/ Jefe de Guardia dará la alerta al responsable del Servicio, que será:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El Jefe de Servicio Farmacia, en su horario laboral.</li> <li>- En su ausencia, el Farmacéutico de guardia</li> </ul> <p>El Jefe de Servicio a su vez transmitirá la alerta a la persona responsable de enfermería</p>
<p><b>Actuaciones</b></p> <p>Se procederá inicialmente a una evaluación del suceso desde el punto de vista farmacológico y organizativo y una graduación del nivel de respuesta.</p>
<p><b>Nivel 1:</b></p> <p>Plantilla habitual en horario de mañana. Se avisará a hospital provincial.</p> <p>Se informará y asesorará al coordinador del plan de catástrofes de la disponibilidad de medicamentos.</p> <p>Se emitirán listados manuales de ubicaciones de medicamentos por si fuera necesario.</p>
<p><b>Nivel 2:</b></p> <p>Mañanas laborables: refuerzo de las áreas que proceda: hospitalización, urgencias, umis, elaboración de mezclas, etc.</p> <p>Guardia tarde, noches y festivos: Incremento de uno o más facultativos valorando el curso de la catástrofe</p>
<p><b>Nivel 3:</b></p> <p>Movilización de la plantilla completa. Redistribución de áreas funcionales. Contactar con hospitales próximos, distribuidores, cooperativa farmacéutica, agencia española del medicamento, etc para prever demanda aumentada de medicamentos.</p>

## 7.7 HEMATOLOGIA

<b>AREA ASISTENCIAL: HEMATOLOGÍA</b>
<p><b>Activación del Plan:</b></p> <p>La Dirección Médica/ Jefe de Guardia dará la alerta al responsable del Servicio, que será:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El Jefe de Servicio Hematología, en su horario laboral.</li> <li>- En su ausencia, el Hematólogo de guardia</li> </ul> <p>El Jefe de Servicio a su vez transmitirá la alerta a la persona responsable de enfermería</p> <p>Si la catástrofe se produce por la mañana en día laborable el jefe de Hematología y el Director del Banco de Sangre serán los encargados de evaluar la necesidad de reordenar/ redistribuir efectivos.</p> <p>Si se produce por la tarde, noche o en días festivos será el hematólogo de guardia el que evalúe la</p>

situación y la necesidad de solicitar refuerzos.
<b>Actuaciones</b>
<p><b>Nivel 1:</b>          Mañanas laborables: Una vez avisados el Jefe de Hematología y el Director del Banco de Sangre se evaluará la situación y se valorará la necesidad de redistribución de efectivos.</p> <p>Jornada de atención continuada laborables y festivos: Se avisará a hematólogo de guardia, Banco de Sangre y Laboratorio. Será el hematólogo de guardia el que evaluará la situación y la necesidad de personal facultativo de refuerzo.</p>
<p><b>Nivel 2:</b>          Mañanas laborables: Una vez avisados el Jefe de Hematología y el Director del Banco de sangre se evaluará la situación y se valorará la necesidad de redistribución de efectivos.</p> <p>Jornada de atención continuada laborables y festivos: Se avisará a hematólogo de guardia, Banco de Sangre y Laboratorio. Será el hematólogo de guardia el que evaluará la situación y la necesidad de personal facultativo de refuerzo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se valorará la necesidad de la presencia de un segundo hematólogo ( o más) en el Hospital como en nivel 3</li> </ul>
<p><b>Nivel 3:</b>          Debería haber en el Hospital , al menos 2 hematólogos: 1 hematólogo del Servicio de Hematología que se encargaría del Laboratorio y 1 hematólogo del Banco de Sangre ( Protocolo de transfusión masiva, stock de hemoderivados, contacto con otros Bancos de sangre para la adquisición de hemoderivados si fuera necesario)</p> <p>Mañanas laborables : Una vez avisados el Jefe de Hematología y el Director del Banco de sangre se evaluará la situación y se valorará la necesidad de redistribución de efectivos : Suspensión de consultas y movilización de hematólogos de consultas y de planta hacia Laboratorio y Urgencias si fuera necesario.</p> <p>Jornada de atención continuada laborables y festivos: Se avisará a Banco de Sangre y Laboratorio. Se avisará inicialmente a hematólogo de guardia que actuará de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si está de guardia un hematólogo del Servicio de Hematología del HUSP habría que avisar a 1 hematólogo del Banco de Sangre</li> <li>• Si está de guardia 1 hematólogo del Banco de Sangre habría que avisar a 1 hematólogo del HUSP</li> </ul> <p>(Y si fuera necesario se avisaría a varios hematólogos )</p>

