

PROTOCOL DE

Resposta assistencial IMV de l'Atenció hospitalària

Els aspectes clau de la resposta IMV hospitalària. Son:

- El Pla IMV de centre
- La garantia de l'activitat ordinària i ineludible
- El mecanisme de buidatge / desocupació
- La identificació de la capacitat potencial i previsible de resposta

Entre un Hospital terciari i de segon nivell no diferiran en excés.

1.- Pla IMV de Centre

El Pla IMV ha de concretar les funcions i les responsabilitats dels professionals així com la capacitat i les limitacions de l'Hospital en la seva resposta IMV.

Es recomana redactar-lo en forma de fitxes de funcions i responsabilitats IMV.

El contingut suggerit és:

- cap de guàrdia / responsable IMV / primer contacte
 - comunicacions, telefonia satèl·lit (pendent dictamen CTTI), telefonia mòbil
 - apoderament
 - línies i límits d'actuació
- coordinació amb el interlocutor SEM (CECOS), amb la interlocució SEM delegada en el Centre i amb la Regió Sanitària: comandament del dispositiu territorial
- comitè de crisi: línia interna de comandament de la resposta
 - *check list* d'activació
 - òrgans decisors
- adaptació del Sistema d'informació: tipus visita 'IMV'; registres SEM
 - registre de víctimes no identificades
- funcions del cap de seguretat al inici de l'episodi
 - accessibilitat, coordinació amb policia local
 - espais: esperes, familiars, autoritats, mitjans de comunicació, ...
- funció d'Admissions, circuits i registre específic IMV: traçabilitat de les víctimes i d'afectats directes i indirectes
 - doble entrada: IMV i no IMV
 - circuits separats: adults / pediatria
 - identificació unívoca de víctimes
- gestió de la mobilització de recursos físics, aparellatge, farmàcia, material sanitari, ...
- procés sistemàtic de manteniment de respiradors i monitors
- reserva per l'activitat ineludible i no diferible: hospitalització, urgències, ...; garantia
- períodes de preparació
 - dies feiners, de 8:00 a 17:00 hores, de dilluns a divendres
 - horari de guàrdia

- períodes crítics de l'any: setmana santa, primera setmana de desembre, 20 de desembre a 8 de gener, període PIUC, 10 a 25 d'agost, ...
- situacions que
 - no es poden absorbir
 - es poden absorbir condicionadament
 - complementarietat amb l'Atenció primària
- capacitat d'Urgències i de l'Hospital de posar recursos a disposició del IMV
 - sincronització amb les onades IMV, aflluència espontània
 - mecanisme de mobilització de professionals
 - gestió de voluntaris coneguts
 - zeladors
 - capacitat d'absorció inicial
 - zones d'expansió i capacitat resultant interna i externa; sobreocupació: límits de seguretat assistencial: aparellatge assistencial
- responsables, mecanismes explícits i criteris de desocupació/buidatge d'hospitalització, quiròfans, crítics i semi crítics, hospital de dia, ...
 - decisors i executors
 - garantia d'informació i tractament
 - suport de Farmàcia a l'AI
 - xarxa territorial: capacitat i interlocutors
 - paper de les UFISS, Geriatria, ...
 - acord de transferència a sociosanitari
- responsable, mecanisme explícit i criteris de desprogramació d'activitats, modificació temporal de la cartera de serveis
 - decisors i executors
 - activitat ordinària diferible
 - tancament urgències MAT V i IV (Hospital terciari)
- interlocució amb els serveis d'atenció a l'emergència social
- suport psicològic de
 - professionals
 - víctimes, familiars, ...
- planificació dels descansos del personal
- absorció de les conseqüències i retorn a la normalitat. Criteris i cronograma de
 - tancament del IMV
 - de retorn a la normalitat, reversió de decisions IMV
 - de continuïtat assistencial
- gabinet intern d'informació i comunicació integrat a PROCICAT i amb el de la Regió Sanitària
- plans específics d'informació i de formació, record, simulacres
- mecanisme d'avaluació de la resposta IMV i del Pla IMV

Data de redacció i de la Gerència

Data de presentació pública

Redactor / Comitè de redacció

Propera revisió

2.- Activitat ordinària i ineludible durant el IMV

L'atenció a les urgències i emergències ordinàries i a l'activitat ineludible del Centre ha d'estar garantida en el seu Pla IMV mitjançant l'oportuna reserva de recursos.

La garantia correspon a la Gerència dels Centres.

En el nostre entorn cada hora acudeixen, en promig, al servei d'urgències d'un hospital terciari entre 0 i 1 urgències tipus MAT I, entre 2 i 3 MAT II i entre 3 i 4 MAT III. D'altra banda, entre 3 i 4 MAT IV i entre 0 i 1 MAT V.

Així, pels:

- codis d'activació i les urgències MAT II i I la reserva hipotètica seria d'entre 4 i 8 boxs d'urgències la primera hora i entre 2 i 4 les successives
- urgències MAT III, entre 3 i 4 casos cada hora; la seva atenció pot ser compartida entre l'Hospital terciari i el de segon nivell a criteri de SEM.
- urgències MAT IV i V, en principi, no caldria reserva ja que s'haurien d'adreçar als CUAPs/CAPIBE del territori; sempre amb triatge previ.