## 7.8 BANCO DE SANGRE

<p><b>AREA ASISTENCIAL: BANCO DE SANGRE</b></p>
<p><b>Activación del Plan:</b></p> <p>La activación del plan deberá ser realizada por la Dirección Médica/Jefe de Guardia, que se pondrá en contacto con el Director Técnico del Centro, quien en coordinación con la Supervisora de Enfermería de la unidad evaluarán la situación, reorganizará el trabajo y evaluará si son necesarios recursos personales extras para atender la situación.</p>
<p><b>Actuaciones</b></p> <p>Las actividades de obtención y procesamiento de hemocomponentes, así como la de selección y distribución de los mismos son prioritarias a la hora de atender a una catástrofe, la única actividad que podría suspenderse es la realización de los estudios inmunohematológicos de los pacientes ambulatorios (que se realiza en el turno de tarde de lunes a viernes), pudiendo dedicar un TEL más a la atención del área de pacientes (selección, tipaje y distribución de componentes sanguíneos)</p>
<p><b>Nivel 1:</b></p> <p>Si la catástrofe es sólo a nivel local-autonómico, se podrán solicitar hemocomponentes (sobretudo plaquetas) a los centros de transfusión más cercanos: Navarra (848422590), Aragón (876764300) y País Vasco (944007158).</p> <p>-Área de donación: No necesidad de movilizar ni más recursos humanos ni materiales. Utilización de la mensajería sms-mail y RRSS propias para informar a los donantes de sangre de la necesidad de que acudan a donar.</p> <p>-Servicio de Transfusión: No necesidad de movilizar ni más recursos humanos ni materiales. Reorganización interna del personal presente. El facultativo de guardia de Hematología asume también la situación en el Centro de Transfusión. Turno de noche se necesitaría reforzar con un TEL.</p>
<p><b>Nivel 2:</b></p> <p>Dependiendo de la duración de la situación de catástrofe y de los requerimientos transfusionales de los afectados.</p> <p>-Área de donación: ampliar el horario del punto fijo del hospital San Pedro, así como abrirlo los sábados tarde, domingos y festivos, con los refuerzos de personal oportunos. Reprogramar los lugares de colecta de la Unidad Móvil seleccionando aquellas poblaciones con mayor población e índice de donación (Calahorra, Arnedo, Haro, Najera, Santo Domingo...).</p> <p>Habitualmente no se procesan muestras de donantes ni lunes ni festivos por la mañana ni ninguna tarde ni noche, por lo que las donaciones obtenidas, se analizan a la mañana del día siguiente. En caso de necesidad, para poder validar las donaciones con las analíticas necesarias y acortar el tiempo para poder disponer de los componentes lo antes posible, habría que ampliar el turno de tarde con el personal necesario (1 TEL para serología-hemogramas y 1 TEL para inmunohematología-carga viral), por las tardes hay 1 TEL en fraccionamiento (sábados tarde y festivos solamente hay 2 TEL en el Banco</p>



de Sangre para realizar el fraccionamiento y atender al Servicio de Transfusión).

-Servicio de Transfusión: reforzar pacientes con la suspensión de la realización de la inmunohematología de las tardes (estudios inmunohematológicos de pacientes ambulatorios). El personal de otras áreas puede reforzar la distribución de componentes sanguíneos mientras están los equipos analíticos realizando sus tareas de forma automática y no requieren atención en ese momento. En dependencia del volumen de solicitud de transfusiones podría ser necesario el refuerzo del área de distribución (llevar los hemocomponentes al lugar desde que se solicitan) con un TEL. Hematólogo de Banco de Sangre se hace cargo de la situación en el Centro de Transfusión (se repartirán los turnos de trabajo para que esté presente un hematólogo del Centro en cada uno de los turnos).

**Nivel 3:**

Dependiendo de la duración de la situación de catástrofe y de los requerimientos transfusionales de los afectados.

-Área de donación: Valorar el habilitar otro punto (fijo o itinerante) con material propio del que disponemos para realizar las colectas en caso de avería de la Unidad Móvil. Sería necesario movilizar personal extra (1 médico de colectas, 2 DUEs y 1 conductor) y una carpa o similar para localizarlo en alguna explanada (p.ej. parking centro comercial) de fácil acceso a los potenciales donantes. No contamos con un segundo ordenador portátil para realizar esta colecta extra, pero se podría seguir el procedimiento manual y posteriormente, en el Centro de Transfusión realizar el registro informático de los donantes.

-Servicio de Transfusión: Situación similar al nivel 2. El Director Técnico del Centro de Transfusión y la Supervisora de Enfermería serían los encargados de decidir (según el volumen de solicitudes de transfusión) el personal necesario para cubrir las necesidades. La supervisora del Banco de Sangre sería la encargada de localizar al personal (TEL y DUE) en el caso de necesitar ampliar el personal.





## 8. COORDINACION RECURSOS NO ASISTENCIALES.

### 8.1 MANTENIMIENTO

<b>AREA: MANTENIMIENTO</b>
<p><b>Activación del Plan:</b></p> <p>La activación del plan de catástrofes corresponderá a la Dirección Médica/Jefe de Guardia que se pondrá en contacto con la Subdirección de Infraestructuras o Ingeniero de Guardia</p> <p>Se procederá inicialmente a una evaluación del suceso para garantizar el suministro de recursos y equipos técnicos necesarios.</p>
<b>Actuaciones</b>
<p><b>Nivel 1:</b></p> <p>Plantilla habitual en horario de mañana.</p> <p>Se informará y asesorará al coordinador del plan de catástrofes de la disponibilidad de equipos o recursos técnicos necesarios.</p>
<p><b>Nivel 2:</b></p> <p>Mañanas laborables: refuerzo si procede.</p> <p>Guardia tarde, noches y festivos: Incremento de uno o más técnicos valorando el curso de la catástrofe</p>
<p><b>Nivel 3:</b></p> <p>Movilización de la plantilla completa. Contactar con hospitales próximos y proveedores, para atender demanda aumentada de gases medicinales, y facilitar los equipos electromédicos o recursos técnicos necesarios.</p>

### 8.2 SUMINISTROS- ALMACEN

<b>AREA: SUMINISTROS/ALMACEN</b>
<p><b>Activación del Plan:</b></p> <p>La activación del plan de catástrofes corresponderá a la Dirección Médica/Jefe de Guardia que se pondrá en contacto con el responsable de Suministros quien establecerá las necesidades de apoyo de personal.</p>
<b>Actuaciones</b>
<p><b>Nivel 1:</b></p> <p>Plantilla habitual en horario de mañana.</p>
<p><b>Nivel 2:</b></p> <p>Plantilla habitual en horario de mañana.</p>

Celador, con acceso a suministros, localizado.
<p><b>Nivel 3:</b> Turnos necesarios para cubrir el abastecimiento (mañana y tarde).</p> <p>En cualquier nivel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Búsqueda de material en la red SERIS</li> <li>- Identificación de necesidades</li> <li>- Valoración de alternativas</li> <li>- Generación de pedidos urgentes</li> </ul> <p>Todo ello en colaboración con los departamentos de compras y de recursos materiales.</p>

### 8.3 SERVICIO DE HOSTELERIA

<b>AREA: HOSTELERIA</b>
<p><b>Activación del Plan:</b></p> <p>La activación del plan de catástrofes corresponderá a la Dirección Médica/Jefe de Guardia, que se pondrá en contacto la Subdirectora de Hostelería quien se comunicará primero con la jefa de cocina y el resto de los mandos intermedios.</p>
<p><b>Actuaciones</b></p> <p>En caso de catástrofe, la prioridad es tener disponibilidad inmediata de comida.</p> <p>En la cocina central del HSP, tenemos guardada en el Food Bank, 3 tomas de comidas. Si hubiese una catástrofe, se tiraría de esta comida y el servicio de cocina, cocineros, trabajarían en turno de tarde para llenar dicho Food Bank y reponer las tomas gastadas</p> <p>Se procederá inicialmente a una evaluación del suceso desde el punto de vista dietético y organizativo y una graduación del nivel de respuesta.</p>
<p><b>Nivel 1:</b></p> <p>Plantilla habitual en horario de mañana. Se avisará a hospital provincial.</p> <p>Se informará y asesorará al coordinador del plan de catástrofes de la disponibilidad de comida.</p>
<p><b>Nivel 2:</b></p> <p>Mañanas laborables: refuerzo de las áreas que proceda: zona de almacén, zona de cocción, emplatado, expedición y planta.</p>
<p><b>Nivel 3:</b></p> <p>Movilización de la plantilla completa.</p>

## 8.4 SERVICIO DE LAVANDERIA

<b>AREA: LAVANDERIA</b>
<b>Activación del Plan:</b> La activación del plan de catástrofes corresponderá a la Dirección Médica/Jefe de Guardia, que se pondrá en contacto la Subdirectora de Hostelería quien se comunicará primero con la jefa de cocina y el resto de los mandos intermedios. El contacto se realizará de forma telefónica.
<b>Actuaciones</b> En caso de catástrofe, la prioridad es tener disponibilidad inmediata de ropa. Para ello se cuenta con un stock de seguridad para dar servicio al Hospital.
<b>Nivel 1:</b> Plantilla habitual en horario de mañana. Se avisará a hospital provincial. Se informará y asesorará al coordinador del plan de catástrofes de la disponibilidad de ropa.
<b>Nivel 2:</b> Mañanas laborables: refuerzo de las áreas que proceda;
<b>Nivel 3:</b> Movilización de la plantilla completa.