L'activitat ineludible a hospitalització, consulta externa, hospital de dia, ... en el moment d'ocurrència del IMV es impossible de concretar amb antelació; per variable i canviant.

Arribat el cas, l'Hospital l'haurà d'identificar per facilitar el buidatge IMV.

A tall d'exemple, l'activitat ineludible seria pel que fa als ingressos programats del 65 %, la lligada a l'ocupació hospitalària, del 55% i la dels hospitals de dia, del 75 %.

3.- Buidatge/desocupació en resposta a la necessitat de recursos en un IMV.

El procés de buidatge es de gran complexitat clínica i organitzativa per la qual cosa s'ha de dur a terme sense risc pels malalts a mobilitzar tot garantint la traçabilitat de les situacions la qual cosa fa que el seu registre hagi de ser exhaustiu.

L'execució correspon a Admissions.

Cal incorporar al procés les UFISS, els Serveis de Geriatria i les unitats de Treball social, ...

La mobilització d'adults o pediàtrica tant pel que fa a la tipologia dels malalts com a les diferents opcions de suport exterior s'han de tractar de forma separada.

La primera etapa de buidatge es dedicarà a urgències; la d'hospitalització convencional, a continuació.

Les unitats de crítics, semi crítics i similars i les especials tenen dinàmica IMV pròpia.

La mobilització serà sempre individualitzada, el criteri assistencial prevaldrà en tots els casos i els malalts candidats han d'estar en condicions de ser traslladats, registrats a Admissions i rebre opcions i garanties de continuïtat assistencial: farmàcia, informació, programació, ...

La seguretat dels malalts es el límit de qualsevol evacuació, trasllat o derivació.

En el cas d'Urgències, durant un IMV, i pel que fa

- a) al accés de malalts 'ordinaris' (no IMV) es suggereix que s'efectuï el triatge i que les situacions catalogades com MAT IV o V s'adrecin als CUAPs (amb el preceptiu informe de triatge adjuntat i publicat a HC³). La resta, s'atendran.
- b) als malalts ja triats i que es trobin dins de l'àrea assistencial i en procés de diagnòstic i/o tractament disposem de la bateria de possibilitats detallada en el quadre 2 consensuada amb els interlocutors IMV dels hospitals (octubre 2016).

EN FUNCIO DEL TRIATGE.	QUI FA QUE (responsabilitat)
MAT IV i V. Possibles accions assistencials <ul style="list-style-type: none"> • Continuar l'assistència a urgències i finalitzar-la • Agrupar els malalts fora d'urgències i acabar l'assistència • En horari diürn: consulta externa • Trasllat al CUAP de la xarxa territorial Cal indicar de que depèn la decisió.	Cal concretar <ul style="list-style-type: none"> • Qui ho decideix • Qui ho executa Si es el cas <ul style="list-style-type: none"> • Interlocutor intern • Interlocutor extern detallant professional, funció i contacte.
MAT III. Possibles accions assistencials <ul style="list-style-type: none"> • Continuar l'assistència i acabar-la a urgències • Agrupar els malalts fora d'urgències i acabar-la • Adults, trasllat a Hospital de segon nivell o d'Atenció intermèdia 	GARANTIES pel malalt per tots els supòsits Informació clínica* <ul style="list-style-type: none"> • Edició • Publicació a HC³ Tractament, farmàcia (Atenció intermèdia)
MAT II i I, s'atenen com habitualment.	*Informe de triatge inclòs

Quadre 2. Resultat dels qüestionaris adjunts en la secció d'informació reservada.

- c) a les persones que estan fora de l'àrea assistencial (encara no triats) però dins del recinte i que no acceptin dirigir-se a un altre Centre se'ls triarà i s'incorporaran a l'opció corresponent dels apartats anteriors.

Als malalts catalogats com MAT IV i V se'ls respectarà el interès en ser atesos a l'Hospital (amb major demora).

En el cas de l'hospitalització convencional el mecanisme de buidatge es veurà afectat per si el moment d'ocurrència IMV es en

- dies feiners, de 8:00 a 17:00 hores, de dilluns a divendres
- horari de guàrdia
- períodes crítics de l'any: setmana santa, primera setmana de desembre, del 20 de desembre al 8 de gener, en període PIUC, del 10 al 25 d'agost, ...

Les possibilitats de desocupació son, per les activitats diferibles i no vitals,

1.- desprogramar les que s'havien d'efectuar en els dies següents i encara no ingressats: CMA, cirurgia, exploracions, cirurgia convencional, hospital de dia, ... Alliberarà espais assistencials.

2.- anul·lar activitats, encara no iniciades de malalts ingressats, amb o sense alta d'hospitalització: CMA, exploracions, cirurgia convencional, hospital de dia, Alliberarà espais assistencials: quiròfans, aparellatge (Rx,TC,RM), .. i llits d'hospitalització convencional si hi ha alta.