## 9.- COMUNICACIÓN

### 9.1.- SITUACIÓN DE CATÁSTROFE Y NECESIDAD DE INFORMAR

Una de las variables que hay que contemplar a la hora de enfrentarse a una situación de catástrofe en el Hospital Universitario San Pedro (HUSP) es su comunicación. Cualquier situación fuera de “lo normal puede suponer un momento crítico para la organización y puede afectar a su reputación y credibilidad, además de condicionar una serie de decisiones que, generalmente, conviene informar públicamente, más aun tratándose de una institución pública sanitaria.

Una situación crítica desencadena una necesidad de informar verazmente, como principio general, y, de acuerdo a la gravedad de la situación, rápidamente. Dos variables que chocan de lleno con el escaso tiempo de reacción ante una catástrofe y la falta de información inicial. De ahí que sea importante crear un Comité de Comunicación que tome las decisiones oportunas en materia comunicativa junto con el Comité de Catástrofes.

Para evitar la incertidumbre y la falta de decisiones, una herramienta muy útil para el Comité de Comunicación de Crisis es un Plan de Actuación que tiene como objetivo principal reducir las consecuencias de la catástrofe a nivel reputacional y de credibilidad y controlar el nivel de percepción de la crisis por parte del público ajeno a la institución.

Con el fin de conseguir estos objetivos, el Comité de Comunicación de Crisis tiene una tarea esencial: INFORMAR. Y debe hacerlo considerando que hay que informar de lo que realmente sucede en contraposición a lo que el público cree que sucede. Para ello hay que hacer un esfuerzo por unificar mensajes, tanto internos como externos, y comunicarlos de manera periódica para evitar espacios vacíos de información de acuerdo al nivel de gravedad de la catástrofe identificada:

NIVEL ASIGNADO	INFORMACIÓN	PERIODICIDAD
<b>LEVE</b>	La información se puede postponer a decisión del comité hasta que sea necesario comunicar a nivel externo. En el caso de la comunicación interna será acorde al alcance.	Comunicación puntual a elección de la organización cuando se decida que sea más conveniente.
<b>CRÍTICA</b>	La información externa no debe tardar en comunicarse más de 6 horas.	Los mensajes deben ser periódicos y unificados.
<b>GRAVE</b>	La información externa debe ser inmediata para evitar filtraciones y tergiversaciones	Los mensajes deben ser constantes y unificar criterios (periodicidad, portavoz, lugar, canal, etc.)

### 9.2.- COMITÉ DE COMUNICACIÓN DE CATÁSTROFES

Debe estar formado por, al menos:

- Representante del Comité de Crisis/Catástrofes.
- Jefa de prensa del Servicio Riojano de Salud.
- Representante de la Dirección del Servicio Riojano de Salud.
- Representante de la Gerencia del Servicio Riojano de Salud.
- Representante de la Dirección de Comunicación del Gobierno de La Rioja y/o Presidencia.
- Director/a de Comunicación de la Consejería de Salud.
- Representante del equipo de Avance Digital.

Contará con su propio espacio de reuniones y trabajo en una de las salas de formación del CIBIR. Un representante de este Comité de Comunicación deberá ser común con el de Catástrofes para poder contar con la información de última hora y participar en las decisiones.

### 9.3 ZONA DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN

El comité de comunicación canalizará las diferentes comunicaciones respecto a la situación, la evaluación y el futuro tanto para públicos externos como internos. Para ello, dispondrá de la estructura y los medios necesarios.

En el caso de la comunicación externa, en el caso de los medios de comunicación, se llevará a cabo en el Salón de Actos del HUSP. En dicha sala se podrán realizar ruedas de prensa con el espacio y los elementos de sonido necesarios para una buena cobertura, y las declaraciones concretas (tanto orales como escritas) que se decida ofrecer por parte del comité.

En el caso de los familiares de pacientes y personal afectado, se pondrá a disposición el espacio de la antigua cafetería del CIBIR, con acceso directo desde la calle, y cerca del comité.

En situaciones en las que los familiares requieran atención psicológica se realizará en una de las salas de formación del CIBIR, cerca del espacio destinado a sus comunicaciones. Para esta tarea, el Comité de Catástrofes creará un grupo de acogida de familiares que se coordinará con el equipo de psicólogos del hospital y con los que, en su caso, se puedan pedir de manera externa.

### 9.4.- COMUNICACIÓN INTERNA

#### Trabajadores, pacientes y familiares

Una vez identificada la situación crítica, categorizada y formado el Comité de Comunicación de Catástrofes se inicia el proceso de comunicación. La comunicación interna es primordial, no solo por una cuestión de organización de los recursos como se ha descrito en cada una de las áreas y servicios anteriores, sino a nivel general. El público más informado de qué está ocurriendo y qué se está haciendo para solucionarlo debe ser el interno: personal de cualquier categoría profesional, pacientes que se encuentren en el centro y sus familias; porque ellos son también potenciales portavoces por la cercanía a la catástrofe.

Para realizar una correcta comunicación interna hay que considerar:

1. Canales de comunicación del HUSP:
  - a. Correo electrónico
  - b. SMS
  - c. Plataforma de personal
  - d. Cartelería física
  - e. Reuniones presenciales o virtuales con mandos intermedios y/o dirección
  - f. Redes Sociales
2. Periodicidad de la información según la categoría de la catástrofe.
3. Instrucciones para el personal para evitar desinformaciones y tergiversaciones de la información y la situación: contar las decisiones que se vayan tomando, quien será la persona que las comunique al público externo, qué se ha comunicado en cada aparición oficial, etc. Hacerlo antes o al mismo tiempo que al resto de públicos externos.

En el caso de que la catástrofe afecte a servicios concretos, intensificar la comunicación, incluso personal, con estos servicios para evitar problemas de desinformación interna.

### **Presidencia y Consejería de Salud**

Al tratarse de una institución sanitaria y pública, la comunicación interna también debe darse con el resto de los organismos del Gobierno, en particular, Presidencia y la Consejería de Salud.

Ambas autoridades contarán con las/los titulares o, al menos, un representante en los diferentes comités creados, tanto el de catástrofes como el de comunicación. Además, el máximo responsable de la situación en el HUSP mantendrá una comunicación privada y directa con ambos niveles para comunicarle en todo momento novedades y decisiones tomadas, así como los mensajes que se harán públicos, antes de lanzarlos en cualquier canal.

## **9.5.- COMUNICACIÓN EXTERNA**

### **Comunicación externa directa a través de medios propios**

Con los avances tecnológicos de las últimas dos décadas cualquier empresa, institución y organización cuenta con varios medios de comunicación externa propios, ajenos a los medios de comunicación tradicionales. En el caso del Servicio Riojano de Salud, además del sms o del correo electrónico de los usuarios, se cuenta con:

1. Redes sociales: Twitter, Facebook y LinkedIn de Rioja Salud.
2. Website [www.riojasalud.es](http://www.riojasalud.es) y [www.larioja.org](http://www.larioja.org)
3. App Rioja Salud.

Todos estos canales de comunicación propios deben de estar actualizados de forma constante, según la gravedad de la catástrofe, para convertirse en fuente oficial de información para todos los públicos (incluidos los medios de comunicación). De ahí que el equipo de Avance Digital y de Prensa deban estar presentes en todo momento con todas las herramientas dispuestas.

### **Comunicación externa indirecta a través de medios de comunicación**

A pesar de los medios propios de la organización, los medios de comunicación (off line y online) y sus propios medios de difusión (papel, correo electrónico, redes sociales, streaming, etc.) son esenciales para una correcta comunicación con el exterior.

A la hora de establecer los mensajes de cara a los medios de comunicación hay que decidir:

- Qué vamos a decir: mensaje claro, veraz, rápido.
- Quién lo va a decir: el portavoz (declaración, rueda de prensa, entrevistas) o la institución a través de otros canales.
- Qué canal se va a usar: medios propios, comunicado oficial escrito o leído, nota de prensa por correo electrónico, rueda de prensa abierta a preguntas, declaración institucional, etc.
- Cuándo lo vamos a decir: fijar una periodicidad según gravedad y convocar a los medios desde la anterior comunicación “esto es todo por ahora en XX horas volveremos a ofrecer información” (y cumplir dicho plazo)