Cal concretar si ho son amb o sense retorn planificat.

3.- alliberar llits d'hospitalització convencional mitjançant altes o trasllats anticipats preferentment definitives. Quadre 3.

DESTÍ	COM
Domicili/Residència	Amb o sense suport ATDOM / EAR
HADO / HAD	Derivació consensuada.
Atenció intermèdia	Ús de circuits ordinaris. Garantia de Farmàcia a l'Al.

Quadre 3. Resultat dels qüestionaris adjunts.

El procés d'anticipació d'altres amb destí a l'Atenció intermèdia pot ordenar-se amb un ritme determinat

De comú acord entre els interlocutors IMV de l'Atenció especialitzada i la intermèdia (octubre 2016) es considera que el primer grup de trasllats podria desplaçar-s'hi a l'Al 4 hores després de l'activació. El segon, 2 hores més tard i així successivament.

Aquesta cadència permetrà l'AE preparar el malalt, avisar i preparar la família, assegurar-ne el tractament, elaborar els corresponents informes i que contactin els interlocutors entre ells.

4.- La capacitat de resposta IMV potencial i previsible d'un Hospital estarà condicionada

a) per la tipologia de víctimes que

1. es podran atendre amb seguretat estructural i funcional: sempre en funció de la situació particular del moment d'ocurrència del IMV
2. no es podran atendre per manca de recursos professionals, físics o tecnològics, de diagnòstic i/o de tractament adequats. Ex.: pediàtrics, crítics, algunes lesions, ...
3. es podran atendre de manera extraordinària i sense riscos. Ex.: urgències MAT III be procedents del IMV be com a urgència ordinària

La capacitat diagnòstica: radiologia: portàtil, TC, ecografia, ... i laboratori així com les eines de suport vital: monitors, respiradors, CPAP, ... i la del Banc de sang completen aquest punt.

b) ritme d'afluència de les víctimes. D'anterior experiències es dedueix que podrà ser

- per onades successives en el cas de les víctimes transportades pel SEM. Característiques:
 - la primera arribarà entre el minut 15 i el 30 des de l'activació. En alguna experiència prèvia el 30% del total de víctimes va arribar en menys de 15 minuts i el 65% en menys de 30.
 - aquest temps ha de permetre la preparació del dispositiu per rebre'l
 - la cadència previsible d'arribada serà cada 15-30 minuts i en lots entre 4 i 5 víctimes simultànies

La resposta de l'Hospital s'hi haurà de sincronitzar.

Les víctimes aniran acompanyades de la informació clínica recollida pel SEM en el terreny (ECE-SEM) a partir de gener 2017 i es publicarà a HC³; es completarà amb la transferència directa d'informació clínica entre el interlocutor del SEM i el dels Centres.

- discrecional, d'aquelles que ho facin pels seus propis mitjans. L'experiència 'París' identificà, com a tals, un 15 % del total; altres, fins a un 75%. Característiques:
 - mantindran un ritme imprevisible possiblement decreixent amb el temps
 - el professional receptor no disposarà de cap informació assistencial prèvia
- S'ha comentat la necessitat de registre específic IMV i IMVE.

c) pel nombre de professionals de que es disposarà a urgències, intensius, quiròfans, ...
 Convé anticipar-la de forma desagregada per col·lectiu professional: metges: staff i residents; infermeria: supervidores, infermeria, tècnics i auxiliars i personal no sanitari.
 Variarà en funció del moment (horari) d'ocurrència del IMV. Quadre 4.

Quadre 4	D'on provenen els professionals	Elements facilitadors	Elements limitadors
Feiner de 8:00 a 17:00	De la guàrdia presencial i de les pròpies unitats de l'Hospital.	Presència de professionals 'in situ'	Activitats en marxa i ocupació ineludible. Mobilització d'espais i aparellatge.
Nits, festius i cap de setmana: guàrdia	De la guàrdia presencial i localitzada i dels professionals que s'hi desplacin.	Disponibilitat de quiròfans i anestesia.	Ritme d'arribada dels professionals. Ocupació ineludible: urgències, intensius.

La mobilització crítica es la d'infermeria.

El retorn de professionals cap al Centre es planificarà esglaonadament per evitar col·lapsar-lo.
 Es recomana articular equips de relleu o reserva.
 Caldrà articular la gestió dels voluntaris professionals coneguts.

- d) per la capacitat d'expansió dels espais i dels recursos físics; d'urgències: triatge, RCP, boxes d'atenció i d'observació; de crítics i semi crítics; de quiròfans (convencionals, CMA), d'anestèsia,

La disponibilitat efectiva de recursos físics, lliteres, utilatge, aparellatge, eines portàtils, ... la completarà.

L'element facilitador d'aquets aspecte serà el manteniment preventiu efectuat de l'aparellatge, eines portàtils, El limitador, la disponibilitat de quiròfans (de traumatologia, sobre tot) i intensius, l'àmbit pediàtric i la capacitat diagnòstica (radiologia).