### Decálogo para la comunicación interna y externa de una catástrofe

1. **Enfrentar la situación:** comunicar claramente qué ha pasado y qué se está haciendo para solucionarlo, con todos los detalles posibles para evitar incertidumbre y espacio vacío de información (si no se da información otros lo llenan por la institución).
2. **Controlar el mensaje:** comunicar de forma periódica y constante garantiza el control del mensaje, evitando rumores.
3. **Dar la versión de los hechos:** con objetividad y veracidad, no es momento para crear suspense ni incertidumbre.
4. **Explicar qué se está haciendo:** transmite control, autoridad, reduce la incertidumbre.
5. **Elegir un portavoz único para toda la crisis:** que sea una persona conocedora de la situación, entrenada para enfrentar a los medios. Para ello es conveniente tener formados en portavocía y comunicación a 2-3 representantes del comité para solventar cualquier imprevisto o si la situación se alarga y no puede ser solo una persona.
6. **Dar siempre el mismo mensaje a través de todos los canales:** una situación de catástrofe no es momento de favoritismos con los medios, ni de filtraciones.
7. **Hacer un seguimiento de prensa:** El Comité de Comunicación debe revisar qué se publica en los medios de comunicación tanto propios como externos para garantizar que se ha difundido el mensaje correcto.
8. **Reevaluar la situación:** Actualizar el mensaje de acuerdo a la progresión de la crisis, ir cambiando el canal y la periodicidad según la gravedad de cada momento. No por en un primer momento salir cada hora debe hacerse si la situación está bajo control, lo importante es explicarlo para que todos los receptores sepan las reglas del juego.
9. **Habilitar un espacio físico para los medios (salón de actos, sala de prensa) si es viable y la crisis es permanente:** facilitar un espacio cercano, con las conexiones necesarias ayuda a tener una mejor disposición de los medios.
10. **Evaluar resultados:** revisar y evaluar qué se ha hecho bien y que es mejorable, que no hay que repetir y qué hay que repensar para futuras situaciones es clave para mejorar la comunicación de la organización.

## DIRECTORIO DE RESPONSABLE PRENSA Y COMUNICACIÓN INSTITUCIONALES

Director/a de Comunicación del Gobierno de La Rioja. Ext. 31845

Director/a de la Oficina de Presidencia. Ext. 31466

Director/a de Comunicación de Consejería de Salud. Ext. 34063

Jefe de Comunicación Servicio riojano de Salud. Ext. 78607

Director/a de Asistencia a la Gerencia del Servicio Riojano de Salud. Ext. 88413

Responsable Avance Digital (web y masivos). Etc. 84749

## DIRECTORIO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE LA RIOJA

MEDIO DE COMUNICACIÓN	DIRECTOR/A	MAIL	TELÉFONO
<b>ESCRITOS ONLINE Y PAPEL</b>			
Diario La Rioja	José Luis Prusén	director@larioja.com	941279100
Diario El Día de La Rioja	Raúl Briongos	rbriongos@promecal.es	941-276450
Gente	Álvaro López	alvarolopez@genteenlogrono.com	941248810
Nuevecuatrouno	Manuel Martín	mmartin@nuevecuatrouno.com	941574040
Rioja2	Olivia García	gerencia@rioja2.com	687-434193
El Correo	Roberto Rivera	rrivera@elcorreo.com	629-462920
Haro Digital	Joseba Martín	info@harodigital.com	692-667530
<b>RADIOS</b>			
Radio Nacional de España	Jose Manuel Lumbreras	direccion.larioja@rtve.es	941240003
Cadena SER - Radio Rioja	Javier Hoyos	jahoyos@prisaradio.com	941-222612
COPE La Rioja	Ana Orúe	directora@cope.es	941-287171
Onda Cero La Rioja	Pilar Santaolalaa	directora@onadecero.es	941-261288
<b>AGENCIAS DE NOTICIAS</b>			
EFE	Ana Lumbreras	lgrdelegado@efe.com	941-223104
Europa Press	Rubén López Galilea	rubenlopez@europapress.es	941213684
<b>TELEVISIONES</b>			
TVR	Quique Martínez Armas	direccion@tvrioja.com	941279100
La 7 de La Rioja	Raúl Briongos	rbriongos@promecal.es	941-276450
TVE Rioja	Jose Manuel Lumbreras	direccion.larioja@rtve.es	941-282500

## 10.- DIVULGACIÓN DEL PLAN Y REVISIONES

La divulgación del Plan de Catástrofes entre todo el personal será responsabilidad de la Dirección del SERIS, utilizando para ello los medios habituales como son la newsletter, el correo corporativo, sesiones clínicas, etc. El Plan de Catástrofes deberá así mismo ser revisado cuando haya cambios sustanciales y en cualquier caso con una periodicidad trianual.



## ANEXO 1 SISTEMA DE LOCALIZACIÓN DEL PERSONAL

COMITÉ DE CATASTROFES		CENTRALITA: 941 29 80 00 ext 90	
Gerente		Jefe de Servicio de UMI.	
Director Médico.		Jefe de Servicio de Traumatología.	
Coordinador del área quirúrgica.		Jefe de Servicio de Anestesia.	
Directora de Enfermería.		Jefe de Servicio de Radiología.	
Coordinador de Consultas Externas y		Jefe de Admisión.	
Coordinador de Hospitalización y		Jefe de Banco de Sangre.	
Coordinador de Urgencias.		Jefe de Personal Subalterno.	
Jefe de Pediatría.		Jefe de Mantenimiento.	
Jefe de Servicio de Cirugía.		Jefe de Seguridad.	

ANESTESIA General	71360	MICROBIÓLOGO	71269
ANESTESIA Epidural	71361	NEFROLOGIA	71284
ANESTESIA Críticos	74019	NEUMOLOGIA	78861
ANESTESIA Cardiovascular	78851	NEUROLOGIA	71911
ANESTESIA Rsdte	78363	OFTALMOLOGÍA	78891
BANCO DE SANGRE	78495	ONCOLOGÍA	78970
CARDIOLOGIA	71060	ORL	71942
CIRUGÍA 1º	78821	PALIATIVOS (8-15)	71751
CIRUGÍA 2º	78823	PEDIATRIA Adj.	71791
CIRUGÍA 3º Rsdte.	78822	PEDIATRA Adj. 2-URGENCIAS	78791
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	78852	PEDIATRIA Rsdte	78790
CIRUGIA TORÁCICA	71034	PH	71304
EMERGENCIAS/Centralita	78000	PLURIPATOLÓGICOS-Médico	72462
ENDOCRINO HOSPITALIZA.	71028	PLURIPATOLÓGICOS-Enfermera	75448
ENDOCRINO NUTRICIÓN	78299	PSIQUIATRIA	71980
ENDOSCOPISTA-DIGESTIVO	78931	PSIQUIATRIA Rsdte	71981
Enfermera Nefro-Digestivo	71056	RADIÓLOGO	71218
Enfermera RX-Endos.-Cuidados	71930	RADIÓLOGO 2	78203
Enfermera de Quirófano	71558	REUMA-Mañanas	79892
ETI	71003	TRAUMATOLOGIA Adjto	78920
FARMACEÚTICO	71543	TRAUMATOLOGIA Localizado	71110
FIBRINÓLISIS-C. ICTUS	78910	TRAUMATOLOGIA Rsdte	78921
GINECOLOGIA Adjto 1º	78831	UNIDAD CORTA ESTANCIA-UCE	71340

GINECOLOGIA Adjto 2º	78832	UMI-Adjto.1	71354
GINECOLOGIA Rsdte	78830	UMI-Adjto.2	78352
HEMATOLOGIA Adjto.	71891	UMI Rsdte.	78351
HEMATOLOGIA Rsdte.	78749	UROLOGIA	78880
HEMODINÁMICA	71487	VASCULAR 1º	71810
INFECCIOSOS	78993	VASCULAR 2º	71812
LABORATORIO Técnico Micro	78745	URGENCIAS 1	71322
LABORATORIO	71260	URGENCIAS 2	71323
M. INTERNA Adjto	71961	URGENCIAS 3	71342
M. INTERNA R 3-Mayor	71002	SUPERVISORA - T-N 1º	78589
M. INTERNA R 2-Mediano	71960	SUPERVISORA - T-N 2º	71589
M. INTERNA R 1-Pequeño	71962		
HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO			
Secrt.Mañanas	78011		
Médico.Mañañas	78012		
Médico.Tarde-Noche-Findes	78013		
Enfermera.1-Tarde-Noche-Findes	78016		
Enfermera 2-Tarde-Noche-Findes	78015		

## ANEXO 2 . PLANTILLA DE PROFESIONALES DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

### MÉDICOS ADJUNTOS DÍAS LABORABLES

	TRIAJE	CONSULTAS	BOXES	UCE	OBSERVACIÓN
MAÑANA	1	5-6	5	1	1
TARDE	1	4	4	1	1
NOCHE		2	2		1 LOCALIZADO

### MÉDICOS ADJUNTOS SÁBADOS Y FESTIVOS

	TRIAJE	CONSULTAS	BOXES	UCE	OBSERVACIÓN
MAÑANA	1	3	4	1	1
TARDE	1	3	4	1	1
NOCHE		2	2		1 LOCALIZADO

### MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES

LABORABLES: 7 - 8 en guardia de 17 horas

SÁBADOS Y FESTIVOS: 7 en guardia de 24 horas

### ENFERMERAS

	TRIAJE	CONSULTAS	BOXES	UCE	OBSERVACIÓN
MAÑANA	2	3	6	1	1
TARDE	2	3	6	1	1
NOCHE	1	3	4	1	1

### TCAEs

	TRIAJE	CONSULTAS	BOXES	UCE	OBSERVACIÓN
MAÑANA	-	2	4	1	1
TARDE	-	2	5	1	1
NOCHE	-	1	4	1	1

### CELADORES

	TRIAJE/INFORMACIÓN	AMBULANCIA	CONSULTAS	BOXES	OBSERVACIÓN
MAÑANA	1	1	2	4	1
TARDE	1	1	2	5	1
NOCHE		1	2	3	1



**ÁREA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS**

	PEDIATRA	MIR	ENFERMERA	TCAE	CELADOR
MAÑANA	2	1	2	1	1
TARDE	1	1	2	1	1
NOCHE	1	1	1	1	1

Ocasionalmente, en sábados y festivos, hay un pediatra en turno diurno de doce horas (de 8 a 20 horas)

**ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA** 1 PEDIATRA/1 MIR DE PEDIATRÍA

Rev.0 Enero 2023



### ANEXO 3. HOJA DE TRIAJE PARA IMV DEL SERVICIO DE URGENCIAS



## HOJA DE TRIAJE INCIDENTE MÚLTIPLES VÍCTIMAS

--

Numero identificación

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **HISTORIA** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **HORA:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** V M **N° TARJETA TRIAJE 061:** \_\_\_\_\_ **COLOR TRIAJE 061:** \_\_\_\_\_

**HABLA:** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ **RESPIRA:** SI \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ **PULSO:** SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

**GLASGOW:** \_\_\_\_\_ **R. OCULAR:** \_\_\_\_\_ **R. VERBAL:** \_\_\_\_\_ **R. MOTORA:** \_\_\_\_\_

**CONSTANTES:** TA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Fr. C.** \_\_\_\_\_ **FR. R** \_\_\_\_\_ **SatO<sub>2</sub>:** \_\_\_\_\_

**CODIGO TRIAJE:**

ROJO	AMARILLO	VERDE	NEGRO
------	----------	-------	-------

**INDICE LESIONAL:**

ZONA	CON	HER	FRA	LUX	ZONA	CON	HER	FRA	LUX
CRANEO					MUNECA D				
CARA					MUNECA I				
R. CERVICAL					MANO D				
TORAX					MANO I				
R. DORSAL					CADERA D				
ABDOMEN					CADERA I				
R. LUMBAR					MUSLO D				
PELVIS					MUSLO I				
HOMBRO D					RODILLA D				
HOMBRO I					RODILLA I				
BRAZO D					PIERNA D				
BRAZO I					PIERNA I				
CODO D					TOBILLO D				
CODO I					TOBILLO I				
ANTEBRAZO D					PIE D				
ANTEBRAZO I					PIE I				

CON -Contusión HER- Herida FRA- Fractura LUX-Luxación

**TRATAMIENTO:**

SUEROS	INMOVILIZACION	SUTURAS	MEDICACION	QUIROFANO

**ESPECIALISTAS:**

TRA	CIR	UMI	MI	ANEST	URO	OFT	ORL	PED	GIN


**PRIORIDAD DE EXPLORACIONES RADIOLOGICAS:**

URGENTE	PREFERENTE	NORMAL

**DESTINO FINAL:**

UMI	CIRUGIA	HOSPITALIZACION	TRASLADO	ALTA

## ANEXO 4 . HOJA DE INFORMACIÓN A PACIENTES DE CENTROS ASISTENCIALES ALTERNATIVOS

<p>Gobierno de La Rioja www.larioja.org</p> <p> <b>Rioja Salud</b></p>	<p>Hospital San Pedro</p>	<p>Servicio de Urgencias</p>
<p><b>Estimado/a señor/a</b></p> <p><b>Le informamos de que el Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro se encuentra en SITUACIÓN DE ALARMA porque debe prestar asistencia a los heridos en un accidente con múltiples víctimas que están siendo trasladados a este hospital.</b></p> <p><b>Ello va a suponer una demora importante en el tiempo de su asistencia.</b></p> <p><b>Consideramos que su patología puede ser atendida con la misma eficacia en los servicios de Atención Primaria.</b></p> <p><b>Puede usted acudir a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Centro de Salud que le corresponda (8 a 15 horas)</b></li><li>- <b>Urgencias de Atención Primaria (CARPA). Calle Obispo Lepe, 6.</b><ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Días laborables: de 15 a 8 horas.</b></li><li>○ <b>Sábados, domingos y festivos: las 24 horas del día.</b></li></ul></li></ul> <p><b>Muchas gracias por su comprensión y su colaboración.</b></p> <p style="text-align: center;"><small>c/ Piqueras, 98 · 26006 · Logroño · La Rioja · Tel: 941.298.000 · www.riojasalud.es</small></p>		

## ANEXO 5. DIAGRAMA DE FLUJO DE ACTIVACIÓN DE PLAN IMV

